

Memoria
Institucional
Caja Costarricense
de
Seguro Social

2013



C a j a C o s t a r r i c e n s e d e S e g u r o S o c i a l

Memoria Institucional

2013



www.ccss.sa.cr

Tabla de contenidos

Presentación	1
Estructura organizacional	2
Introducción.....	3
a. Miembros de Junta Directiva	3
b. Miembros de la Administración Superior.....	4
c. Misión y Visión Institucional.....	8
d. Organización	8
e. Red de Servicios de salud	10
f. Regionalización.....	14
g. Niveles de atención.....	14
h. Listado actualizado a diciembre del 2013 de las áreas de salud y Ebáis, por región.....	16
i. Listado de sucursales y agencias	20
Aspectos generales.....	25
Introducción.....	26
a. Cobertura	26
b. Prestaciones en dinero	28
c. Crecimiento del gasto durante el año 2013	29
d. Seguro de Salud gastos directos e indirectos y su relación	30
e. Estado de productos y gastos del Seguro de Salud	31
f. Balance de situación comparativo Seguro de Salud.....	33
g. Estado de productos y gastos Seguro de Pensiones.....	35
h. Balance de situación comparativo Seguro de Pensiones.....	37
i. Régimen no Contributivo de Pensiones estado de productos y gastos	39
j. Fondo Nacional de Mutualidad casos tramitados y pagos efectuados según tipo de asegurado	40
k. Producción en Salud.....	42

Gerencia Administrativa	58
Introducción.....	59
a. De los recursos humanos.....	59
b. De las acciones en igualdad y equidad de género.....	70
c. De los servicios institucionales.....	71
d. De la gestión informática en la gerencia administrativa	79
e. De los sistemas administrativos.....	79
f. Del bienestar laboral	83
g. Capacitación	85
h. De la comunicación organizacional	86
Gerencia Médica.....	89
Introducción.....	90
a. Análisis de la situación de salud, acciones estratégicas desarrolladas.....	90
b. Cobertura Seguro de Salud.....	107
c. Apertura de nuevos servicios.....	114
d. Otros logros importantes	115
Gerencia Financiera.....	119
Introducción.....	120
a. Aseguramiento contributivo	120
b. Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE)	133
c. Administración Financiera	140
d. Asignación y optimización de recursos	148
e. Pensiones y prestaciones legales.....	154
Gerencia Infraestructura	155
Introducción.....	156
a. Infraestructura.....	157
b. Proyecto Expediente Digital Único en Salud (EDUS).....	164

c. Equipo Médico	173
d. Equipo Industrial	175
e. Tecnología de Información y Comunicaciones	176

Gerencia de Logística180

Introducción.....	181
a. Sistemas de información	182
b. Compras electrónicas	186
c. Compras consolidadas.....	189
d. Producción industrial	191

Gerencia de Pensiones192

Introducción.....	193
a. Pensionados del Régimen de IVM.....	193
b. Cobertura contributiva IVM.....	195
c. Régimen No Contributivo.....	197
d. Calificación de la Invalidez y Discapacidad	198
e. Situación de las inversiones.....	201
f. Créditos Hipotecarios.....	208

Auditoría.....213

Introducción.....	214
a. Área de Servicios Financieros.....	214
b. Área de Servicios de Salud	216
c. Área Servicios Administrativos, Abastecimiento e Infraestructura	219
d. Área Tecnología de Información y Comunicaciones	221
e. Área Gestión Operativa	224

Reformas reglamentarias227

Presentación

La Memoria Institucional reseña los más relevantes datos de la Caja Costarricense de Seguro Social durante el periodo completo que me correspondió presidirla, su análisis coloca en perspectiva, no solo los logros alcanzados, si no que perfila los retos que le sobrevienen a la organización más emblemática para los habitantes de la geografía nacional.

Fue un año de pruebas en muchas dimensiones y cuando dábamos los primeros pasos en la ansiada estabilidad financiera, sobrevino un evento de la naturaleza como el denominado terremoto de Nicoya, cuyos efectos debieron paliarse durante el ejercicio de este periodo, ahí quedaron de manifiesto las grandes reservas de todos quienes conformamos esta gran familia de la seguridad social, tampoco en estas circunstancias nos doblegó la adversidad, fuimos capaces de mantener en funcionamiento al emblemático hospital Monseñor Sanabria de Puntarenas

y reconstruir los centenares de metros destruidos en la provincia de Guanacaste y a partir del doloroso suceso, convertirlo en una oportunidad que culminará con un nuevo centro para los porteños e infraestructura totalmente mejorada para los nicoyanos. Esta memoria presenta el rostro remozado de la Caja Costarricense de Seguro Social, en contraste de la cara demacrada de inicios de la gestión en el año 2010 cuando los rigores de la crisis mundial y nacional, la enrumbaron al despeñadero según el diagnóstico de los expertos nacionales e internacionales, en este documento queda plasmado el equilibrio financiero de hoy y el imperativo de la sostenibilidad como la gran tarea que debemos acometer entre todos, patronos, trabajadores y estado.

Se consignan en estas páginas las mejoras en todos los órdenes, el desahogo en las finanzas producto de la gestión visionaria y valiente, ha permitido el retorno de las inversiones en infraestructura, tecnología, equipos, todo pensado en resarcir a los verdaderos dueños de la seguridad social de las vicisitudes que suponían los tiempos de estrechez económica, es momento para agradecerle a un pueblo que ama y defiende esta conquista superlativa que nos diferencia en el concierto de las naciones.

La lectura desapasionada de este documento supondrá el encuentro con la gran empresa nacional para rescatar y devolverle el rumbo a la Caja Costarricense de Seguro Social, todos los datos aquí consignados pueden ser confrontados con la realidad, es un ejercicio de transparencia con respecto a lo actuado.

La Memoria Institucional es eso, el recuento somero de lo que en algún momento los estudiosos e historiadores podrán auscultar con detenimiento, es el reflejo de una porción de la vida institucional, en algo que debe ser una interminable lista de eslabones en una cadena que debe aspirar a ser infinita.



Doctora Ileana Balmaceda Arias, presidenta ejecutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.

*Dra. Ileana Balmaceda Arias
Presidenta Ejecutiva
Caja Costarricense de Seguro Social.*



Estructura organizacional

Introducción

En este capítulo se describen los componentes fundamentales que integran la organización de la Caja Costarricense de Seguro Social.

a. Miembros de Junta Directiva

Los miembros que integran la Junta Directiva, representan la máxima autoridad en la toma de decisiones. Son elegidos para representar al Estado y los sectores patronal y trabajador.



Miembros de la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social para el periodo 2010-2014. En orden usual: Prof. José Joaquín Meléndez González (representante de los trabajadores), Lic. Adolfo Gutiérrez Jiménez (representante de los patronos), Licda. Aixa Solera Picado (representante del Estado), Sr. José Luis Loría Chaves (representante de los trabajadores), Dra. Ileana Balmaceda Arias (representante del Estado), Dr. Óscar Fallas Camacho (representante del Estado), Lic. Edgar Marín Carvajal (representante de los patronos), Sr. Carlos Nieto Guerrero (representante de los trabajadores) y el Lic. José Manuel Salas Carrillo (representante de los patronos).

Representantes del Estado

Dra. Ileana Balmaceda Arias.

Presidenta ejecutiva y presidente de Junta Directiva

Dr. Óscar Ricardo Fallas Camacho, vicepresidente

Aixa Solera Picado

Representantes de los patronos

Ing. José Manuel Salas Carrillo

Lic. Adolfo Gutiérrez Jiménez

Lic. Edgar Marín Carvajal

Representantes de los trabajadores

Lic. José Joaquín Meléndez

Movimiento Sindical

Sr. José Luis Loría Chaves

Movimiento Cooperativo

Sr. Carlos Nieto Guerrero

Movimiento Solidarista

b. Miembros de la administración superior

Gerencia Administrativa

Lic. Luis Fernando Campos Montes





Gerencia Médica
Dra. María Eugenia Villalta Bonilla



Gerencia Financiera
Lic. Gustavo Picado Chacón

**Gerencia de Pensiones**

Lic. José Luis Quesada Martínez

**Gerencia de Infraestructura y Tecnología**

Arq. Gabriela Murillo Jenkins

**Gerencia de Logística**

Ing. Dinorah Garro Herrera

Auditor Interno

Lic. Jorge Arturo Hernández Castañeda

**Sub- Auditor Interno**

Lic. Olger Sánchez Carrillo



c. Misión y Visión Institucional

Misión

Proporcionar los servicios de salud en forma integral, al individuo, la familia y la comunidad, otorgar la protección económica, social y de pensiones; conforme la legislación vigente a la población costarricense, mediante:

- El respeto a las personas y a los principios filosóficos de la Seguridad Social: Universalidad, Solidaridad, Unidad, Igualdad, Obligatoriedad y Equidad.
- El fomento de los principios éticos, la mística, el compromiso y la excelencia en el trabajo de los funcionarios de la Institución.
- La orientación de los servicios a la satisfacción de los usuarios.
- La capacitación continua y la motivación de los funcionarios.
- La gestión innovadora, con apertura al cambio, para lograr más eficiencia y calidad en la prestación de los servicios.
- El aseguramiento de la sostenibilidad financiera, mediante un sistema efectivo de recaudación.
- La promoción de la investigación y el desarrollo de las ciencias de la salud y de la gestión administrativa.
- La sostenibilidad económica, la participación social y comunitaria.

Visión

Seremos una institución articulada, líder en la prestación de los servicios integrales de salud, de pensiones y de prestaciones sociales, en respuesta a los problemas y a las necesidades de la población, con servicios oportunos, de calidad y en armonía con el ambiente humano.

d. Organización

Durante el año 2013, se realizaron diversas acciones producto de la necesidad de revisar y reestructurar la estructura funcional y organizacional de la Caja. Esta labor de orden estratégico aún se encuentra en proceso de construcción. Los resultados en esta materia muestran lo siguiente:

a) Proceso de reestructuración organizacional del nivel central

Se participó en forma activa en este proceso en los siguientes aspectos:

- Asesoría a las autoridades superiores en relación con la estructura organizacional.
- Participación en el seguimiento y cumplimiento del cronograma de trabajo.
- Participación en la definición de estrategias y actividades de comunicación a los funcionarios.

- Elaboración de documentos técnicos para orientar a las autoridades superiores en la definición de sus propuestas organizativas.

A continuación se detallan las acciones realizadas en estos elementos:

✓ **Revisión de las propuestas de reestructuración**

De acuerdo con lo definido por el Consejo de Presidencia y Gerentes, la Presidencia Ejecutiva y cada Gerente en su respectivo ámbito de competencia, son los responsables de establecer las propuestas de reestructuración organizacional, para lo cual conformaron a lo interno, equipos técnicos de apoyo a efecto de realizar los análisis relacionados con los procesos y los aspectos funcionales y organizacionales que se proponen en la nueva estructura organizativa.

Le correspondió a la Gerencia Administrativa, hasta el 25 de noviembre de 2013, la coordinación general del proceso de reestructuración organizacional y específicamente a la Dirección de Desarrollo Organizacional, con el concurso de sus Áreas Técnicas en esta materia, realizar la revisión de las propuestas de organización diseñadas.

✓ **Ajustes al Marco general para la reestructuración organizacional del nivel central, aprobado por la Junta Directiva el 28 de agosto de 2012.**

La Dirección de Desarrollo Organizacional participó en la definición técnica y conceptual de este instrumento, el cual establece los criterios y los principios orientadores que se deben considerar para definir la nueva organización, permitiendo de esta forma ordenar y orientar el proceso de reestructuración.

Con el propósito de atender un requerimiento de las autoridades superiores, se planteó ajustar el Marco General, para plantear la viabilidad de conformar Subgerencias en la CCSS como unidades formales en la organización, contribuyendo a lograr mayor efectividad en el funcionamiento de las Gerencias donde se justifique su conformación.

✓ **Cronograma de trabajo para realizar el proceso de reestructuración**

De la misma forma, se participó activamente en la definición del cronograma de trabajo y sus modificaciones, para desarrollar el proceso de reestructuración, con las actividades a realizar por los diversos responsables.

✓ **Guía para elaborar el perfil organizacional de las unidades de trabajo.**

Se diseñó una guía para elaborar el perfil organizacional de las unidades de trabajo, la cual fue avalado por la Gerencia Administrativa en marzo de 2013 y se distribuyó a la Presidencia Ejecutiva y Gerentes a efecto de incluir la información organizativa en un formato estandarizado y de esta forma facilitar el análisis y la presentación del documento final que se remitirá a la Junta Directiva.

✓ **Propuesta de acuerdo de Junta Directiva para modificar la adscripción jerárquica de las unidades de trabajo**

Se elaboró una propuesta de acuerdo de Junta Directiva para delegar la autoridad a la Presidencia Ejecutiva y Gerentes para modificar la adscripción jerárquica de unidades, como avance del proceso de reestructuración organizacional del nivel central.

El objetivo de este documento es realizar con mayor oportunidad los traslados de las unidades de trabajo que las autoridades superiores han identificado que requieren ubicarse en otra instancia gerencial. El proyecto definido fue aprobado por ese órgano colegiado en la sesión del 29 de agosto de 2013.

✓ **Resolución administrativa para el traslado de las unidades.**

Se elaboró el documento “Resolución Administrativa” el cual contiene los elementos técnicos y legales para que la Presidencia Ejecutiva y Gerentes realicen y respalden los cambios de adscripción jerárquica, de las unidades de trabajo sujetas al traslado, como avance en el proceso de reestructuración organizacional del nivel central.

✓ **Propuesta de Proyecto de reestructuración**

La Institución definió una serie de temas prioritarios, que forman parte del Portafolio de Proyectos Institucional, con la finalidad de que se planifiquen, implementen y se les otorgue seguimiento y control, así como la respectiva asignación de los recursos que se requieran. A este grupo de temas prioritarios, se les ha denominado “Agenda Estratégica”, la cual se agrupa por ejes y temas estratégicos.

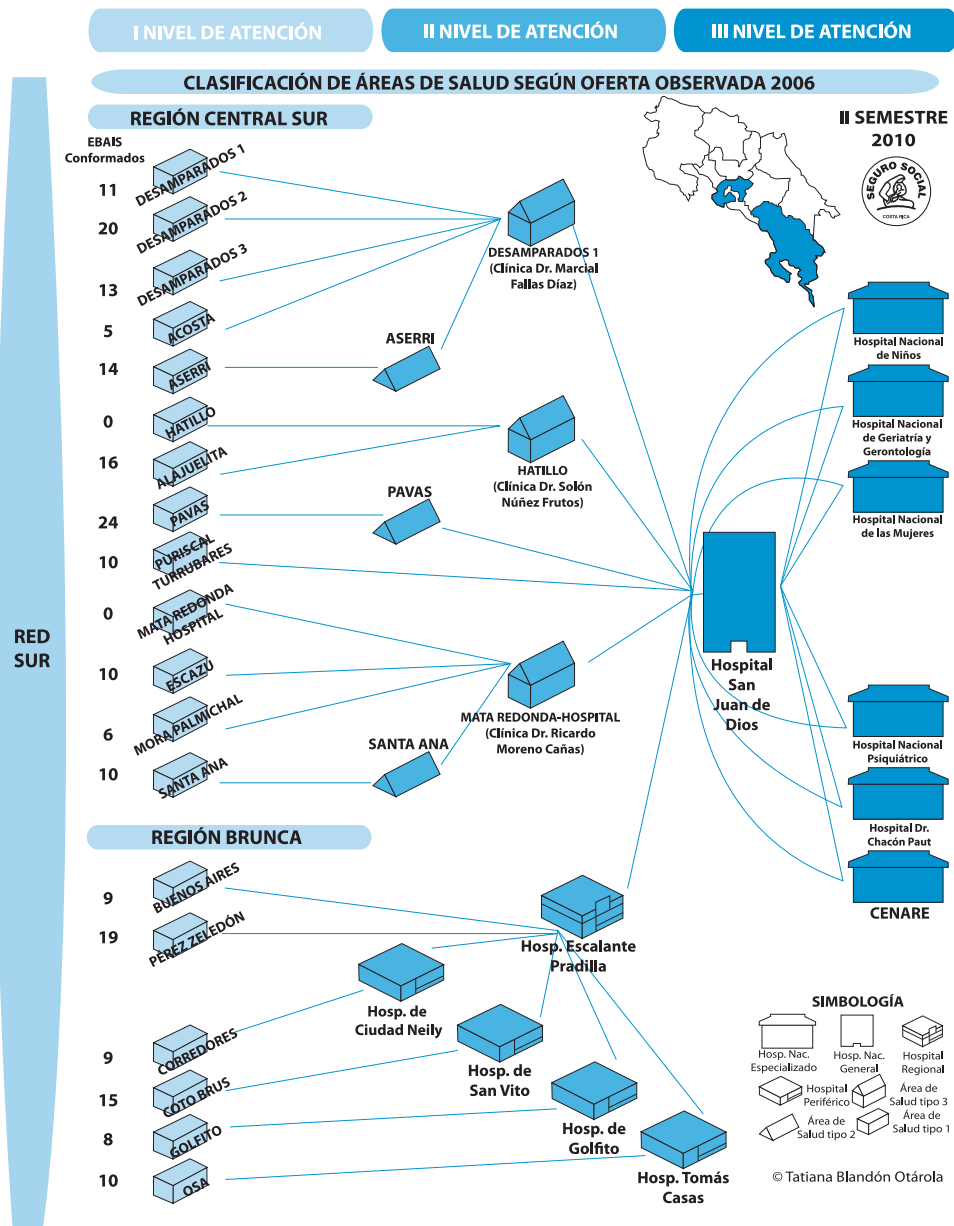
La Reestructuración Organizacional es una de las prioridades de la Gerencia Administrativa, razón por la cual el equipo de trabajo de la Dirección de Desarrollo Organizacional, a solicitud de la Dirección de Planificación Institucional, elaboró una propuesta de “Proyecto”, con base en un instrumento metodológico diseñado por dicha Dirección, como producto se diseñó la “Propuesta de Proyecto de Reestructuración”.

e. Red de Servicios de Salud

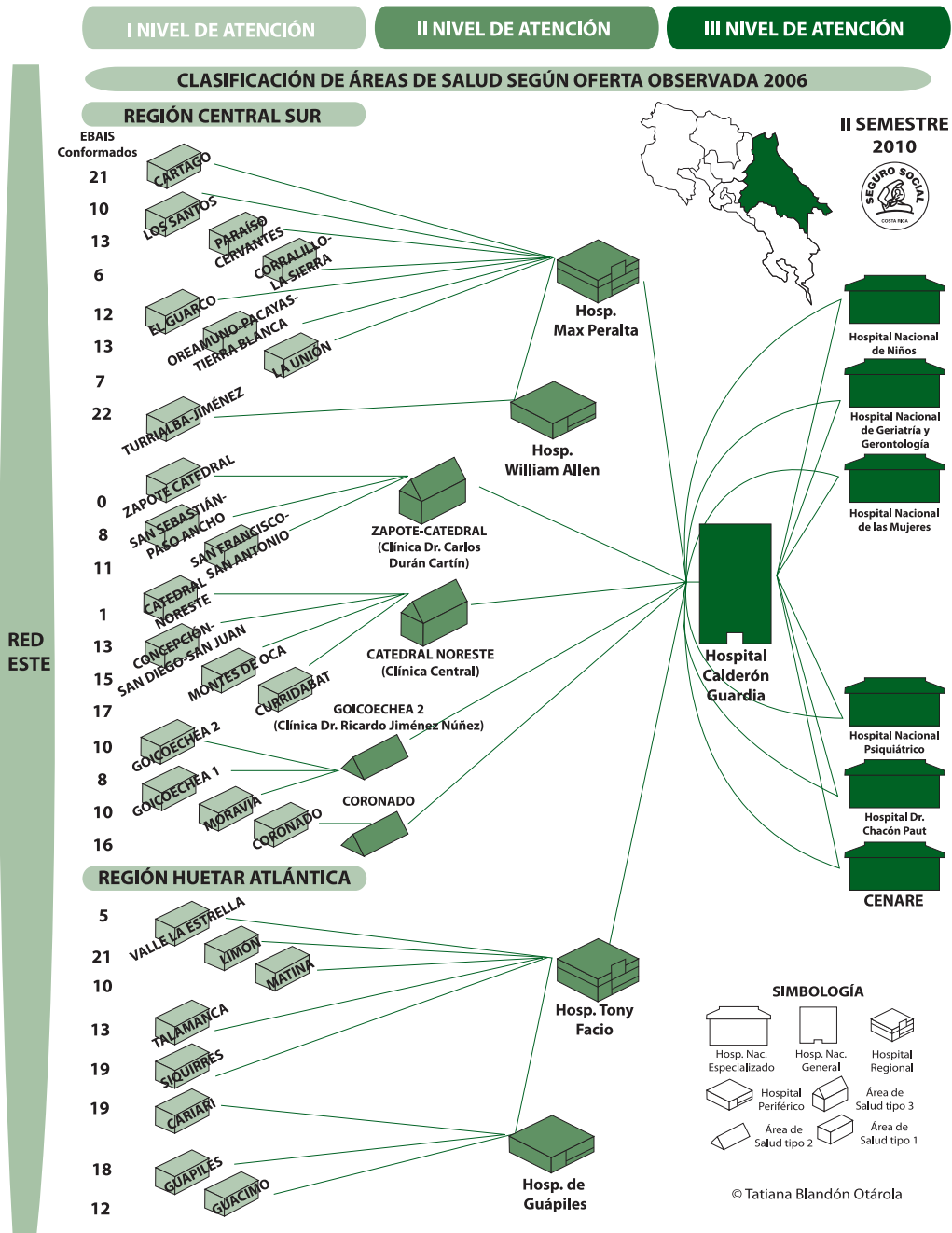
La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) está conformada por un conjunto de establecimientos de salud organizados por regiones y niveles de atención, con distintos grados de complejidad y capacidad resolutoria, interrelacionados entre sí, articulados de forma vertical y horizontal, cuya complementariedad asegura la provisión y continuidad de un conjunto de servicios en salud destinados a satisfacer necesidades y demandas de la población, e incrementar la capacidad operativa de la Institución.

Los establecimientos de salud y dependencias de la Institución operan bajo un modelo de redes, con el soporte de un sistema de referencia y contrareferencia entre las distintas unidades; se basa en protocolos de atención y relaciones de mutua colaboración. La CCSS ha definido tres redes de servicios de salud:

Red Sur: Abarca 19 área de salud, 13 de la región Central Sur y todas las de la Brunca. Incluye 226 EB AIS conformados, cuatro hospitales periféricos y uno regional. Su hospital nacional general es el San Juan de Dios.

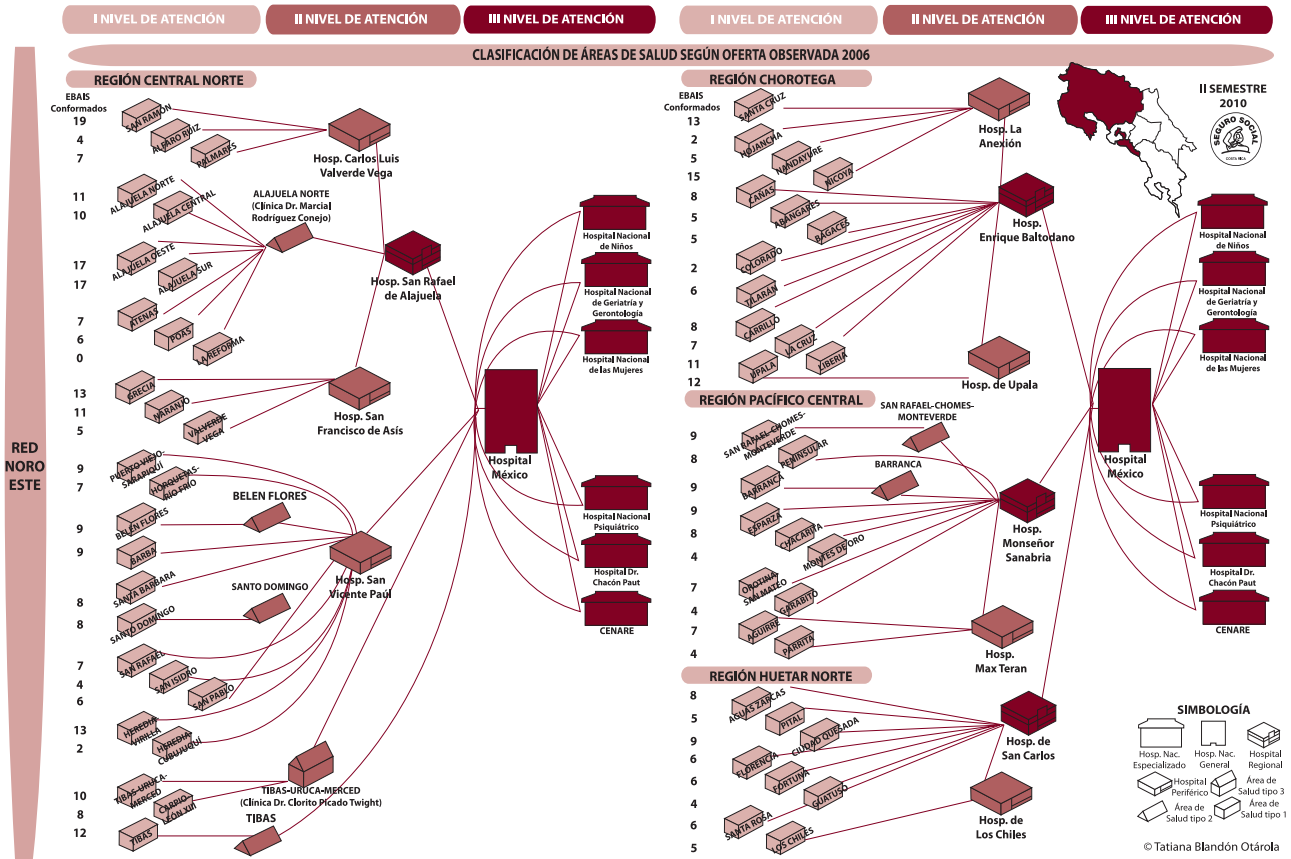


Red Este: Abarca 27 áreas de salud, 19 de la región Central Sur y todas las de la Huetar Atlántica. Incluye 229 EBAIS conformados, dos hospitales periféricos y dos regionales. Su hospital nacional general es el Calderón Guardia.



Red Noroeste: Abarca 57 áreas de salud, todas las de la región Central Norte, Chorotega, Pacífico

Central y Huetar Norte. Incluye 458 EB AIS conformados, siete hospitales periféricos y cuatro regionales. Su hospital nacional general es el México.



f. Regionalización

En el proceso de desarrollo institucional, la CCSS ha dividido el territorio nacional en regiones geográficas de acuerdo con la ubicación de sus establecimientos; por tanto, no son coincidentes con la oficial del país ni tampoco con la del Ministerio de Salud.



g. Niveles de atención

Desde el punto de vista de la respuesta de los servicios a las necesidades de la población, los niveles de atención corresponden a combinaciones funcionales de servicios; lo que distingue a un nivel de otro es su capacidad tecnológica de resolución de problemas.

- **Primer nivel:** áreas de salud tipo 1; comprenden las acciones más elementales o básicas del sistema.

- **Segundo Nivel:** áreas de salud tipo 2 y 3, hospitales periféricos 1, 2 y 3 y hospitales regionales.
- **Tercer Nivel:** hospitales nacionales generales y especializados; corresponden agrupaciones de servicios de diferente grado de especialización y complejidad mayor, que actúan en general sobre la base de referencia del primer nivel.

En otras palabras, lo que distingue un nivel de otro, es su capacidad tecnológica de resolución de problemas.

Tipos de establecimiento de salud de la CCSS

10 Centros especializados
3 Hospitales nacionales generales
6 hospitales especializados
7 hospitales regionales
13 hospitales periféricos
103 áreas de salud y sedes de área
1014 EBAIS conformados
523 sedes de EBAIS
775 puestos de visita periódica

Áreas de salud

Organización definida para la prestación de los servicios integrales de salud, que otorga servicios a la población ubicada en un espacio de territorio asignado previamente.

Sector

Subdivisión territorial de las áreas de salud donde se ubica el equipo básico de atención integral en salud EBAIS, responsable de prestar los servicios de salud en el primer nivel de atención.

Ebáis

Equipo humano integrado por el médico general, un auxiliara de enfermería, un asistente técnico de atención primaria (ATAP), un asistente de REDES (asistente técnico de REDES en el caso de EBAIS desconcentrados) y un técnico de salud de farmacia 3.

Sedes de área de salud

Planta física en la que se ubica la Dirección médica y la administración, además de los servicios de apoyo tales como: Farmacia, laboratorio clínico, REDES, enfermería, trabajo social y otros; además puede contar con el servicio de emergencias del área de salud. Puede albergar uno o más EBAIS.

Sedes de Ebáis

Estructura que alberga uno o más ebáis suele ubicarse en el sector a cubrir. En el caso de que el ebáis tenga puesto de visita periódica (PVP) por cubrir, esta se considera su sede principal de operaciones debido a que es aquí donde el ebáis pasa la mayor parte del tiempo. Según sea la cantidad de ebáis que alberga, se conocen como sedes de ebáis tipo 1, tipo 2, tipo 3 y así sucesivamente.

Puestos de vista periódica (PVP)

Edificación ubicada especialmente en localidades con problemas de accesibilidad donde, en forma periódica, un EBAIS se desplaza a prestar servicios de salud con la finalidad de acercarlos a la población, partiendo ya sea de la sede de área o de una sede de ebáis. Suelen ser edificaciones facilitadas por la comunidad para tal fin.

h. Listado actualizado a diciembre del 2013 de las áreas de salud y Ebáis, por región.

Tabla 1.
EBAIS y Áreas de Salud en la Caja Costarricense de Seguro Social,
al 30 de diciembre del 2013.

RED	REGIÓN	ÁREAS DE SALUD	CANTIDAD DE EBAIS
Sur	Central Sur	Acosta	5
Sur	Central Sur	Alajuelita	16
Sur	Central Sur	Aserri	14
Este	Central Sur	Cartago	21
Este	Central Sur	Catedral Noreste	1
Este	Central Sur	Concepción-San Diego-San Juan ^(UCR)	13
Este	Central Sur	Coronado	16
Este	Central Sur	Corralillo-La Sierra	6
Este	Central Sur	Curridabat ^(UCR)	17
Sur	Central Sur	Desamparados 1	11
Sur	Central Sur	Desamparados 2 ^(COOPESALUD)	24
Sur	Central Sur	Desamparados 3	13

RED	REGIÓN	ÁREAS DE SALUD	CANTIDAD DE EBAIS
Este	Central Sur	El Guarco	12
Sur	Central Sur	Escazú ^(COOPESANA)	16
Este	Central Sur	Goicoechea 1	8
Este	Central Sur	Goicoechea 2	10
Este	Central Sur	La Unión	7
Este	Central Sur	Los Santos	10
Este	Central Sur	Montes de Oca ^(UCR)	15
Sur	Central Sur	Mora-Palmichal	6
Este	Central Sur	Moravia	9
Este	Central Sur	Oreamuno-Pacayas-Tierra Blanca	13
Este	Central Sur	Paraíso-Cervantes	13
Sur	Central Sur	Pavas ^(COOPESALUD)	29
Sur	Central Sur	Puriscal- Turrubares	10
Este	Central Sur	San Francisco-San Antonio ^(COOPESANA)	8
Este	Central Sur	San Sebastián-Paso Ancho ^(ASEMECO)	11
Sur	Central Sur	Santa Ana ^(COOPESANA)	11
Este	Central Sur	Turrialba-Jiménez	22
Noroeste	Central Norte	Alajuela Central	10
Noroeste	Central Norte	Alajuela Norte	11
Noroeste	Central Norte	Alajuela Oeste	17
Noroeste	Central Norte	Alajuela Sur	14
Noroeste	Central Norte	Alfaro Ruiz	4
Noroeste	Central Norte	Atenas	7
Noroeste	Central Norte	Barva ^(COOPESIBA)	10
Noroeste	Central Norte	Belén-Flores	9
Noroeste	Central Norte	Carpio-León XIII ^(ASEMECO)	13
Noroeste	Central Norte	Grecia	13
Noroeste	Central Norte	Heredia-Cubuquiquí	2
Noroeste	Central Norte	Heredia-Virilla	13
Noroeste	Central Norte	Horquetas-Río Frío	7
Noroeste	Central Norte	Naranjo	11
Noroeste	Central Norte	Palmares	7
Noroeste	Central Norte	Poás	6
Noroeste	Central Norte	Puerto Viejo-Sarapiquí	9
Noroeste	Central Norte	San Isidro	4

RED	REGIÓN	ÁREAS DE SALUD	CANTIDAD DE EBAIS
Noroeste	Central Norte	San Pablo ^(COOPESIBA)	6
Noroeste	Central Norte	San Rafael	7
Noroeste	Central Norte	San Ramón	19
Noroeste	Central Norte	Santa Bárbara	8
Noroeste	Central Norte	Santo Domingo	8
Noroeste	Central Norte	Tibás ^(COOPESAIN)	12
Noroeste	Central Norte	Tibás-Uruca-Merced	10
Noroeste	Central Norte	Valverde Vega	5
Noroeste	Chorotega	Abangares	5
Noroeste	Chorotega	Bagaces	5
Noroeste	Chorotega	Cañas	8
Noroeste	Chorotega	Carrillo	8
Noroeste	Chorotega	Colorado	2
Noroeste	Chorotega	Hojancha	2
Noroeste	Chorotega	La Cruz	7
Noroeste	Chorotega	Liberia	11
Noroeste	Chorotega	Nandayure	5
Noroeste	Chorotega	Nicoya	15
Noroeste	Chorotega	Santa Cruz	13
Noroeste	Chorotega	Tilarán	6
Noroeste	Chorotega	Upala	12
Noroeste	Pacífico Central	Aguirre	7
Noroeste	Pacífico Central	Barranca	9
Noroeste	Pacífico Central	Chacarita	8
Noroeste	Pacífico Central	Esparza	8
Noroeste	Pacífico Central	Garabito	4
Noroeste	Pacífico Central	Montes de Oro	4
Noroeste	Pacífico Central	Orotina-San Mateo	7
Noroeste	Pacífico Central	Parrita	4
Noroeste	Pacífico Central	Peninsular	8
Noroeste	Pacífico Central	San Rafael-Chomes-Monteverde	9
Noroeste	Huetar Norte	Aguas Zarcas	8
Noroeste	Huetar Norte	Ciudad Quesada	10
Noroeste	Huetar Norte	Florencia	6
Noroeste	Huetar Norte	Fortuna	6
Noroeste	Huetar Norte	Guatuso	4

RED	REGIÓN	ÁREAS DE SALUD	CANTIDAD DE EBASIS
Noroeste	Huetar Norte	Los Chiles	5
Noroeste	Huetar Norte	Pital	5
Noroeste	Huetar Norte	Santa Rosa	6
Este	Huetar Atlántica	Cariari	19
Este	Huetar Atlántica	Guácimo	12
Este	Huetar Atlántica	Guápiles	18
Este	Huetar Atlántica	Limón	21
Este	Huetar Atlántica	Matina	10
Este	Huetar Atlántica	Siquirres	19
Este	Huetar Atlántica	Talamanca	13
Este	Huetar Atlántica	Valle La Estrella	5
Sur	Brunca	Buenos Aires	9
Sur	Brunca	Corredores	9
Sur	Brunca	Coto Brus	16
Sur	Brunca	Golfito	8
Sur	Brunca	Osa	10
Sur	Brunca	Pérez Zeledón	19

Fuente: Área de Análisis y Proyección de Servicios de Salud; Gerencia Médica – 2013



La CCSS ha realizado en los últimos años un esfuerzo significativo por reforzar, remodelar y ampliar la infraestructura del hospital de Ciudad Neily, el más lejano de San José.

i Listado de sucursales y agencias

Región Central

Sucursal	N° teléfono	N° fax
Dirección Regional Central	22340598/22247293	22240885
Desamparados	2250-2373 / 2219-6905 2219-6906	2219-6907
Acosta	2410-0176 / 2410-1362	2410-0176
Guadalupe	2224-5418 / 2283-3639 2283-3665	2234-17-36
La Unión	2279-1832 / 2279-9496	2279-1832
Cartago	2552-7023 / 2552-5560 2592-3972 / 2592-3973	2551-95-55
Pacayas	2534-4102 / 2534-4090	2534-41-02
Agencia Tierra Blanca	2530-0360	
Agencia de Cot	2536-7714	
Paraíso	2574-7344 / 2574-5842 574-5505	
Turrialba	2556-0375 / 2556- 47752556-4706	2556-7441
Puriscal	2416-4284 / 2416- 62842416-6448	2416-6284
Heredia	2261-4600 / 2261- 01522261-0153	2262-1205
San Joaquín	2265-6005 / 2265-4548	2265-6005
Santo Domingo	2244-1626 / 2244-5820	2244-1626
San Rafael	2237-7243 / 2262-5361	2237-7243
Santa Elena	2544-0002	2544-0718
Ciudad Colón	2249-1819	2249-1819
Tarrazú	2546-5130 / 2546-6111	2546-5130
Agencia Santa María de Dota	2541-1864	
Agencia San Pablo León Cortés	2546-7310	

Región Chorotega

Sucursal	Nº teléfono	Nº fax
Dirección Chorotega	2661-0162 / 2661-1863 / 2661-3124	2661-2921
Puntarenas	2661-0022 / 2661-0523	2661-0719
Esparza	2635-0055 / 2636-4725	2636-4725
Miramar	2639-9226 / 2639-9871	2639-9871
Chomes	2638-8033 / 2638-80-6	2638-8056
Bagaces	2671-1138 / 2671-1401	2671-1138
Cañas	2669-0616 / 2669-1747	2669-1747
Liberia	2666-0264 / 2666-4727	2666-4011
Tilarán	2695-5114 / 2695-9035	2695-6260
Abangares	2662-0236 / 2662-0661	2662-0661
La Cruz	2679-9005	2669-9005
Filadelfia	2688-8162 / 2688-8500	2688-8162
Nicoya	2685-5383 / 2686-6048	2686-6883
Jicaral	2650-0727 / 2650-0070	2650-0070
Santa Cruz	2680-0440 / 2680-1104	2680-1104
Upala	2470-0083 / 2470-0683	2470-0683
Nuevo Arenal	2694-4650 / 2694-4173	2694-4173
Hojancha	2659-9344 / 2659-91-44	2659-9144
Nandayure	2657-7311 / 2657-7147	2657-7147
27 de Abril	2658-0126 / 2658-0127	2658-0126
Cubano	2650-0727 / 2650-0070	2650-0070
Monte Verde	2638-8033 / 2638-8056	2638-8056
Guatuso	2694-4650 / 2694-4173	2694-4173

Cóbano pertenece administrativamente a Jicaral, Monteverde a Chomes y Guatuso a Nuevo Arenal.

Región Brunca

SUCURSAL	N° TELÉFONO	N° FAX
Dirección Regional	2771-3036 2771-3194 2771-8500	2771-3036 2771-3194
Pérez Zeledón	2771-3536 2771-3825	2771-3536 2771-3825
Buenos Aires	2730-0016 2730-1263 2730-0203	2730-0016 2730-1263
Palmar	2786-6533 2786-6253	2786-6533 2786-6253
Ciudad Nelly	2783-3196 2783-5872	2783-5872
San Vito	2773-3126 2773-3926	2773-3420
Parrita	2779-9159 2779-9910	2779-9159 2779-9910
Quepos	2777-0033 2777-0729	2777-0033 2777-0729
Golfito	2775-0262 2775-1429	2775-0562 2775-1429
La Cuesta	2769-1835 2769-1260	2732-2384 2732-2294

Región Huetar Atlántica

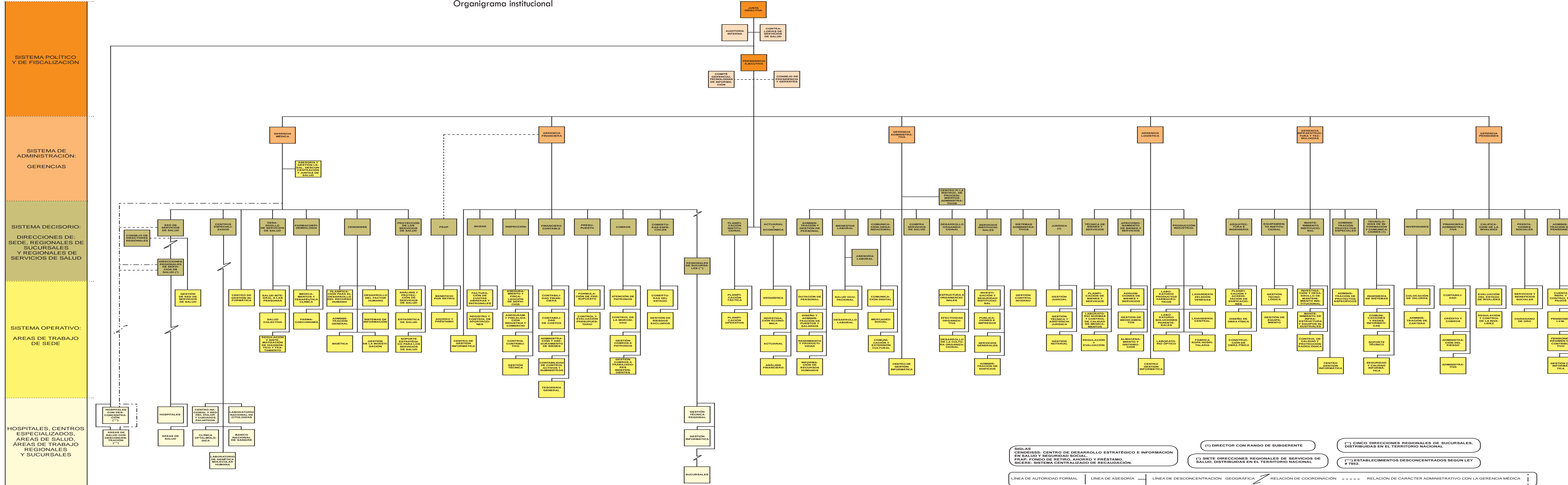
Sucursal	N° teléfono	N° fax
Dirección Regional	2758-3153 / 2798-1464	2758-4538
Limón	2758-0266 / 758-1905	2798-1618
Fortuna	2759-0027	2759-0414
Batán	2718-6261 / 2718-6326	2718-6876
Siquirres	2768-9422 / 2768-8122 / 2768-4165	2768-6928
Guápiles	2710-6125 / 2710-1830 / 2710-2697	2710-6062
Río Frió	2764-4075 / 2764-2247	2764-3287
Ticaban	2710-7002	2710-7002

Sixaola	2754-2010 / 2754-2128	2754-2010
Pto. Viejo-Sarapiquí	2766-6181	2766-6353
Cariari	2767-7080 / 2767-8867 / 2767-7879	2767-7596
Roxana	2763-3035	2763-3421
Guácimo	2716-6441 / 2716-6293	2716-6293
La Perla	2769-8240 / 2769-8274	2769-8240
Bribri	2750-0380	2750-0076
El Carmen	2769-1835 / 2769-1260	2769-1261

Región Huetar Norte

Sucursal	N° teléfono	N° fax
Dirección Regional	2440-4884	2440-8794
Alajuela	2440-3236 2440-2290	2443-3724
Atenas	2446-5466 2446-5115	2446-5115
Orotina	2428-8030	2428-8037
Grecia	2494-1001 2444-0740	2444-0751
San Pedro Poas	2448-5073 2448-5865	2448-5073
Naranjo	2450-0032 2451-3344	2451-3344
Valverde Vega.	2454-1621 2454-4022	2454-4022
Alfaro Ruiz	2463-3366	2463-1452
Ciudad Quesada	2460-0382 2460-2343	2460-1191
Los Chiles	2471-1094	2471-1094
Palmares	2452-0143 2453-5451	2452-0143
San Ramón	2445-5420 2445-0660	2445-6545
Garabito	2643-2834 2643-3552	2643-3552
Fortuna, San Carlos	2479-9055 2479-9798	2479-9055

Organigrama institucional



Elaborado por: Dirección de Desarrollo Organizacional

SIGLAS
 CENEDESS: CENTRO DE DESARROLLO ESTRATEGICO E INFORMACION EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL.
 FRAP: FONDO DE RETIRO, AHORRO Y PRESTAMO.
 SICE: SISTEMA CENTRALIZADO DE RECAUDACION.

(1) DIRECTOR CON RANGO DE SUBGERENTE

(*) SIETE DIRECCIONES REGIONALES DE SERVICIOS DE SALUD, DISTRIBUIDAS EN EL TERRITORIO NACIONAL.

(**) CINCO DIRECCIONES REGIONALES DE SUCURSALES, DISTRIBUIDAS EN EL TERRITORIO NACIONAL.

(***) ESTABLECIMIENTOS DESCONCENTRADOS SEGUN LEY # 7852.

LINEA DE AUTORIDAD FORMAL | LINEA DE ASESORIA | LINEA DE DESCONCENTRACION GEOGRAFICA | RELACION DE COORDINACION | RELACION DE CARACTER ADMINISTRATIVO CON LA GERENCIA MEDICA



Aspectos generales

Introducción

Este capítulo muestra información muy valiosa que permite determinar la cobertura alcanzada por la CCSS en el periodo 2013, tanto desde el punto de vista contributivo como de los servicios.

a. Cobertura

El porcentaje de cobertura contributiva del Seguro de Salud con respecto a la población total para el año 2013, se estima en un 94,4%, porcentaje que se mantiene con respecto al año 2012, manteniendo la tendencia creciente especialmente en las categoría de aseguramiento directo de asalariados, cuenta propia, y pensionados del régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM).

*POBLACIÓN NACIONAL POR CONDICION DE ASEGURAMIENTO
POR AÑO COSTA RICA: 2012 – 2013.
(a junio)*

CONDICION DE ASEGURAMIENTO	2012		2013	
	#	%	#	%
Total	4.667.076	100,0	4.717.681	100,0
Directo asalariado	1.144.159	24,5	1.166.524	24,7
Directo cuenta propia	344.830	7,4	367.187	7,8
Directo por convenio	68.794	1,5	66.722	1,4
Cuenta del Estado y Familiares	401.519	8,6	417.253	8,8
Familiar de aseg. directo act.	1.948.407	41,7	1.976.591	41,6
Pensionado IVM	190.689	4,1	200.639	4,3
Pensionado regímenes especiales	59.914	1,3	60.065	1,3
Pensionado RNC	94.115	2,0	96.989	2,1
Familiar de pensionado	115.583	2,5	117.255	2,5
No asegurado	299.066	6,4	264.190	5,6

FUENTE: CCSS. Dirección Actuarial. Sección de Análisis Demográfico.

Como se puede desprender del siguiente cuadro, el Seguro de Salud, a junio del año 2013, registra 1.600.433 trabajadores, lo cual implica un crecimiento de 2,7% con respecto al año 2012 y representa una cobertura contributiva del 72,4% de la población económicamente activa (PEA).

Por otra parte, la cobertura del Seguro de Salud respecto a la PEA asalariada se mantiene cercana al 70,9%, y en términos absolutos mostró un crecimiento de unos 22 mil trabajadores, explicado por su

concentración tanto en el sector asalariado de la empresa privada y el de las instituciones autónomas, .El Gobierno mantuvo prácticamente el nivel de trabajadores asegurados producto de las políticas de restricción del gasto público. El incremento de la masa cotizante de este sector fue cercano al 3,9%.

Los trabajadores no asalariados afiliados, mostraron un incremento absoluto de unas 22 mil personas, lo que implica un crecimiento cercano al 5% con respecto al año 2011. La tasa de cobertura de esta PEA no asalariada, se ubica cerca del 78%. El incremento en la masa salarial de los no asalariados fue del 20% debido al incremento de la base mínima contributiva de los seguros sociales.

*SEGURO DE SALUD
PATRONOS, TRABAJADORES Y MASA COTIZANTE
POR AÑO, SEGUN SECTOR INSTITUCIONAL.
JUNIO 2012 - 2013*

SECTOR INSTITUCIONAL	PATRONOS		TRABAJADORES		MASA COTIZANTE ¹	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
TOTAL	76.869	79.380	1.557.783	1.600.433	655.871	693.053
ASALARIADOS	76.759	79.271	1.144.159	1.166.524	589.445	612.844
Empresa Privada	65.473	65.987	845.623	855.156	326.050	347.821
Servicio Doméstico	10.067	11.458	13.256	13.986	1.911	2.050
Inst. Autónomas	1.218	1.825	155.209	165.178	160.426	152.548
Gobierno Central	1	1	130.071	132.204	101.058	110.425
NO ASALARIADOS	110	109	413.624	433.909	66.426	80.209
Cuenta Propia	-	-	344.830	367.187	57.677	70.587
Convenios Especiales	110	109	68.794	66.722	8.749	9.622

Fuente: Dirección Actuarial y Económica. Área de Estadística

¹ Cifras en millones de colones

En cuanto al Seguro de Pensiones, en el 2012 presenta una cobertura de 1.379.961 trabajadores, lo cual implica un crecimiento cercano al 3,6% respecto al año 2011. Este incremento está explicado por el incremento de 30 mil trabajadores asalariados y cerca de 20 mil trabajadores no asalariados, donde se muestra una disminución en el número de trabajadores por convenios especiales, debido a una revisión de la aplicación de la obligatoriedad de cotización al régimen de pensión. Mientras que se muestra un incremento en los trabajadores por cuenta propia explicado por la aplicación de la Ley

de Migración y a los esfuerzos por incrementar la cobertura realizados por la institución. En resumen, la cobertura del Seguro de Pensiones respecto a la PEA, mostró un nivel cercano al 63%.

SEGURO DE PENSIONES
PATRONOS, TRABAJADORES Y MASA COTIZANTE
POR AÑO, SEGÚN SECTOR INSTITUCIONAL
JUNIO 2012 - 2013

SECTOR INSTITUCIONAL	PATRONOS		TRABAJADORES		MASA COTIZANTE ¹	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
TOTAL	76,722	79,195	1,379,961	1,411,804	564,864	589,570
ASALARIADOS	76,616	79,090	1,043,934	1,061,312	510,592	524,727
Empresa Privada	65,339	65,825	835,888	843,862	321,296	342,261
Servicio Doméstico	10,059	11,440	13,234	13,948	1,907	2,043
Inst. Autónomas	1217	1824	141,918	151,036	151,120	142,061
Gobierno Central	1	1	52,894	52,466	36,269	38,362
NO ASALARIADOS	106	105	336,027	350,492	54,272	64,843
Cuenta Propia	-	-	279,718	296,044	47,154	57,036
Convenios Especiales	106	105	56,309	54,448	7,118	7,807

Fuente: Dirección Actuarial y Económica. Área de Estadística

¹ Cifras en millones de colones

b. Prestaciones en dinero 2013

Dentro de la atención integral a la salud, que se brinda a través del Seguro de Salud, se encuentran los beneficios “Prestaciones en dinero”, que corresponden al conjunto de aportes económicos que protegen a los asegurados por diferentes riesgos.

La normativa que regula estos beneficios se encuentra en el Reglamento del Seguro de Salud y en el Instructivo de Prestaciones en Dinero.

El artículo 15° del Reglamento del Seguro de Salud, establece específicamente las prestaciones que se brindan a los asegurados:

- a. Atención integral de la salud, por medio de la atención médica en la consulta externa y en los centros hospitalarios.
- b. Las prestaciones en dinero, constituidas por las ayudas económicas que se brindan a los asegurados, para hacerle frente a contingencias específicas.
- c. Las prestaciones sociales, que tienen como finalidad atender necesidades de orden social directamente relacionadas con la salud integral.

c. Crecimiento del gasto durante el año 2013

El total de prestaciones en dinero, crece un 8,27% con respecto al crecimiento del año anterior, el cual representó una disminución 0,13 puntos porcentuales (p.p.) (8,40% en el período 2011-2012). Lo más influyente en esta disminución se relaciona con la caída en la tasa de crecimiento de los subsidios por enfermedad debido a los cambios en las condiciones de pago de los subsidios por enfermedad. Otros conceptos que presentan una caída en su tasa de crecimiento son: “Accesorios Médicos” (incluye prótesis, anteojos, entre otros) y el “Fondo Mutual” con una disminución de 2,66 p.p. y 1,36 p.p. respectivamente.

No obstante, las licencias por maternidad aumentaron en ¢1.419,6 millones, pasando del 4,62% en el año 2012 a un 10,79% en el 2013, es decir, un aumento en su tasa de crecimiento de 6,17 p.p. El gasto por atención externa de los servicios de salud creció en ¢2.677,4 millones más, que el año 2012 (¢35,168.2 millones). Los dos rubros que conforman traslados y hospedajes, incluyendo los traslados de la Cruz Roja exhiben un incremento interanual de 12,70% y 5,59% respectivamente.

Los subsidios que se pagan por concepto de Dirección General de Desarrollo Social (DESAF) Pacientes en Fase Terminal, representan el mayor crecimiento porcentual de las cuentas analizadas, crece un 15,07% y simboliza un subsidio por pagar a las personas que se comprometen a cuidar a pacientes en fase terminal, según la ley 7756.

La tasa de mayor descenso está relacionada con los riesgos de trabajo para empleados de la CCSS, esta disminuye en ¢3,2 millones, su nivel porcentual desciende a un 27,38% y representa una caída de 28,67 p.p. con su mismo período un año atrás (56,06% en el año 2012). Otra cuenta que representa una disminución leve de 0,22% es donde se registró el pago de incapacidades generados por concepto de accidente de tránsito, sufridos por asegurados y otorgados por el Instituto Nacional de Seguros (INS), este monto asciende a los ¢5,6 millones (21,76% en el período 2011-2012).

SEGURO DE SALUD
PRESTACIONES EN DINERO
AÑOS: 2012-2013
-en millones de colones-

CONCEPTO	IMPORTES SEGÚN AÑO		VARIACIONES	
	2013	2012	Absoluta	Relativa
TOTALES	122 874,8	113 493,3	9 381,6	8,27%
Subsidios de Enfermedad	51 216,8	47 178,0	4 038,8	8,56%
Subsidios de Maternidad	14 578,4	13 158,9	1 419,6	10,79%
Subsidios Riesgos Trab.Emplea.CCSS	8,4	11,6	-3,2	-27,38%
Subsidio Accidentes de Tránsito	2 556,3	2 561,9	-5,6	-0,22%
DESAF Pacientes Fase Terminal 1/	1 198,5	1 041,6	157,0	15,07%
Traslados y Hospedajes	4 937,9	4 381,5	556,4	12,70%
Traslados Cruz Roja	5 145,6	4 873,3	272,3	5,59%
Atención Externa Servicios de Salud	37 845,6	35 168,2	2 677,4	7,61%
Accesorios Médicos 2/	4 235,5	3 961,9	273,6	6,91%
Fondo Mutual	1 151,7	1 119,7	32,0	2,86%
Indemniz. Resol.Judicial Administrativa	0,0	36,7	-36,7	-100,00%

1/ Programa financiado por la Dirección General de Desarrollo Social (DESAF).

2/ Incluye anteojos, prótesis y otros

FUENTE: Pre-Balance a diciembre de 2013, Subárea Contabilidad Operativa.

d. Seguro de Salud gastos directos e indirectos y su relación

Al 31 de Diciembre de 2013, los gastos totales estimados del Seguro de Salud ascienden a ₡1,059.6 millones de colones. De ellos, el 71,6% corresponde a gastos de Hospitalización, 27,3% a Consulta Externa de Hospitales y Clínicas mayores.

Respecto al total de gastos, los directos representan un 80,1% y los indirectos un 19,9%.

CUADRO N° 1
SEGURO DE SALUD
GASTOS DIRECTOS E INDIRECTOS Y SU RELACIÓN
AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2013
(Cifras en millones de colones)

SERVICIOS	DIRECTOS	INDIRECTOS	TOTALES	%
Hospitalización	660 450,03	98 581,55	759 031,58	71,63%
Consulta Externa	180 750,96	109 024,72	289 775,67	27,35%
Consulta Odontológica	7 079,84	1 181,82	8 261,66	0,78%
Prótesis Dental	244,22	51,89	296,12	0,03%
Medicina Mixta	36,44	1 268,42	1 304,86	0,12%
Medicina de Empresa	-	929,77	929,77	0,09%
GASTO INSTITUCIONAL	848 561,48	211 038,18	1 059 599,66	100,00%

Fuente: Informe Acumulado de Costos SIH-101 diciembre 2013, Subárea Contabilidad de Costos Hospitalarios

e. Estado de productos y gastos Seguro de Salud

Comprende los ingresos percibidos por el Seguro de Salud por concepto de las cotizaciones efectuadas por el Estado, el sector público y privado, así como los servicios administrativos, médicos, otros ingresos, productos por intereses entre otros.

Como puede apreciarse, el rubro de mayor ingreso con que cuenta el seguro de Salud son las Cuotas Particulares, las cuales ascienden a ₡1,407.430 millones y representan el 73.9% del total de los ingresos. Estas registran un aumento del 9.9% con respecto al año anterior.

El siguiente rubro en importancia lo constituyen Otros Productos, los cuales aumentaron un 40% respecto al año pasado, ascendiendo a la suma para el presente año de ₡288.064 millones, monto que representan el 15.1% del total de Ingresos.

Dentro de los desembolsos efectuados por la administración para el logro de los objetivos está el pago de salarios, consumo de materiales y suministros, subsidios, aportes y contribuciones para un total general de gastos de ₡ 1,650.252.0 millones.

CUADRO N° 2
 SEGURO DE SALUD
 ESTADO DE PRODUCTOS Y GASTOS
 PERIODO 2013-2012
 (MILLONES DE COLONES)

	AÑOS		VARIACIONES	
	31-12-13	31-12-12	ABSOLUTA	RELATIVA
PRODUCTOS				
Cuotas Particulares	1 407 430 73,9%	1 280 872 78,9%	126 557	9,9%
Cuotas Estado	32 634 1,7%	26 417 1,6%	6 217	23,5%
Productos Servicios Administrativos	23 979 1,3%	22 404 1,4%	1 575	7,0%
Productos Servicios Médicos	152 581 8,0%	88 357 5,4%	64 224	72,7%
Otros Productos	288 064 15,1%	205 715 12,7%	82 349	40,0%
			0	
TOTAL PRODUCTOS	1 904 688	1 623 766	280 922	17,3%
GASTOS				
Servicios Personales	869 741 52,7%	804 800 52,4%	64 942	8,1%
Servicios No Personales	81 880 5,0%	68 418 4,5%	13 461	19,7%
Consumo Materiales y Suministros	213 489 12,9%	211 284 13,8%	2 205	1,0%
Aportes y Contribuciones	188 489 11,4%	174 354 11,3%	14 134	8,1%
Depreciaciones	29 914 1,8%	30 817 2,0%	-903	-2,9%
Subsidio Seguro de Salud	69 559 4,2%	63 952 4,2%	5 607	8,8%
Otras Prestaciones	53 525 3,2%	49 541 3,2%	3 984	8,0%
Becas y Capacitación	256 0,0%	1 555 0,1%	-1 299	-83,5%
Gasto Estimación Cuentas de Dudoso Cobro	15 612 0,9%	6 460 0,4%	9 152	141,7%
Otros Gastos	58 464 3,5%	106 793 7,0%	-48 328	-45,3%
Ajustes Periodos Anteriores	69 322 4,2%	18 334 1,2%	50 988	278,1%
TOTAL GASTOS	1 650 252	1 536 309	113 943	7,4%
RESUMEN				
Productos Acumulados	1 904 688	1 623 766	280 922	17,3%
Gastos Acumulados	1 650 252	1 536 309	113 943	7,4%
EXCESO PRODUCTOS SOBRE GASTOS	254 435	87 457	166 979	190,9%

Fuente: CCSS, Gerencia Financiera. Estado Financiero Seguro de Salud al 31 de diciembre de 2013.

f. Balance de situación comparativo Seguro de Salud

A través de este Estado se puede visualizar a grandes rasgos la situación contable que presenta el Seguro de Salud al 31 de diciembre 2013, además de la comparación con su similar del año 2012, en el cual se denotan las variaciones nominales y relativas entre ambos años.

Dentro del rubro de Activos notamos una variación de un 20.3% debido entre otros al crecimiento del rubro Inversiones, producto de la adquisición de un período a otro de títulos a la vista y a corto plazo por parte del área de Tesorería y la Dirección de Inversiones donde se mantienen temporalmente como reserva con el fin de cubrir las obligaciones del régimen como son el salario escolar y el pago a proveedores.

Asímismo las Cuentas por Cobrar se incrementan en ¢70.700.0 millones, producto principalmente del registro contable de la Cuenta por Cobrar Leyes Especiales, así como sus respectivos intereses, lo anterior por un monto total de ¢79.298.8 millones.

El rubro Deuda Estatal Cuota e Intereses refleja un aumento de ¢141.091 millones principalmente por las siguientes situaciones:

- 1- El registro efectuado en el proceso de Diciembre 2013 por concepto de Costo Programa Código Niñez y Adolescencia por el período comprendido de Enero 2011 a Agosto 2013, lo anterior en atención a oficio DAE-1068-13 de la Dirección de Actuarial.
- 2- El registro mensual de la cuenta por cobrar Ministerio de Hacienda del Traspaso Prog. M.S. 7374 y sus intereses, la cual se incrementa de un período a otro por la suma de ¢29.419.5 millones de colones.

Por su parte dentro de los Pasivos de este Seguro, los rubros más importantes corresponde a las Cuentas por Pagar, Gastos Acumulados y Otros Pasivos, dichos conceptos juntos ascienden a la suma de ¢ 285.258.0 millones, representando un (80.2%), del Total del Pasivo.

Finalmente las cuentas del Patrimonio, reflejan una utilidad de ¢ 254.435.0 millones que representan un 16.0% del Total del Patrimonio del Seguro de Salud, el resto corresponde al Patrimonio Neto.

CUADRO N° 3
 SEGURO DE SALUD
 BALANCE DE SITUACION COMPARATIVO
 PERIODO 2013-2012
 (MILLONES DE COLONES)

	AÑOS				VARIACIONES	
	31-12-13		31-12-12		ABSOLUTA	RELATIVA
ACTIVO						
ACTIVO CORRIENTE						
Caja, Bancos	7 636	0,5%	3 589	0,3%	4 048	112,8%
Inversiones	200 892	12,6%	144 103	10,9%	56 788	39,4%
Cuentas por Cobrar Netas	371 359	23,4%	300 659	22,7%	70 700	23,5%
Inventarios	79 325	5,0%	78 650	5,9%	674	0,9%
Productos Acumulados	1 563	0,1%	951	0,1%	613	64,5%
Otros Activos Corrientes	27	0,0%	45	0,0%	-18	-40,3%
ACTIVO NO CORRIENTE						
Propiedad, Planta y Equipo	434 442	27,3%	416 093	31,5%	18 349	4,4%
Deuda Estatal Cuotas e Intereses	489 557	30,8%	348 466	26,4%	141 091	40,5%
Inversiones a Largo Plazo	621	0,0%	25 107	1,9%	-24 486	-97,5%
Cuentas y Documentos por Cobrar LP	964	0,1%	1 069	0,1%	-104	-9,8%
Otros Activos	3 266	0,2%	3 144	0,2%	122	3,9%
TOTAL ACTIVO	1 589 652		1 321 876		267 776	20,3%
PASIVO						
PASIVO CORRIENTE						
Cuentas por Pagar	116 997	32,9%	123 971	35,5%	-6 974	-5,6%
Depósitos Custodia Garantía y Otros	20 500	5,8%	19 283	5,5%	1 217	6,3%
Documentos por Pagar	22 128	6,2%	18 691	5,4%	3 437	100,0%
Otros Pasivos	58 403	16,4%	58 093	16,6%	310	0,5%
Gastos Acumulados (Provisiones)	109 858	30,9%	93 130	26,7%	16 728	18,0%
PASIVO NO CORRIENTE.						
Documentos por pagar	30 371	8,6%	34 280	9,8%	-3 909	-11,4%
Provisión para Contingencias Legales	-3 064	-0,9%	1 493	0,4%	-4 557	-305,2%
TOTAL PASIVO	355 192		348 941		6 252	1,8%
RESERVAS						
Superávit Donado	24 773	1,6%	19 909	1,5%	4 864	24,4%
Reservas	0	0,0%	6 990	0,5%	-6 990	-100,0%
Superávit por Revaluación Activos	245 960	15,5%	244 416	18,5%	1 545	0,6%
Excedentes Acumulados	709 290	44,6%	614 164	46,5%	95 127	15,5%
Excedentes del Periodo	254 435	16,0%	87 457	6,6%	166 979	190,9%
TOTAL PASIVO Y RESERVAS	1 589 652		1 321 876		267 776	20,3%

Fuente: CCSS, Gerencia Financiera. Estado Financiero Seguro de Salud al 31 de diciembre 2013.

g. Estado de productos y gastos Seguro de Pensiones

El seguro de Pensiones obtuvo ingresos por varios conceptos tales como: las cotizaciones del sector público y privado, el Estado y los contribuyentes directos, ingresos por revaluación TUDES, los intereses como resultado de las inversiones, así como a ingresos por diferencial cambiario entre otros.

El rubro con mayor participación son las cuotas particulares que ascienden a ¢ 566.215.0 millones, representando el 72.7% del total ingresos. Es importante indicar que dicho monto en comparación con el año pasado presenta un incremento del 8.6%.

La principal actividad de este régimen es el otorgamiento de las pensiones e indemnización a los asegurados que cumplen con los requisitos establecidos, así como las que se entregan a los cónyuges de asegurados fallecidos, beneficios a favor de los huérfanos, pensiones de orfandad estudiantil, etc., rubro que asciende a ¢ 548.376.0 millones representando el 82.6% del total de gastos.

Un rubro igualmente importante dentro de los gastos es la Administración y la Atención Médica a Pensionados, el cual asciende a la suma de ¢79.444.0 millones. Bajo esta cuenta se registran los pagos que realiza el Seguro de Pensiones al de Salud por los servicios médico hospitalarios brindados a este sector poblacional, así como por la administración de los recursos institucionales.



Con el objetivo de promover un estilo de vida que mejore la salud del corazón y reducir así el impacto de las enfermedades cardiovasculares, un grupo de actores, vestidos como corazones, recorrieron las principales vías de San José, sensibilizando a la población sobre las cosas que se deben hacer para mantener el corazón sano. Este desfile formó parte de las actividades conmemorativas del Día Mundial del Corazón y formó parte de una alianza estratégica con la empresa Mediteck.

CUADRO N° 4
 SEGURO DE PENSIONES
 ESTADO DE PRODUCTOS Y GASTOS
 PERIODO 2013-2012
 (MILLONES DE COLONES)

	AÑOS				VARIACIONES	
	31-12-13		31-12-12		ABSOLUTA	RELATIVA
PRODUCTOS						
Cuotas Particulares	566 215	72,7%	521 268	72,0%	44 948	8,6%
Cuotas Estado	39 352	5,1%	31 371	4,3%	7 981	25,4%
Productos Servicios Administrativos	2 157	0,3%	2 041	0,3%	115	5,6%
Productos Servicios Médicos	9	0,0%	12	0,0%	-3	-22,2%
Productos por Intereses	140 338	18,0%	134 051	18,5%	6 287	4,7%
Otros Productos	30 503	3,9%	35 525	4,9%	-5 022	-14,1%
TOTAL PRODUCTOS	778 574		724 268		54 306	7,5%
GASTOS						
Servicios Personales	5 931	0,9%	5 601	0,9%	329	5,9%
Servicios No Personales	7 531	1,1%	7 107	1,2%	425	6,0%
Consumo Materiales y Suministros	55	0,0%	85	0,0%	-30	-35,6%
Pensiones e Indemnizaciones	548 376	82,6%	487 636	80,8%	60 739	12,5%
Administración y Atención Médica	79 444	12,0%	67 404	11,2%	12 040	17,9%
Depreciaciones	456	0,1%	452	0,1%	4	0,8%
Otros Gastos	22 193	3,3%	35 561	5,9%	-13 368	-37,6%
TOTAL GASTOS	663 985		603 847		60 138	10,0%
RESUMEN						
Productos Acumulados	778 574		724 268		54 306	7,5%
Gastos Acumulados	663 985		603 847		60 138	10,0%
EXCESO PRODUCTOS SOBRE GASTOS	114 589		120 422		-5 832	-4,8%

Fuente: CCSS, Gerencia Financiera. Estado Financiero Seguro Pensiones al 31 de diciembre de 2013.

h. Balance de situación comparativo Seguro de Pensiones

El presente Balance muestra un panorama de la situación contable que presenta el Seguro de Pensiones al 31 de Diciembre del 2013, donde se visualizan las diferentes variaciones generadas por las cuentas que conforman el Activo, Pasivo y Capital de los periodos que finalizan a diciembre 2013 y 2012, respectivamente.

Dentro del rubro de Activos notamos un incremento del 6.6%, el cual representa un aumento de ¢ 116.328 millones en relación al año anterior, con el año anterior, el cual se debe principalmente al incremento en las Inversiones en Bonos Largo Plazo, las cuales representan un 82.7% del Total del Activo. Conformadas principalmente por los Títulos a la Propiedad Largo Plazo y Revaluación Títulos Unidades de Desarrollo (TUDES).

Dentro de los Pasivos del Seguro de Pensiones, el rubro más importante corresponde a las Cuentas por Pagar, las cuales representa, el (54.1%), del Total del Pasivo, conformadas principalmente por las Cuentas por Pagar al SEM, así mismo podemos destacar los Gastos Acumulados (Provisiones) que representan el 32.4% del total Pasivo y los Depósitos Custodia Garantía y Otros (9.2%) estos últimos producto de sumas de dinero recibidas en calidad de depósito, siendo el rubro más importante los montos recibidos como primas por ventas de propiedades adjudicadas por remate.

Finalmente las cuentas del Patrimonio, reflejan un Superávit de ¢ 114.589.0 millones, representando un 6.1% del Total Patrimonio del Seguro de Pensiones, el resto corresponde al Patrimonio Neto por Reservas.



En el 2013, se inauguró la sede de Ebáis de La Casona, en el cantón de San Vito, en el cual se ofrece atención médica que respeta la cultura indígena.

CUADRO N° 5
SEGURO DE PENSIONES
BALANCE DE SITUACIÓN COMPARATIVO
PERIODO 2013-2012
(MILLONES DE COLONES)

	AÑOS				VARIACIONES	
	31-12-13		31-12-12		ABSOLUTA	RELATIVA
ACTIVO						
ACTIVO CORRIENTE						
Caja, Bancos	35 664	1,9%	39 764	2,2%	-4 100	-10,3%
Inversiones	67 778	3,6%	123 504	7,0%	-55 726	-45,1%
Cuentas por Cobrar Netas	129 817	6,9%	111 153	6,3%	18 664	16,8%
Productos Acumulados	23 234	1,2%	32 422	1,8%	-9 188	-28,3%
Otros Activos Corrientes	3	0,0%	0	0,0%	2	669,4%
ACTIVO NO CORRIENTE						
Propiedad, Plante y Equipo	11 426	0,6%	11 813	0,7%	-387	-3,3%
Deuda Estatal Cuotas e Intereses	3 228	0,2%	9 383	0,5%	-6 156	-65,6%
Inversión (Títulos, Bonos, Certificados)	1 557 608	82,6%	1 386 901	78,4%	170 706	12,3%
Cuentas y Documentos por Cobrar LP	55 426	2,9%	52 086	2,9%	3 340	6,4%
Otros Activos	431	0,0%	1 258	0,1%	-827	-65,8%
TOTAL ACTIVO	1 884 614		1 768 286		116 328	6,6%
PASIVO						
PASIVO CORRIENTE						
Cuentas por Pagar	13 120	54,1%	12 057	53,5%	1 063	8,8%
Depósitos Custodia Garantía y Otros	2 226	9,2%	3 307	14,7%	-1 081	-32,7%
Otros Pasivos	1 043	4,3%	721	3,2%	322	44,6%
Gastos Acumulados (Provisiones)	7 840	32,4%	6 463	28,7%	1 377	21,3%
PASIVO NO CORRIENTE.						
Documentos por pagar largo plazo	0	0	0	0	0	0,0%
TOTAL PASIVO	24 229		22 549		1 680	7,5%
RESERVAS						
Reserva Pensiones Curso de Pago	1 728 635	91,7%	1 608 214	90,9%	120 421	7,5%
Reserva para Pensiones y Beneficio Futuro	17 160	0,9%	17 101	1,0%	58	0,3%
Excedentes Acumulados	114 589	6,1%	120 421	6,8%	-5 832	-4,8%
TOTAL PASIVO Y RESERVAS	1 884 614		1 768 286		116 328	6,6%

Fuente: CCSS, Gerencia Financiera. Estado Financiero Seguro de Pensiones al 31 de diciembre 2013.

i. Régimen no Contributivo de Pensiones: estado de productos y gastos

Los ingresos del régimen están constituidos principalmente por los montos que gira el Ministerio de Hacienda a Asignaciones Familiares por concepto de impuesto sobre las ventas, además por planillas.

Los gastos están compuestos por los pagos de pensiones que realizan el programa del Régimen No Contributivo y el de Parálisis Cerebral Profunda. Igualmente se incluye dentro de esta clasificación los pagos por concepto del servicio médico hospitalario y aguinaldo.

Para este año el rubro de ingresos asciende a la suma de ¢ 132.614,0 millones y los gastos son de ¢ 116.368.0 millones, dando como resultado un crecimiento de productos sobre gastos de ¢16.246.0 millones, los cuales representan una variación de 6.3% respecto de su similar del año 2012.

REGIMEN NO CONTRIBUTIVO DE PENSIONES POR MONTO BÁSICO
ESTADO DE INGRESOS Y GASTOS COMPARATIVO
ANALISIS VERTICAL
AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2013 y 2012
(En millones de colones)

CONCEPTO	2013	PART.%	2012	PART.%	ABSOLUTA	PORCENTUAL
INGRESOS						
<i>Planillas Seguro Social</i>	29 332	22,12%	24 876	20,24%	4 455	17,91%
<i>Impuesto de Ventas</i>	25 211	19,01%	20 269	16,50%	4 942	24,38%
<i>Superávit Fodesaf</i>	3 413	2,57%	4 084	3,32%	(671)	-16,42%
<i>Reintegro Unidades Ejecutoras</i>	279	0,21%	366	0,30%	(87)	-23,68%
<i>Cigarros y Licores Ley 7972</i>	3 318	2,50%	3 190	2,60%	128	4,00%
<i>Lotería Electrónica Ley 7395</i>	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
<i>Ley Protección Trabajador # 7983 Art.# 77</i>	4 078	3,07%	4 078	3,32%	0	0,00%
<i>Ingreso Artículo 612 Código Trabajo</i>	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
<i>Transf. J.P.S. Art.# 8 Ley # 8718</i>	2 642	1,99%	2 995	2,44%	(353)	-11,79%
<i>Recargo Planillas Patronos Morosos</i>	672	0,51%	406	0,33%	266	65,56%
<i>Otros Ingresos del Período</i>	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
<i>Otros Ingresos DESAF</i>	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
<i>Ingreso Estimación por incobrable</i>	10 273	7,75%	9 984	8,12%	289	2,89%
<i>Intereses Ganados Cuenta Corriente Fodesaf</i>	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
<i>Intereses ganados Inversiones a la Vista</i>	357	0,27%	394	0,32%	(37)	-9,43%
<i>Transf. Ley Protec.Trabajador Art. 87.</i>	52 922	39,91%	52 219	42,50%	703	1,35%

CONCEPTO	2013	PART.%	2012	PART.%	ABSOLUTA	PORCENTUAL
<i>Intereses Cuenta Bancaria 45015-5</i>	23	0,02%	21	0,02%	2	10,16%
<i>Intereses devengados Cert. Depósito a Plazo Sect. Público</i>	94	0,07%	0	0,00%	94	100,00%
TOTAL DE INGRESOS	132 614	100,00%	122 882	100,00%	9 732	7,92%
GASTOS						
<i>Pensiones Régimen No Contributivo</i>	83 706	71,93%	77 783	72,29%	5 923	7,61%
<i>Pensiones Parálisis Cerebral Profunda</i>	8 722	7,50%	7 559	7,03%	1 163	15,39%
<i>Servicios Médico</i>	12 672	10,89%	11 693	10,87%	978	8,37%
<i>Servicios Administrativos SEM</i>	1 788	1,54%	1 741	1,62%	47	2,68%
<i>Servicio Administrativos IVM</i>	2 136	1,84%	2 033	1,89%	102	5,04%
<i>Décimo Tercer Mes R.N.C.P.</i>	6 627	5,69%	6 185	5,75%	441	7,14%
<i>Décimo Tercer Mes P.C.P.</i>	695	0,60%	593	0,55%	103	17,30%
<i>Gastos Estimación Incobrables</i>	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
<i>Interes por Servicios Médicos</i>	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
<i>Intereses por Servicios Administrativos</i>	23	0,02%	5	0,00%	17	340,13%
<i>Otros Ajustes Períodos Anteriores</i>	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
TOTAL DE GASTOS	116 368	100,00%	107 593	100,00%	8 775	8,16%
EXCESO NETO INGRESOS/GASTOS	16 246		15 289		957	6,26%

j. Fondo Nacional de Mutualidad casos tramitados y pagos efectuados según tipo de asegurado

Para el año 2013, los pensionados directos del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, son los que poseen mayor porcentaje de casos tramitados (34.4%) y los que a su vez, absorben la mayor proporción de las sumas pagadas (36,1%), seguido por los pensionados directos del Régimen No Contributivo de Pensiones por Monto Básico, con porcentajes que alcanzan el 27.7% de casos y en monto un 29.1%; respectivamente.

FONDO NACIONAL DE MUTUALIDAD
CUADRO COMPARATIVO AÑOS 2013-2012
CASOS TRAMITADOS Y PAGOS EFECTUADOS, SEGÚN TIPO ASEGURAMIENTO A NIVEL NACIONAL
CIFRAS EN COLONES

TIPO ASEGURADO	2013			TIPO ASEGURADO	2012		
	CASOS	TOTAL PAGADO	% Casos Por Tipo		CASOS	TOTAL PAGADO	% Casos Por Tipo
TOTAL ASALARIADOS	12 732	1 150 463 865	100,00%	TOTAL ASALARIADOS	12 359	1 118 567 625	100,00%
Directos	1 455	138 130 750	11,43%	Directos	1 499	142 212 590	12,13%
Cónyuges/ Compañero (a)	338	21 403 322	2,65%	Cónyuges/ Compañero (a)	313	19 823 323	2,53%
PENSIONADOS IVM				PENSIONADOS IVM			
Directos	4 386	415 384 826	34,45%	Directos	4 139	391 500 426	33,49%
Cónyuges/ Compañero (a)	421	26 595 986	3,31%	Cónyuges/ Compañero (a)	340	21 533 321	2,75%
Viudas	780	49 375 307	6,13%	Viudas	775	49 083 307	6,27%
CUENTA PROPIA				CUENTA PROPIA			
Directos	447	42 398 000	3,51%	Directos	373	35 435 000	3,02%
Cónyuges/ Compañero (a)	78	4 920 664	0,61%	Cónyuges/ Compañero (a)	76	4 813 331	0,61%
REGIMEN NO CONTRIBUTIVO				REGIMEN NO CONTRIBUTIVO			
Directos	3 531	335 048 350	27,73%	Directos	3 558	337 478 333	28,79%
Cónyuges/ Compañero (a)	77	4 876 664	0,60%	Cónyuges/ Compañero (a)	73	4 623 331	0,59%
PENSIONADOS DE GOBIERNO				PENSIONADOS DE GOBIERNO			
Directos	762	72 265 000	5,98%	Directos	776	73 715 000	6,28%
Cónyuges/ Compañero (a)	65	4 116 665	0,51%	Cónyuges/ Compañero (a)	50	3 166 665	0,40%
ASEGURADOS DEL ESTADO				ASEGURADOS DEL ESTADO			
Directos	352	33 415 000	2,76%	Directos	342	32 333 000	2,77%
Cónyuges/ Compañero (a)	40	2 533 332	0,31%	Cónyuges/ Compañero (a)	45	2 849 999	0,36%

Fuente: Subárea Asesoría Prestaciones en Dinero

k. Producción en Salud

El análisis de la producción en salud permite visualizar la dimensión de la prestación de servicios hacia la población costarricense y a la vez identificar los cambios que se producen en la oferta de servicios y los principales indicadores estadísticos, los cuales constituyen el insumo básico para la planificación y proyección de los servicios de salud del país.

Se presentan aquí los principales datos de producción en salud, los cuales serán analizados de acuerdo con las grandes áreas de prestación de servicios, a saber: hospitalización, consulta externa, atenciones de urgencias y servicios de apoyo, para facilidad de los lectores y finalizar con una descripción de las tendencias de los principales indicadores y su comportamiento con respecto a la población.

1. Hospitalización

El cuadro 1 presenta el panorama general en el área de hospitalización por Red de servicios y centro de salud. En el año 2013, se atendieron un total de 343.079 egresos hospitalarios, representando esto un aumento de 2.070 egresos respecto al 2012, donde se atendieron 341.009 egresos. Esta situación es consecuente con los datos que se observan en la razón de egresos por habitante, que de igual manera presentó un pequeño aumento. En términos de estancia media, en este periodo se experimentó un leve descenso, pasando de 6,35 días a 6,16 días del 2012 al 2013, este leve descenso es reflejo de una reducción en el número de camas del Hospital Nacional Psiquiátrico, que pasó de 675 camas en el 2012 a 655 camas en el 2013.

En el 2013, se contó con un total de 5.547 camas, de las cuales el 34% están concentradas en la Red Noroeste, y por consiguiente, el 44% de los egresos hospitalarios también se encuentran en esta red, con una estancia promedio de 5,08 días, siendo esta región la que cuenta con la mayor cantidad de centros hospitalarios con un total de doce, incluyendo siete hospitales periféricos, cuatro regionales y uno nacional.

Los hospitales de tercer nivel, cabezas de red, son los que presentan una mayor cantidad de egresos hospitalarios, el H. Rafael A. Calderón Guardia con 33.244 (9,7%), el H. San Juan de Dios con 32.607 (9,5%) y el H. México con 30.260 (8,8%) egresos; además son los que alcanzan los porcentajes más altos de intervenciones quirúrgicas, con porcentajes que oscilan entre 61% y 63% de intervenciones respecto a los egresos totales.

Los hospitales psiquiátricos y geriátricos son los que tienen menos egresos al año acompañados de las estancias medias más altas del país. Estos hospitales tienen solamente el 2% del total de los egresos, con estancias medias que van desde 17,73 días en el H. Raúl Blanco Cervantes, 48,20 días en el H. Psiquiátrico (Dr. Manuel Chapuí) y 124,58 días en el H. Roberto Chacón Paut.

Cabe mencionar que las intervenciones quirúrgicas, en general, presentan un leve crecimiento, principalmente en hospitales como Nacional Psiquiátrico, Raúl Blanco Cervantes, San Francisco de Asís

y Monseñor Sanabria. Se evidencia un incremento importante en la cirugía mayor ambulatoria donde se logró un aumento de 9,1% con respecto al 2012, lo que significó 4.662 intervenciones quirúrgicas más que el año anterior.

En cuanto a la mortalidad hospitalaria, por cada 100 hospitalizaciones dos finalizaron con el fallecimiento del paciente, en términos relativos esta mortalidad se concentra en el Hospital Raúl Blanco Cervantes, donde fallecieron 12 pacientes por cada 100 hospitalizaciones; en el resto de los hospitales se nota una diferencia en los de tercer nivel y en algunos regionales, lo que se explica por la complejidad de los pacientes que son remitidos a estos centros de mayor nivel dentro de la red.

El índice de ocupación hospitalaria, a nivel de país se alcanzó el 85,8%, un valor similar al recomendado internacionalmente, los hospitales Rafael A. Calderón Guardia, Dr. Fernando Escalante Pradilla, Tony Facio Castro y Enrique Baltodano Briceño presentan índices de ocupación superiores al 95%, valores no recomendados ya que tal saturación no les da oportunidad de atender posibles eventualidades en las que se requiera hospitalizar una cantidad importante de personas en un momento dado; incluso los hospitales Calderón Guardia y Tony Facio Castro han utilizado camillas de tránsito adicionales a la de dotación normal, lo cual ha provocado que estos nosocomios presentes un porcentaje superior al 100%.

Otros hospitales como el Centro Nacional de Rehabilitación y Los Chiles presentan los índices más bajos, por debajo de 70%.

2. Consulta Externa

En el cuadro 2, se observa la distribución de la consulta médica en medicina general y en especialidades para el año 2013, la proporción de consultas médicas y especializadas se mantiene similar a las presentadas en años anteriores, 73% consultas de medicina general y 27% especializada.

Para el año 2013, se observa un aumento del 1,2% en el número de consultas médicas respecto al 2012, esto significa 128.728 consultas más que el año anterior; en la consulta de medicina general se presentó un leve incremento de 0.4% respecto al año anterior, esto significó un incremento de 30 mil consultas más en el año, mientras que en la consulta de medicina especializada el crecimiento fue del 4% respecto al año 2012, esto representó un impacto de 98.404 consultas especializadas más que el año anterior, en general se mantiene la tendencia de crecimiento en la cantidad de consultas médicas que se ha presentado en los últimos cinco años, con la variante importante en el componente de medicina especializada.

En cuanto a las consultas promedio por usuario (concentración) que se dieron durante el 2013, como se observa en el cuadro 2, la más alta se presenta en medicina general con 3,05 consultas por persona al año, este indicador presenta una tendencia a un muy leve crecimiento en el tiempo; en medicina especializada se presentaron 1,95 consultas por persona al año, valores que son similares a los presentados en los últimos 5 años. Respecto a este indicador, es notorio que los hospitales nacionales y centros especializados presentan mayor concentración en comparación a las demás regiones del país, tanto en medicina general, donde el número de consultas por consultante en el periodo es superior a

5, como en especializada donde se presentaron en promedio más de 2,5 consultas por usuario, lo que representa que en estos hospitales nacionales y centros especializados, en ambos tipos de consulta, se brinda una atención más a cada consultante que en el resto de centros de las regiones del país. Este es un resultado esperado, a la luz de que estos hospitales atienden los casos más complejos y requieren un mayor número de consultas de seguimiento al año.

En el cuadro 4, para el año 2013, se observa que el 76% del total de consultas se brindó en las áreas de salud, este indicador refleja principalmente la magnitud de las consultas de medicina general, dadas por los 1014 EB AIS con que cuenta la Institución en todo el territorio nacional.

3. Atenciones de urgencias

El total de atenciones en el año 2013, por primera vez en muchos años presenta un descenso de 0.2% respecto a las atenciones brindadas en el 2012, esto significa que se requirieron aproximadamente 11 mil atenciones menos de urgencias respecto a lo ocurrido en el año anterior, la tendencia en las últimas dos décadas ha sido creciente, comportamiento que no se visualiza como el más conveniente por la saturación de este servicio, se debe tener presente que la prestación en el servicio de urgencias es muy importante por sus características de oportunidad para los usuarios, en la atención de eventualidades en la condición de salud las personas.

En el cuadro 3, se aprecian los datos de la atención en los servicios de urgencias clasificados por tipo de urgencia, las atenciones de tipo médicas son las que se presentaron con mayor frecuencia (un 51% del total de urgencias) de manera idéntica a lo ocurrido en años anteriores.

Llama la atención el porcentaje de atenciones que requieren observación en las regiones Huetar Atlántica, Chorotega, Central Norte y Huetar Norte (46%, 41%, 33% y 32% respectivamente), estos porcentaje son muy superiores a los presentados en las otras regiones del país, donde se mantiene alrededor de 20%; incluso los hospitales nacionales y especializados presentan la menor proporción de urgencia con observación, con tan solo un 13,5%.

El volumen de urgencias sigue siendo muy alto, se da una atención de urgencia por cada 2,5 consultas en el área ambulatoria (ver cuadro 4), esto significa que más del 30% de la demanda de servicios ambulatorios no es programada, afectando todo el sistema de atención de la salud y a la vez desvirtúa las funciones de la red de servicios, en especial los servicios de urgencias, en donde se evidencia que se atienden altos volúmenes de no urgencias, más de la mitad del total de atenciones (60%) se consideran no urgencias.

De acuerdo con la desagregación por tipo de centro de salud, como se aprecia en el cuadro 4, el 55% de atenciones están concentradas en las áreas de Salud.

Volumen en las atenciones de urgencias

Como se indicó anteriormente, el porcentaje de no urgencias es muy alto, y después de haber experimentado una tendencia a crecer leve pero sostenidamente desde el año 1998 hasta el 2009, periodo en el cual este indicador presentó un aumento de un 20%, pasando del 40% a un 60% de atenciones consideradas no urgentes, y en los últimos cuatro años se ha mantenido casi constante en 60%, como se aprecia en el siguiente gráfico.



Fuente: CCSS, Área de Estadística en Salud.

Esta situación puede reflejar una saturación en los servicios de consulta externa o una necesidad de horarios diversificados en este servicio, así como el desconocimiento de la población sobre la finalidad de los servicios de urgencia. Lo cual, se traduce en un alto volumen de atenciones clasificadas como no urgentes, situación que además no siempre ayuda a mejorar la salud de las personas, ya que el objetivo en los servicios de urgencias es estabilizar el estado de salud de estas y en el caso de pacientes con enfermedades crónicas no se le da un abordaje integral de su enfermedad, ni el seguimiento adecuado.

Las regiones que más se ven afectada por la magnitud de las no urgencias son la Pacífico Central y Huetar Atlántica con porcentajes alrededor de 70%; en contraste con los Hospitales Nacionales y Especializados que presentan porcentaje de no urgencias de menos del 20%, reflejando un mejor uso de este servicio.

4. Servicios de Apoyo

Medicamentos entregados

En el cuadro 5, se muestra el número de recetas de medicamentos despachados por los servicios de farmacia de la CCSS durante el año 2013, la cifra casi alcanzó los 77 millones de recetas despachadas, aumentando el volumen presentado en el año 2012 en más de 2,6 millones de recetas (un 3,5% más).

Del total de recetas despachadas, el 68,5% se prescribieron en consulta externa, un 14,5% en el servicio de urgencias, 5,5% en hospitalización y el resto en otros servicios. Sin embargo, como se presenta en el cuadro 7, la razón de medicamentos por cada hospitalización es de 12,4 a nivel nacional; es decir, se despachan 12 medicamentos por cada egreso, la distribución por región muestra que los Hospitales Nacionales y Centros Especializados, junto con la Región Brunca son los que tienen más alta esta razón, superior o igual a 16 medicamentos por egreso, en contraste con regiones como la Pacífico Central, Huetar Norte y Chorotega que presentan una razón cercanas a 5 medicamentos por egreso. Por otra parte, en la Consulta Externa en promedio se reportan 5 medicamentos por cada consulta y en Urgencias se distribuyen 2 medicamentos por cada atención de urgencia.

Exámenes de laboratorio

En el cuadro 6, se presenta el número de exámenes de laboratorio realizados durante el año 2013, para este año se realizaron aproximadamente 47,3 millones de exámenes en los centros de salud de todo el país, cifra que se incrementa en un millón de exámenes (2,2%) respecto al año 2012.

Por área de atención, se mantiene la consulta externa como el área que más consume este servicio diagnóstico, del total de exámenes realizados un 47,6% fueron solicitados desde la consulta externa. Pero se observa en el cuadro 7, que similar a lo ocurrido con los medicamentos, la razón de exámenes por cada hospitalización es de 22,5, con diferencias marcadas según región, en este caso sobresalen los hospitales Nacionales y Centros Especializados donde la razón asciende a 38,7 exámenes por egreso hospitalario, las demás regiones del país presentan entre 3 y 18 exámenes por egreso. En Consulta Externa se generan 2,1 exámenes de laboratorio por cada consulta y en Urgencias se tramitan 1,6 exámenes de laboratorio por cada atención de urgencia.

5. Población y servicios de salud

En el cuadro 8 se incluyen las cifras oficiales de población nacional de 1980 a 2013, junto con la tasa de mortalidad bruta como indicador general de impacto, la cual en 28 años se mantuvo la mayor parte del tiempo por debajo de 4 defunciones por cada 1.000 habitantes, fue hasta el año 2008 que se sobrepasó las 4 defunciones por cada mil habitantes. En cuanto al año 2012 esta tasa fue de 4,07 defunciones por cada 1.000 habitantes, mientras que para el 2013 aumento levemente hasta 4,11 defunciones por cada 1.000 habitantes.

Como indicadores de consumo de los servicios institucionales de salud, se ha calculado para el mismo período: la razón de atenciones de urgencia por habitante, la razón de consultas externas por habitante, separada en consulta médica, odontológica y la dada por otro profesional en salud (psicólogos, dietistas, enfermeras, psicólogos, etc.), la razón de hospitalizaciones por 100 habitantes y dos indicadores de consumo de recursos intermedios, como son la razón de recetas de medicamentos despachados y de exámenes de laboratorio prescritos por habitante.

El comportamiento de la razón de atenciones de urgencia por habitante ha venido aumentando de forma casi que constante desde 1984, pero para los años 2001 y 2002 el crecimiento parecía haberse detenido, sin embargo, la tendencia creciente se volvió a presentar alcanzando su máximo nivel para el año 2010 con 1,24 atenciones por habitante, ya para el 2012 y 2013 se ha mantenido casi que sin variación en 1,19 y 1,18 atenciones por habitante respectivamente. Conviene recordar aquí que para ser atendido en el servicio de urgencias no se requiere cita ni documentos, por lo cual esta situación puede estar reflejando problemas de gestión en los servicios de consulta externa que han crecido a un ritmo diferente al crecimiento poblacional, agravados por el creciente flujo de grupos de población, que al no contar con documentos al día, prefieren acudir al servicio de urgencias, lo que produce una alta proporción de atenciones no urgentes, en un área de servicios de salud que debería mantenerse lo más despejada posible.

Por otra parte, la razón de consultas por habitante se ha dividido en tres componentes, la consulta médica que se ha mantenido constante desde los años 80s entre 2 y 2,4 consultas médicas por habitante; la consulta odontológica prácticamente se duplicó desde los años 80s (pasó de 0,25 a 0,52 consultas por habitante de 1980 a 2013); finalmente la consulta a cargo de “otro profesional en salud” (psicólogos, nutricionistas, enfermeras, trabajadores sociales, etc.) durante los últimos 5 años se ha mantenido alrededor de 0,13 consultas por habitante. Así, en 1980 entre atenciones de urgencia y consultas médicas se impartían 2,72 atenciones ambulatorias por habitante; en 2013 esa cifra alcanzó a 3,61 (un incremento de casi el 33%).

La razón de egresos hospitalarios (hospitalizaciones) por 100 habitantes es muy sensible a los cambios en la práctica de la atención médica, por ese motivo, cuando ya ha alcanzado buena cobertura como es el caso que nos ocupa, sus variaciones dependen más del desarrollo de la tecnología de apoyo al diagnóstico y al tratamiento que de la mayor o menor accesibilidad a cama hospitalaria por la población; en la CCSS se mantuvo por encima de 10 hasta 1989 y por encima de 9 entre 1990 y 1993; e inició un descenso en 2000 que se mantiene al 2013. Aparte de cambios en la práctica de la medicina, que tienden a reducir la hospitalización en Costa Rica, y aunque se mantenga alta la proporción de parto intrahospitalario, la reducción de la natalidad produce menos hospitalizaciones por esta causa desde hace varios años, este es otro factor que influye en la reducción del indicador comentado.

El indicador de exámenes de laboratorio por habitante depende mucho de la tecnología disponible, de las variaciones en la práctica de la medicina y del aumento de las enfermedades crónicas. Por otra parte, dado que en los últimos años se ha autorizado la compra de estos servicios a laboratorios privados sin que se les exijan los datos estadísticos correspondientes, las cifras actuales podrían ser mayores que las que aparecen en el cuadro 8; igual situación se presenta con el indicador de medicamentos por habitante que aparece en el mismo cuadro.

En general, en relación con la población del país, si se compara 1980 con 2013 se ve que las hospitalizaciones por habitante se han reducido y las consultas han aumentado muy lentamente, pero los exámenes de laboratorio y los medicamentos han crecido de forma importante.

Comentario final

Los indicadores descritos evidencian que en términos generales la población costarricense tiene un buen acceso a los servicios de salud; si bien la oferta de servicios no ha crecido a la misma velocidad que la población si es cierto que la prestación de servicios en las distintas áreas ha mostrado una tendencia creciente.

Mientras en hospitalización se resuelven casos de mayor complejidad, la cirugía vespertina y ambulatoria ofrece una alternativa para mejorar las condiciones generales del paciente e impactar al mismo tiempo la estancia media. El año pasado en esta área de atención se experimentó un crecimiento cercano al 10% con respecto al año anterior.

De forma paralela, los servicios ambulatorios muestran un comportamiento creciente, principalmente en medicamentos y exámenes de laboratorio, aspectos que contribuyen a una mejor calidad en la atención de los pacientes en esta área y un mayor acceso de la población tanto a pruebas diagnósticas, vía tecnología, como a tratamientos.

Particularmente el año 2013, muestra un comportamiento institucional que evidencia el deseo de una mejor gestión de los servicios, aspectos como el incremento experimentado en la consulta especializada, a diferencia de los años anteriores, muestra una voluntad institucional en ofrecer servicios de mayor complejidad y oportunidad a los miles de pacientes que requieren de una atención especializada. Situación que igualmente se ve reflejada en el incremento de la cirugía mayor ambulatoria en más de 4.500 intervenciones más que el año anterior.

El área de urgencias aunque en el número de atenciones se presenta una leve disminución, se continua presentando un comportamiento distinto al esperado, el porcentaje de atenciones no urgentes se mantiene al mismo nivel, por lo que se requiere de mayor análisis para visualizar oportunidades en la prestación de servicios que coadyuven a descongestionar un área de tanto impacto como esta; al mismo tiempo que se requiere que los usuarios de los servicios de urgencias se concienticen respecto al uso y el impacto de éstos sobre su salud.



El Instituto Tecnológico de Costa Rica y la Caja Costarricense de Seguro Social firmaron un convenio marco de cooperación interinstitucional, cuyo objetivo es establecer una cooperación recíproca, para permitir la promoción y realización de actividades, tales como: capacitación, formación y asesoría técnica del recurso humano, proyectos de investigación e innovación tecnológica, transferencia de tecnología y prestación de servicios entre ambas instituciones.

Anexo 1

Cuadro N°01
Camas, Egresos Hospitalarios, Estancia Promedio y Porcentajes de Ocupación, Mortalidad e Intervención Quirúrgica, Según Red de Servicios y Centro de Salud. C.C.S.S., 2013

Red de Servicios y Centro de Salud	Camas	Egresos	Estancia Promedio ¹	Porcentaje de		
				Ocupación	Mortalidad	Inter. Quirúrgica
Total	5 547	343 079	6,16	85,80	2,21	52,07
Serv. Nacionales Especializados	1 488	40 909	12,27	77,17	1,55	54,63
H. Dr. Carlos Sáenz Herrera (Niños)	302	15 257	6,28	71,39	1,21	46,98
H. De Las Mujeres (Adolfo Carit)	107	12 037	2,87	93,48	0,45	72,19
H. Psiquiátrico (Dr. Manuel Chapui)	655	3 582	48,20	76,55	0,45	20,41
Centro Nacional de Rehabilitación	88	2 648	11,18	62,22	0,11	49,24
H. Raúl Blanco Cervantes	140	3 128	17,73	85,29	11,99	28,96
H. Roberto Chacón Paut	196	387	124,58	80,12	0,78	-
Clínica Oftalmológica	-	3870	-	-	-	91,76
Red Este	1 087	90 333	5,04	95,70	2,23	51,79
H. Rafael A. Calderón Guardia	413	33 244	5,96	104,12	2,92	61,82
Área de Salud de Coronado	-	1367	-	-	-	98,90
H. Max Peralta Jiménez	250	21 731	4,94	91,17	2,35	60,64
H. William Allen	99	6 790	4,23	72,63	2,18	33,51
H. Tony Facio Castro	196	15 937	4,71	101,72	1,62	28,09
A.S. Siquirres	-	16	2,19	-	-	6,25
H. Guápiles	129	11 223	3,83	86,06	1,13	44,05
A.S. Guácimo	-	4	1,00	-	-	-
A.S. Cariari	-	21	1,43	-	-	19,05
Red sur	1 047	62 740	6,45	87,65	2,83	49,76
H. San Juan de Dios	646	32 607	8,29	87,53	3,82	61,34
H. Fernando Escalante Pradilla	210	16 179	5,22	97,06	2,44	44,21
A.S. Buenos Aires	-	153	1,00	-	-	6,54
H. Ciudad Neilly	42	4 025	3,87	88,93	1,12	30,73
H. San Vito de Coto Brus	33	2 619	3,88	78,34	1,07	30,39
H. Manuel Mora Valverde	66	4 139	4,70	75,43	1,04	27,35
A.S. Golfito	-	4	1,00	-	-	-
H. Tomás Casas Casajús	50	3 014	4,49	70,82	0,73	29,66
Red Noroeste	1 925	149 097	5,08	85,89	2,11	52,51
H. México	522	30 260	6,83	85,98	3,60	62,03
A.S. Tibás-Merced-Uruca (Clorito Picado)	-	722	-	-	-	80,06
A.S. Tibás (Rodrigo Fournier)	-	7	-	-	-	100,00
H. San Vicente de Paúl	278	20 108	5,00	78,49	2,15	55,38
A.S. Puerto Viejo	-	8	1,00	-	-	12,50
A.S. Horquetas	-	3	1,00	-	-	33,33
H. San Rafael de Alajuela	280	22 339	6,02	93,01	1,62	53,84
H. San Francisco de Asís	90	6 740	4,12	71,39	1,38	52,98
H. Carlos Luis Valverde Vega	100	8 980	3,86	71,39	1,77	56,31
H. San Carlos	158	15 275	3,82	86,11	1,23	56,14
H. Los Chiles	26	1 917	3,39	61,63	0,31	36,67
H. Monseñor Sanabria	117	9 817	4,93	90,31	2,33	42,96
H. Max Terán Valls	53	4 008	4,31	85,59	1,02	26,47
H. Enrique Baltodano Briceño	168	17 106	4,58	99,79	1,88	52,15
A.S. Cañas	-	14	-	-	-	100,00
H. La Anexión	106	9 738	4,01	91,26	2,04	31,85
H. Upala	27	2 055	4,10	84,65	0,88	26,81

^{1/} No incluye Cirugía Mayor Ambulatoria
Fuente: C.C.S.S., Área de Estadística en Salud.

Cuadro N° 2
 Consulta Médica , Medicina General y Especialidades, Total, Primera Vez y
 Consulta por Usuario, Según Región. C.C.S.S., Año 2013

Región	Consulta Médica	Medicina General			Especialidades		
		Total	Primera Vez	Consulta p/ Usuario	Total	Primera Vez	Consulta p/ Usuario
Total	10 562 305	7 695 833	2 519 154	3,05	2 866 472	1 471 155	1,95
Hospitales Nacionales y Centros especializados	1 210 297	41 200	8 203	5,02	1 169 097	461 590	2,53
Central Norte	2 519 284	1 944 567	627 637	3,10	574 717	366 359	1,57
Central Sur	3 410 206	2 876 522	939 286	3,06	533 684	313 154	1,70
Huetar Norte	450 901	367 111	130 535	2,81	83 790	50 151	1,67
Chorotega	766 141	608 683	188 218	3,23	157 458	74 353	2,12
Pacifico Central	643 353	548 394	189 751	2,89	94 959	55 188	1,72
Huetar Atlántica	864 894	746 776	241 830	3,09	118 118	71 829	1,64
Brunca	697 229	562 580	193 694	2,90	134 649	78 531	1,71

Fuente: C.C.S.S., Área de Estadística en Salud.

Cuadro N° 3
Atenciones de Urgencias, Tipos de Urgencias, Porcentaje de Atenciones con Observación
y Porcentaje de No Urgencias, Según Región. C.C.S.S., Año 2013

Región	Total Atenciones	Urgencias										% No Urgencias
		Total	Tipo de Urgencias					% En Observación				
			Medicina	Cirugía	Ginecología	Obstetricia	Pediatría		Psiquiatría	Odontológicas		
Total	5 546 947	2 237 720	1 186 971	411 110	47 055	149 795	417 812	23 984	993	26,60	59,66	
Hospitales Nacionales y Centros especializados	678 323	494 741	127 431	156 992	14 683	58 726	121 570	15 339	-	15,62	27,06	
Central Norte	1 194 157	463 847	262 085	85 063	10 751	26 956	77 670	1 222	100	34,55	61,16	
Central Sur	1 124 129	371 593	243 090	48 092	4 941	7 646	66 101	1 483	240	18,84	66,94	
Huetar Norte	243 837	106 289	54 186	17 420	705	9 474	23 847	654	3	33,01	56,41	
Chorotega	700 181	251 237	181 074	20 769	2 544	11 780	34 203	859	8	40,07	64,12	
Pacífico Central	455 186	133 408	73 537	24 856	2 188	11 368	20 256	1 014	189	15,60	70,69	
Huetar Atlántica	617 198	185 996	104 110	24 505	5 952	13 229	36 684	1 466	50	46,19	69,86	
Brunca	533 936	230 609	141 458	33 413	5 291	10 616	37 481	1 947	403	19,59	56,81	

Fuente: C.C.S.S., Área de Estadística en Salud.

Cuadro N° 4
 Consultas (Médicas, Otro Profesional, Odontología), Atenciones de Urgencias,
 Según Tipo de Centro. C.C.S.S., Año 2013

Tipo de Centro	Consultas			Atenciones de Urgencias	Razón de Consultas por Atención de Urgencias
	Total	Médica	Otro Profesional Odontología		
Totales	13 615 138	10 562 305	2 432 265	5 551 947	2,5
Hospitales	3 135 413	2 509 930	251 406	2 479 913	1,3
Clínica	79 921	61 415	5 016	9 589	8,3
Áreas de Salud	10 399 804	7 990 960	2 175 843	3 062 445	3,4
Porcentaje	100,0	100,0	100,0	100,0	
Hospitales	23,0	23,8	10,3	44,7	
Clínica	0,6	0,6	0,2	0,2	
Áreas de Salud	76,4	75,7	89,5	55,2	

Fuente: C.C.S.S., Área de Estadística en Salud.

Cuadro N° 5
 Recetas de Medicamentos Despachados por Área de Atención, Copias, Medicamentos Utilizados en Servicios Internos,
 y Recetas Despachadas a Servicios Alternativos, Según Región. C.C.S.S., Año 2013

Región	Total	Área de Atención						Copias ¹	Otros Servicios Internos	Servicios Alternativos	
		Hospital	Consulta Externa	Urgencias	Hospital de Día	Visita Domiciliar	Otros Centros			Empresa	Medicina Mixta
Total	76 986 249	4 248 096	52 747 567	11 176 766	35 234	276 947	3 510 908	22 519 768	1 756 709	1 688 390	1 545 632
Hospitales Nacionales y Centros especializados	8 164 293	2 284 428	4 894 025	561 288	26 776	55 969	11 802	1 898 080	319 623	4 739	5 643
Central Norte	18 247 386	512 795	12 769 856	2 579 734	5 636	59 679	757 587	5 822 778	290 827	780 422	490 850
Central Sur	25 034 972	379 157	19 383 913	2 581 391	-	23 328	1 176 549	8 910 155	392 329	372 704	725 601
Huetar Norte	2 808 590	82 356	1 800 777	563 037	-	288	172 668	641 006	56 974	53 047	79 443
Choroteña	6 146 094	136 597	3 697 345	1 488 487	2 611	93 817	364 474	1 482 449	198 827	114 124	49 812
Pacifico Central	4 474 348	67 237	3 028 124	881 035	-	18 931	235 422	1 175 049	116 416	97 917	29 266
Huetar Atlántica	6 375 906	289 316	3 894 543	1 153 027	211	10 790	374 424	1 278 286	316 597	201 725	135 273
Brunca	5 734 660	496 210	3 278 984	1 368 767	-	14 145	417 982	1 311 965	65 116	63 712	29 744

Nota: Se incluye producción de centros de salud por contratos a terceros.

1/ Incluidos en Consulta Externa.

Fuente: C.C.S.S., Área de Estadística en Salud.

Cuadro N° 6
Exámenes de Laboratorio Realizados, por Área de Atención, Empresa
y Medicina Mixta, Según Región. C.C.S.S., Año 2013

REGIÓN	TOTAL	ÁREA DE ATENCIÓN						Servicios Alternativos	
		Hospital	Consulta Externa ¹	Urgencias	Hospital de Día Hospital de día	Visita Domiciliar	Visita Domiciliar	Otros Centros	Empresa
Total	47 280 874	7 702 479	22 515 032	8 861 201	49 333	131 784	6 452 279	699 816	868 950
Hospitales Nacionales y Centros especializados	13 164 468	4 920 647	4 437 047	2 704 685	20 442	13 896	1 015 119	21 652	30 980
Central Norte	9 512 657	1 056 294	4 695 986	1 670 242	27 870	37 800	1 599 218	195 895	229 352
Central Sur	10 980 121	447 833	7 884 360	1 267 695	-	34 108	810 268	230 933	304 924
Huetar Norte	1 445 043	115 637	557 872	280 942	-	440	417 856	21 956	50 340
Chorotega	4 061 357	305 621	1 683 906	1 029 077	332	24 611	851 114	96 577	70 119
Pacífico Central	2 313 875	192 018	1 302 512	466 439	-	13 169	274 490	34 882	30 365
Huetar Atlántica	3 312 259	338 714	1 325 285	877 025	689	7 497	587 826	55 947	119 276
Brunca	2 491 094	325 715	628 064	565 096	-	263	896 388	41 974	33 594

Nota: Se incluye producción de centros de salud por contratos a terceros.

Fuente: C.C.S.S., Área de Estadística en Salud.

Cuadro N° 7
Razón de Recetas de Medicamentos Despachados y Exámenes de Laboratorio Realizados por Cada:
Hospitalización, Consulta Externa o Atención Urgencias, Según Región. C.C.S.S., Año 2013

Región	Medicamentos por:			Exámenes por:		
	Hospital	Consulta Externa	Urgencias	Hospital	Consulta Externa	Urgencias
Total	12,4	5,0	2,0	22,5	2,1	1,6
Hospitales Nacionales y Centros especializados	16,7	4,0	0,8	38,7	4,1	4,6
Central Norte	8,7	5,1	2,2	17,9	1,9	1,4
Central Sur	12,5	5,7	2,3	2,6	2,2	0,7
Huetar Norte	4,8	4,0	2,3	6,7	1,2	1,2
Chorotega	4,7	4,8	2,1	10,6	2,2	1,5
Pacífico Central	4,9	4,7	1,9	13,9	2,0	1,0
Huetar Atlántica	10,6	4,5	1,9	12,5	1,5	1,4
Brunca	16,5	4,7	2,6	10,8	0,9	1,1

Nota: Incluye producción de centros de salud contratados a terceros.
Fuente: C.C.S.S., Área de Estadística en Salud.

Cuadro N° 8

Población, Defunciones por 1000 Habitantes en Costa Rica, Atenciones de Urgencias, Consultas por Habitante, Hospitalizaciones por 100 Habitantes, Camas por 1000 Habitantes, Exámenes de Laboratorio y Medicamentos por Habitante. C. C. S. S., 1980-2013

Año	Población ¹	Defunciones por 1.000 Hab. ²	Atenciones de Urgencia por Hab.	Consultas por Habitante			Hospitalizac. por 100 Hab.	Camas por 1.000 Hab.	Camas	Exámenes de Laboratorio Por Hab. ⁴	Medicamentos por Hab.
				Médica ³	Odontología	Otro Profes.					
1 980	2 315 705	3,99	0,37	2,34	0,25	-	10,58	2,99	6 926	3,88	7,65
1 981	2 384 179	3,75	0,41	2,21	0,24	0,11	10,50	2,90	6 924	3,76	7,67
1 982	2 453 508	3,72	0,36	2,25	0,21	0,11	10,32	2,89	7 085	3,39	7,02
1 983	2 523 050	3,72	0,37	2,36	0,22	0,10	10,43	2,76	6 952	3,43	7,31
1 984	2 594 604	3,83	0,31	2,32	0,22	0,10	10,73	2,64	6 841	3,50	7,32
1 985	2 671 525	3,93	0,40	2,29	0,22	0,09	11,29	2,56	6 832	3,89	7,65
1 986	2 751 059	3,80	0,40	2,27	0,22	0,08	10,86	2,47	6 790	4,00	7,63
1 987	2 828 118	3,78	0,43	2,25	0,21	0,08	10,69	2,40	6 774	4,11	7,61
1 988	2 904 309	3,77	0,48	2,16	0,20	0,08	10,35	2,32	6 741	4,18	7,60
1 989	2 981 936	3,78	0,56	2,09	0,22	0,08	10,19	2,21	6 602	4,36	7,59
1 990	3 057 164	3,72	0,51	2,08	0,21	0,07	9,52	2,14	6 536	4,49	7,27
1 991	3 127 760	3,77	0,54	2,10	0,21	0,07	9,26	2,04	6 379	4,70	7,87
1 992	3 203 806	3,83	0,52	2,07	0,22	0,07	9,30	1,95	6 245	4,90	7,59
1 993	3 293 446	3,81	0,56	2,01	0,19	0,09	9,05	1,86	6 131	4,80	8,00
1 994	3 389 481	3,93	0,62	2,03	0,19	0,07	8,79	1,73	5 860	5,02	8,36
1 995	3 484 445	4,04	0,63	2,08	0,20	0,08	8,69	1,71	5 947	5,73	8,66
1 996	3 577 064	3,91	0,64	2,16	0,21	0,08	8,61	1,66	5 953	6,22	8,73
1 997	3 667 632	3,89	0,69	2,18	0,22	0,08	8,63	1,62	5 924	6,73	9,08
1 998	3 757 082	3,91	0,74	2,25	0,28	0,09	8,49	1,58	5 924	7,23	9,81
1 999	3 844 891	3,91	0,79	2,26	0,31	0,08	8,63	1,54	5 910	7,78	10,37
2 000	3 929 241	3,80	0,84	2,13	0,34	0,08	8,34	1,49	5 861	8,21	10,35
2 001	4 005 538	3,90	0,87	2,13	0,38	0,09	8,33	1,47	5 880	8,98	10,94
2 002	4 071 879	3,68	0,87	2,25	0,41	0,09	8,18	1,44	5 860	9,82	11,72
2 003	4 136 250	3,82	0,90	2,32	0,44	0,09	8,19	1,42	5 879	10,37	12,35
2 004	4 200 278	3,80	0,95	2,38	0,46	0,09	8,06	1,39	5 833	11,04	12,62
2 005	4 263 479	3,79	1,01	2,38	0,45	0,10	7,91	1,33	5 688	11,83	13,03
2 006	4 326 071	3,88	1,07	2,33	0,46	0,11	7,55	1,30	5 630	12,05	13,14
2 007	4 389 139	3,89	1,10	2,29	0,46	0,11	7,51	1,29	5 646	12,48	13,71
2 008	4 451 205	4,05	1,08	2,34	0,47	0,12	7,42	1,24	5 518	12,55	14,06
2 009	4 509 290	4,12	1,11	2,35	0,49	0,13	7,41	1,23	5 546	12,78	14,73
2 010	4 563 538	4,18	1,24	2,36	0,47	0,13	7,21	1,23	5 611	13,59	15,54
2 011	4 615 646	4,07	1,16	2,19	0,50	0,14	7,16	1,21	5 602	10,42	15,42
2 012	4 667 202	4,11	1,19	2,42	0,51	0,14	7,31	1,20	5 603	9,91	15,94
2 013	4 713 168	-	1,18	2,43	0,52	0,13	7,28	1,18	5 547	10,03	16,33

1 Nuevas estimaciones y proyecciones de población, 1950 - 2025, CCP, CELADE, INEC.

2/ Aún no se encuentra disponible el dato de defunciones del 2012. Dato será publicado el 22/03/2013.

3/ Incluye las consultas de las Empresas.

4/ A partir del año 2011 el dato no es comparable con años anteriores por cambios en la forma de cuantificar los exámenes de laboratorio.

Fuente: C.C.S.S., Área de Estadística en Salud.



Gerencia Administrativa

Introducción

Durante el período 2013, la Gerencia Administrativa, presenta mediante nota GA-11001-13, a la Junta Directiva de la Institución, la Política Integral de Buen Trato 2013, la cual tiene como objetivo elaborar estrategias de impacto tendientes a mejorar el servicio que se brinda a los usuarios de nuestros servicios.

Con el objetivo de articular lo concerniente a dicha Política, se conforma además, el equipo de trabajo encargado de la conducción de este tema, y se presenta como producto al Consejo de Presidencia y Gerentes el “Plan de Acción para la Implementación de la Política Integral de Buen Trato”, el cual contiene una serie de metas, indicadores y responsables de su ejecución, tendientes a contribuir con la operacionalización de la Política en la Institución.

a. De los recursos humanos

Creación de plazas

De acuerdo con lo establecido en la Política Integral de Recursos Humanos, para el año 2013, se crearon 404 plazas, las cuales fueron asignadas en su totalidad a las unidades pertenecientes a la Gerencia Médica, debido a las políticas de aprovechamiento racional de los recursos financieros, en donde se estableció que únicamente se debería fortalecer el aumento en plazas de Servicios de Salud con el fin de mejorar y aumentar la producción.

El cuadro número 1, muestra la cantidad de plazas distribuidas en el año 2013: el grupo de mayor fortalecimiento fue el de profesionales en ciencias médicas con 274 plazas, seguido del grupo ocupacional de enfermería y servicios de apoyo con un total de 69 plazas; en el tercer puesto está el grupo ocupacional de servicios generales con 46 plazas y en último lugar el de profesionales administrativos.



Sin tabaco. Decenas de costarricenses participaron, el día 26 de mayo de 2013, en la caminata conmemorativa del Día Mundial Sin Tabaco. Bajo la consigna “Porque la vida vale no fumo.,” los participantes recorrieron desde la sede del Instituto de Alcoholismo y Farmacopendencia (IAFA) hasta las inmediaciones de las Oficinas Centrales de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Cuadro N° 1
Caja Costarricense de Seguro Social
Distribución de plazas creadas en el año 2013
Por Grupo Ocupacional y Subgrupo Ocupacional

Grupo y Subgrupo Ocupacional	Total de Plazas	Porcentaje del Total
Administrativos	15	3,7
Jefaturas	1	0,2
Profesionales	6	1,5
Supervisores	1	0,2
Técnicos	7	1,7
Enfermería y Servicios de Apoyo	69	17,1
Auxiliar de Enfermería	6	1,5
Tareas de Apoyo	12	3,0
Tecnologías en Salud	51	12,6
Profesionales en Ciencias Médicas	274	67,8
Enfermera Licenciada	21	5,2
Farmacéuticos	45	11,1
Médicos en Funciones Administrativas	1	0,2
Médicos en Funciones Sanitarias	188	46,5
Microbiólogos Químicos Clínicos	5	1,2
Nutrición	2	0,5
Odontólogos	5	1,2
Psicólogos Clínicos	7	1,7
Servicios Generales	46	11,4
Mantenimiento	8	2,0
Servicios Varios	30	7,4
Vigilancia	8	2,0
Total general	404	100

Fuente: Elaboración propia con información suministrada por la Dir. de Presupuesto

En la figura N° 1 y el cuadro N° 2, se muestra la distribución del comportamiento de creación de plazas en el año 2013; además se aprecian los porcentajes de distribución según grupo ocupacional.

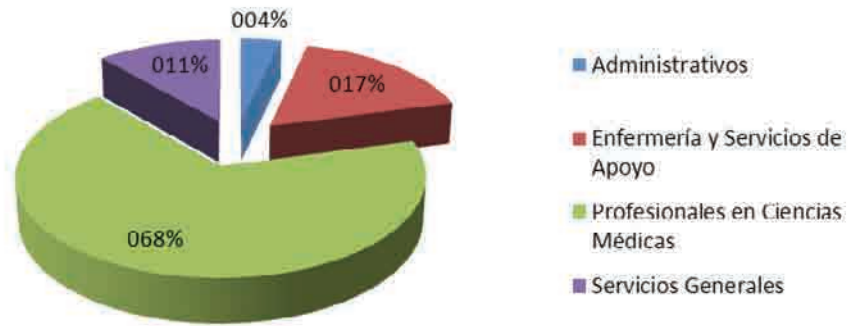
Cuadro N° 2
Caja Costarricense de Seguro Social
Distribución del total de plazas por Grupo y Subgrupo Ocupacional
A Diciembre 2013

Grupo y Subgrupo Ocupacional	Cantidad de plazas	Porcentaje	
		por Grupo	del Total
Total general	44 631		
ADMINISTRATIVOS	8 738		19,6
Jefaturas	980	11,2	2,2
Profesionales	3 276	37,5	7,3
Puestos Superiores	23	0,3	0,1
Secretarías y Oficinistas	1 866	21,4	4,2
Supervisores	243	2,8	0,5
Técnicos	2 350	26,9	5,3
ENFERMERIA Y SERVICIOS DE APOYO	17 810		39,9
Auxiliar de Enfermería	5 956	33,4	13,3
Profesionales en Enfermería (Dipl o Bach)	50	0,3	0,1
Tareas de Apoyo	4 250	23,9	9,5
Tecnologías en Salud	7 554	42,4	16,9
PROFESIONALES EN CIENCIAS MÉDICAS	11 226		25,2
Enfermera Licenciada	3 291	29,3	7,4
Farmacéuticos	786	7,0	1,8
Médico Asistente	1 503	13,4	3,4
Médico Asistente Especialista	2 747	24,5	6,2
Médico Residente	842	7,5	1,9
Médico Servicio Social	127	1,1	0,3
Médicos en Funciones Administrativas	654	5,8	1,5
Microbiólogos Químicos Clínicos	548	4,9	1,2
Nutrición	127	1,1	0,3
Odontólogos	507	4,5	1,1
Psicólogos Clínicos	92	0,8	0,2
Químicos	2	0,02	0,0
SERVICIOS GENERALES	6 857		15,4
Mantenimiento	933	13,6	2,1
Servicios Varios	4 272	62,3	9,6
Transportes	679	9,9	1,5
Vigilancia y Limpieza	973	14,2	2,2

Fuente: Elaborado con base en el archivo presupuesto (pln003), DAGP.

Figura N° 1

Gráfico: Distribución Porcentual de Plazas Nuevas Creadas en el Año 2013

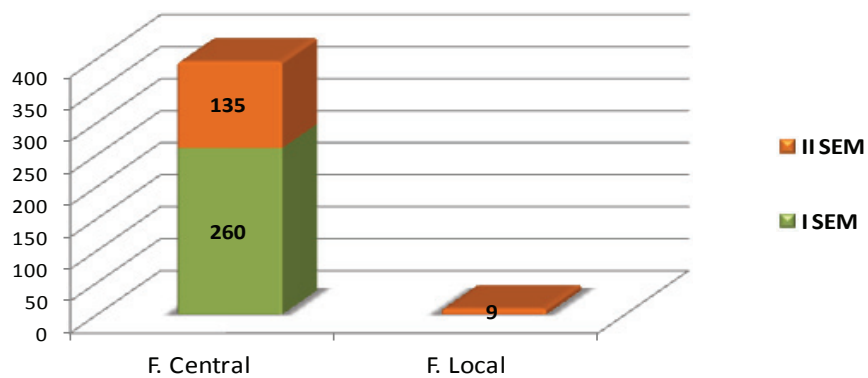


Fuente: Dirección Administración y Gestión de Personal

Seguidamente se muestra la figura N° 2 y el cuadro N° 3, relacionados con la cantidad de plazas creadas con financiamiento central y local; la creación de plazas con financiamiento central en el I semestre del año 2013, fue de 260 plazas y en el II semestre de 135 plazas, para un total de 395 plazas. En lo que respecta a la creación con financiamiento local, se tiene que únicamente se crearon 9 plazas en el II semestre.

Figura N° 2

Gráfico: Distribución de las plazas según Financiamiento Enero 2014



Elaborado por: SPRH, Información según base de datos - Informe Creación de Plazas..

Cuadro N° 3

Caja Costarricense del Seguro Social			
Distribución de plazas creadas en el año 2013			
Por Regimen, Grupo Ocupacional Tipo de Financiamiento			
Grupo Ocupacional	Tipo de Financiamiento		Total general
	Central	Local	
Regimen Seguro de Salud			
Administrativos	15		15
Enfermería y Servicios de Apoyo	67	2	69
Profesionales en Ciencias Médicas	267	7	274
Servicios Generales	46		46
Sub-Total Seguro de Salud	395	9	404
Regimen Seguro de Pensiones			
	0	0	0
Total general	395	9	404

Fuente: Elaboración propia con información suministrada por la Dir. de Presupuesto

Políticas en materia salarial

La política salarial de la CCSS para el corto, mediano y largo plazo, en el plano económico – financiero estará debida y adecuadamente articulada con el comportamiento del entorno económico y la sostenibilidad financiera.

Además de la búsqueda permanente del equilibrio interno y la competitividad externa, su formulación se sustenta en la productividad y satisfacción del usuario, como mecanismos fundamentales para el mejoramiento de la eficiencia en la gestión de ingresos y gastos.

Los incrementos salariales que se reconocen semestralmente a los trabajadores de la Institución, se han ajustado al límite máximo establecido por el decreto ejecutivo según corresponde, a fin de salvaguardar la sostenibilidad financiera y el equilibrio en la distribución de los recursos.

Asimismo, durante este periodo se realizaron ajustes técnicos a varios grupos ocupacionales, amparados en Resoluciones emitidas por la Dirección General de Servicio Civil, Actas de Acuerdos entre gremios sindicales e Institución, con el fin de mantener un equilibrio interno y una competitividad salarial, los cuales a continuación se detallan:

Cuadro N° 4
Ajustes Técnicos
Varios Grupos Ocupacionales 2013

Periodo	Grupo Ocupacional	Porcentaje	Justificación
I semestre 2013	Profesionales en Ciencias Médicas	2% para el G-1 y 3% para el G-2 en adelante	Política Salarial Complementaria para PCM, Disposiciones de Junta Directiva.
	Puestos no Profesionales	Aumento en el Porcentaje de anualidad	Acta de acuerdos entre Sindicatos y la CCSS, Disposiciones de Junta Directiva.

Fuente: Área de Diseño Administración de Puestos y Salarios, Subárea de Diseño y Valoración de Puestos.

La Dirección Administración y Gestión de Personal, de conformidad con lo establecido en su Manual de Organización, es la responsable del desarrollo técnico de las actividades de clasificación y valoración de puestos, orientada fundamentalmente a la estructura ocupacional y la política retributiva, acorde con la organización institucional.

Esta instancia es la responsable de crear los perfiles de puestos de los diferentes grupos ocupacionales, con el fin de suministrar los insumos que permitan a las oficinas de Recursos Humanos, ubicar en forma eficiente al personal, en congruencia con los procesos que efectivamente llevan a cabo, a efecto de conseguir un equilibrio entre las clases a nivel institucional.

En este contexto, en el año 2013, se realizaron los siguientes estudios técnicos, que tuvieron afectación directa en la población trabajadora:

Cuadro N° 5
Estudios técnicos de Clasificación y Valoración de Puestos
con afectación de casos, 2013

Año	Nombre del Estudio	Población objeto de estudio
2013	Informe Adenda al Complementario al Estudio del Perfil de Diplomado Protección Radiológica y Control de Calidad.	3 casos

Fuente: Subárea Diseño y Valoración de Puestos, DAGP

Con el propósito de promover el uso racional de los recursos financieros con que cuenta la Caja, se emitió la Política de aprovechamiento racional de los recursos financieros de la CCSS, la cual procuró el equilibrio y sostenibilidad de los seguros sociales, aprobada por la Junta Directiva de la Institución, en el artículo 6 de la sesión N° 8472 celebrada el 14 de octubre 2010.

Esta política contiene un conjunto amplio de disposiciones de acatamiento obligatorio, entre ellos, varios asociados a la gestión de recursos humanos, algunas de las cuales se resumen a continuación:

Gastos en servicios personales

El gasto en servicios personales de los regímenes de Salud y Pensiones, ascendió a un total de ¢977.282.272,00 compuesto por las diferentes cuentas presupuestarias de servicios personales.

El rubro en el que más dinero, se invirtió fue el de incentivos salariales, que incluyó principalmente pago de anualidades y restricción al ejercicio liberal de la profesión. Otro de los rubros de mayor inversión, fue el relacionado con remuneraciones básicas, especialmente sueldos por cargos fijos y suplencias.



La Caja Costarricense de Seguro Social firmó un convenio con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), al dar visto bueno al proyecto de Desarrollo Integral de las funciones estratégicas de Recursos Humanos de la institución.

Cuadro N° 6
Seguro de Salud y Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte
Distribución del Gasto en Remuneraciones Año 2013
(cifras en miles de colones)

Conceptos Salariales	Total	Régimen	
		Seguro Salud	RIVM
Remuneraciones Básicas	317 752 503,28	315 061 865,5	2 690 637,8
<i>Sueldos para cargos fijos</i>	290 137 602,08	287 474 252,9	2 663 349,2
<i>Jornales</i>	144 441,29	144 441,3	0,0
<i>Servicios especiales</i>	1 223 402,89	1 223 402,9	0,0
<i>Suplencias</i>	26 247 057,01	26 219 768,4	27 288,6
Remuneraciones Eventuales	132 190 328,10	132 128 857,1	61 471,0
<i>Tiempo extraordinario</i>	105 928 879,07	105 924 798,8	4 080,3
<i>Recargo de funciones</i>	16 805,93	16 805,9	0,0
<i>Disponibilidad laboral</i>	18 514 995,97	18 460 497,6	54 498,4
<i>Compensación de vacaciones</i>	7 706 586,41	7 703 694,1	2 892,4
<i>Dietas</i>	23 060,71	23 060,7	0,0
Incentivos Salariales	413 936 223,85	410 825 759,7	3 110 464,1
<i>Retribución por años servicio</i>	158 733 032,84	157 561 365,7	1 171 667,1
<i>Restricción al ejercicio liberal de la profesión</i>	81 009 489,05	80 099 885,7	909 603,3
<i>Décimo tercer mes</i>	64 377 627,16	63 939 030,1	438 597,0
<i>Salario escolar</i>	55 208 021,86	54 819 220,4	388 801,5
<i>Otros incentivos salariales</i>	54 608 052,93	54 406 257,8	201 795,1
Contrib. Patr. al Desarrollo y la Seg. Social	16 407 631,74	15 797 551,6	610 080,2
<i>Contrib. Patr. Seguro de Salud de la CCSS</i>	501 575,08	0,0	501 575,1
<i>Contrib. Patr. Instit Nac de Aprendizaje</i>	11 930 116,02	11 848 779,5	81 336,5
<i>Contrib. Patr. Banco Popular</i>	3 975 940,64	3 948 772,1	27 168,6
Contrib. Patr. Fondos Pensiones y Otros Fondos de Capitalización	96 968 468,95	96 541 880,3	426 588,7
<i>Contrib. Patr. Seguro Pensiones de la CCSS</i>	38 868 351,73	38 868 351,7	0,0
<i>Aporte Patr. Rég. Obligatorio Pens. Comple.</i>	19 966 956,28	19 804 484,0	162 472,3
<i>Aporte Patr. Fondo Capitalización Laboral</i>	23 869 281,09	23 706 572,7	162 708,4
<i>Contrib. Patr. otros fondos administ. Por entes públicos</i>	3 551 356,10	3 525 539,2	25 816,9
<i>Contr. Patr. a fondos administ. Por entes privados</i>	10 712 523,75	10 636 932,7	75 591,1
Remuneraciones diversas	27 116,06	26 912,2	203,9
<i>Otras remuneraciones.</i>	27 116,06	26 912,17	203,89
TOTAL	977 282 272,0	970 382 826,3	6 899 445,6

Fuente: Informe Preliminar de Liquidación Presupuestaria Dic-2013. Dirección Presupuestaria

Observación: Información preliminar, ya que contabilidad esta digitando asientos y no ha salido el balance contable definitivo.

En el Seguro de Salud, durante el año 2013, se registró un gasto de ₡736.022.575,8 siendo la partida de cargos fijos la más significativa con ₡287.474.252,9, que presentó el 39.1% del total de gasto por servicios profesionales tal y como se muestra en el cuadro N° 7

Cuadro N° 7
Seguro de Salud
Distribución del Gasto Ordinario en Servicios Personales, según cuenta salarial
Año 2013
(cifras en miles de colones)

Conceptos Salariales	Gasto Ordinario	
	Monto	% del total
Sueldos para Cargos Fijos	287 474 252,9	39,1
Sueldos Personal Sustituto	26 219 768,4	3,6
Aumentos Anuales	157 561 365,7	21,4
Sobresueldo Aumento Salarial	15 195 965,2	2,1
Zonaje	5 878 620,3	0,8
Sobresueldos	1 411,6	0,0
Dedicacion Ley de Incentivos Médicos	37 538 538,5	5,1
Dedicacion Exclusiva	37 247 544,9	5,1
Salario en Especie	4 084 160,1	0,6
Peligrosidad	2 687 449,7	0,4
Asignacion para Vivienda	1 242 711,1	0,2
Bonificación Adic. Prof. Ciencias Méd.	11 514 562,0	1,6
Remuneración por Vacaciones	7 559 363,7	1,0
Dif. Aplic. Escala Salarial	2 188,8	0,0
Carrera Profesional	13 315 520,6	1,8
Disponibilidad Administrativa	2 387 538,4	0,3
Sobresueldo por Traspaso	433 354,6	0,1
Incen. Eco. Insp. Ley Reglam.	0,0	0,0
Plus Salarial Abogados	50 313,8	0,0
Compensación Vacaciones	144 330,4	0,0
Sueldos Servicios Especiales	1 223 402,9	0,2
Jornales Ocasionales	144 441,3	0,0
Remuneraciones por Recargo	16 805,9	0,0
Retri.Ejec. Liber. Profesional	5 313 802,3	0,7
Salarios Escolar	54 819 220,4	7,4
Sueldo Adicional	63 939 030,1	8,7
Otros Servicios Personales	26 912,2	0,0
Total Servicios Personales	736 022 575,8	100,0

Fuente: Informe Preliminar de Liquidación Presupuestaria Dic-2013. Dirección Presupuestaria

Observación: Información preliminar, ya que contabilidad esta digitando asientos y no ha salido el balance contable definitivo.

Por su parte, en el Seguro de Pensiones el gasto en servicios personales fue de ₡5.862.776,8 en el año 2013, siendo los rubros de sueldos para cargos fijos y aumentos anuales, los más representativos con un 45.4% y 20.0% del total de servicios personales.

Cuadro N° 8

Año 2013
(cifras en miles de colones)

Conceptos Salariales	Gasto Ordinario	
	Monto	% del total
Sueldos para Cargos Fijos	2.663.349,2	45,4
Sueldos Personal Sustituto	27.288,6	0,5
Aumentos Anuales	1.171.667,1	20,0
Sobresueldo Aumento Salarial	25.681,4	0,4
Sobresueldos	65,5	0,0
Dedicacion Ley de Incentivos Médicos	112.888,3	1,9
Dedicacion Exclusiva	663.492,0	11,3
Bonificación Adic. Prof. Ciencias Méd.	42.860,0	0,7
Remuneración por Vacaciones	2.892,4	0,0
Dif. Aplic. Escala Salarial	17,8	0,0
Carrera Profesional	133.170,5	2,3
Disponibilidad Administrativa	54.498,4	0,9
Tiempo Extraordinario	2.136,5	0,0
Recargo Nocturno	0,0	0,0
Extras Corrientes Médicos	1.943,8	0,0
Extras Disponibilidad Médicos	0,0	0,0
Compensación Vacaciones	0,0	0,0
Retri.Ejec. Liber. Profesional	133.223,1	2,3
Salarios Escolar	388.801,5	6,6
Sueldo Adicional	438.597,0	7,5
Otros Servicios Personales	203,9	0,0
Total Servicios Personales	5.862.776,8	100,0

Fuente: Informe Preliminar de Liquidación Presupuestaria Dic-2013. Dirección Presupuestaria

Observación: Información preliminar, ya que contabilidad esta digitando asientos y no ha salido el balance contable definitivo.

La cuenta más afectada, en cuanto al gasto, fue la de tiempo extraordinario con un 23.2% del total anual, esto se debe a que es la cuenta que se utiliza para el pago de los grupos ocupacionales que cuentan con mayor cantidad de funcionarios en la Institución. Luego del tiempo extraordinario figuraron las guardias médicas (26.1%) y el recargo nocturno (21.1%), como los rubros que más incrementaron la cuenta de tiempo extraordinario, tal como lo muestra el siguiente cuadro:

Cuadro NO 9
Caja Costarricense de Seguro Social, Seguro de Salud
Distribución del Gasto Extraordinario, según Concepto Salarial
Año 2013
(cifras en miles de colones)

Conceptos Salariales	Régimen Seguro Salud	Porcentaje del Total
Tiempo Extraordinario	28 264 777,6	23,2
Recargo Nocturno	25 688 102,4	21,1
Guardias Médicas	31 856 083,7	26,1
Disponibilidad Médicos	16 072 959,2	13,2
Días Feriados	4 420 773,4	3,6
Guardias Médicas Residentes	10 601 102,5	8,7
Extras Corrientes Médicos	4 383 927,2	3,6
Extras Disponibilidad Médicos	0,0	0,0
Dietas	23 060,7	0,0
Cirugía Vespertina	710 032,1	0,6
Total Servicios Personales	122 020 818,7	100,0

Fuente: Informe Preliminar de Liquidación Presupuestaria Dic-2013. Dirección Presupuestaria

Observación: Información preliminar, ya que contabilidad esta digitando asientos y no ha salido el balance contable definitivo.

Uso de las tecnologías de información al servicio de los usuarios internos y externos.

Desarrollo de herramientas y mejoras tecnológicas para agilizar la aplicación y control de los procesos de recursos humanos y generar estadísticas e información de utilidad para la toma de decisiones.

Algunos de los sistemas creados e implementados en el periodo 2013 son los siguientes:

a) Sistema de evaluación y control de nómina

Sistema que permitió mejorar el proceso del protocolo de informes de control de la nómina y el seguimiento a la duplicidad de plazas.

b) Consulta en línea

Sistema que permitió a los funcionarios consultar sus datos e historia laboral o salarial en la institución.

c) Módulo de constancias salariales

Módulo que permitió la elaboración de constancias salariales de manera automatizada para los funcionarios de la institución.

d) Boletas de depósito en formato digital

Se implementó la boleta de depósito de pago (ordinario o extraordinario) en formato PDF.

e) Módulo de cesantía

Módulo para la elaboración de terminaciones de contrato de forma automatizada.

Proyecto de desarrollo integral de las funciones estratégicas de recursos humanos

El Proyecto de desarrollo integral de las funciones estratégicas de recursos humanos fue conocido y aprobado por la Junta Directiva en el artículo 38° de la sesión N° 8630 celebrada el 21 de marzo del 2013. Este proyecto se desarrolla en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), por lo que el 14 de noviembre del 2013, se suscribió el “Convenio de Cooperación Técnica entre la Caja Costarricense de Seguro Social y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), para la ejecución del Proyecto de Desarrollo Integral de las Funciones Estratégicas de Recursos Humanos de la CCSS”. En este convenio, se establecieron las reglas del juego relacionadas con la participación de asesores y consultores expertos aportados por la OPS con el fin de desarrollar e implementar los productos y entregables del proyecto.

Al 31 de diciembre del 2013, el proyecto de Desarrollo Integral de las Funciones Estratégicas de Recursos Humanos finalizó exitosamente con el cumplimiento de meta de la etapa 1, equivalente a un 25% de cumplimiento.

Dentro de los primeros entregables del Proyecto, la Junta Directiva en el artículo 25 de la sesión N° 8563, celebrada el 07 de agosto del 2013, aprobó el “Modelo de Organización y Gestión en Recursos Humanos para la Caja Costarricense de Seguro Social”.

b. De las acciones en igualdad y equidad de género

A continuación se detallan algunos de las acciones que la CCSS logró en el año 2013 y que contribuyen a la disminución de brechas de inequidad entre los géneros.

1. Se logró incluir en los planes anuales operativos de las unidades responsables las acciones contenidas en el II Plan de Acción de la Política Institucional para la Igualdad y Equidad de Género, así como en el Plan de Acción de la Política Institucional para la Igualdad y Equidad de Género de la CCSS, lo que nos garantiza el compromiso institucional en la consecución de acciones para el avance de la equidad entre los géneros.

2. En el 2013, el Programa para la Equidad de Género de la CCSS, continuó con la coordinación de la Red de Unidades Públicas de Género y en este marco se logró la aprobación del Decreto Ejecutivo N° 37906-MP-MCM: “Creación de Unidades para la Igualdad de Género y de la Red nacional de Unidades de Igualdad de Género”.

c. De los servicios institucionales

Desarrollo e implementación a nivel nacional del “Modelo de Ruteo por Núcleos”

Con el propósito de implementar alternativas que contribuyan a la optimización de los recursos operativos y financieros, y que permitan maximizar la calidad y eficiencia de los servicios de traslado de pacientes, se planteó el Modelo de Ruteo por Núcleos, el cual estableció un esquema de funcionabilidad vehicular mediante núcleos que respondan al modelo de red de servicios de salud, concentrando en una dependencia la programación y logística de los servicios de transporte de cada uno de los núcleos definidos con el fin de contar con resultados preliminares de esta nueva metodología, fue desarrollado inicialmente en dos rutas de la Región Chorotega, mediante el préstamo de dos vehículos tipo microbús en agosto del 2012.

Cuadro N° 10
Rutas establecidas para el plan piloto

Rutas al Gran Área Metropolitana						
	Unidad núcleo (coordinadora)	Unidad adscrita	Unidad adscrita	Unidad adscrita	Unidad adscrita	Unidad adscrita
REGION CHOROTEGA						
Ruta 1	Área Salud la Cruz	Hospital Enrique Baltodano	Área Salud Bagaces	Área Salud Abangares	Área Salud Colorado	Área de Salud Tilarán
Ruta 2	Hospital La Anexión	Área Salud Santa Cruz	Área Salud Carillo	Área Salud Hojancha	Área Salud Nandayure	Área Salud Colorado

Fuente: Dirección de Servicios Institucionales, Área de Servicios Generales

Tras un periodo de siete meses (agosto 2012 a marzo 2013), y a través del seguimiento y evaluación del proceso implementado, análisis y recopilación de datos de demanda de servicios; rediseño, levantamiento y comunicación del nuevo procedimiento de transporte a las unidades involucradas, desarrollo de capacitaciones al personal, coordinación de los servicios vía correo electrónico, informes de consolidación semanal, registro del sistema de localización satelital GPS, entre otros elementos, se logró evidenciar la viabilidad del modelo, y la necesidad institucional de implementarlo en otras regiones.

Es así que mediante acuerdo de **Junta Directiva N° 8635 de fecha 18 de abril 2013**, y considerando dichos resultados positivos en la Región Chorotega, se aprobó la implementación del Modelo de Ruteo a nivel nacional, a través de la reubicación y adquisición de las unidades móviles requeridas.

De acuerdo con el análisis preliminar de rutas, se estableció la implementación del modelo en dos etapas, distribuidas por cada una de las regiones. Se logró en la primera fase la aplicación de 19 rutas a nivel nacional, mediante la compra y asignación de nuevos vehículos tipo ambulancia, con características técnicas especiales, que permiten una mayor capacidad de traslado y el mejoramiento de sus condiciones en función de la calidad y eficiencia del servicio directo al asegurado.



Prórroga. El 26 de marzo de 2014, representantes de la Caja Costarricense de Seguro Social y de la Universidad de Costa Rica acordaron prorrogar (hasta el 14 de febrero anterior) el contrato de prestación de servicios en cuarenta y cinco EBAS de los cantones de Montes de Oca y Curridabat; y los distritos de San Juan, San Diego y Concepción del cantón de La Unión. En la gráfica, la Dra. Ileana Balmaceda Arias, presidenta ejecutiva de la CCSS, y el Dr. Henning Jensen Pennington, rector de la UCR, firman el acuerdo. Les acompaña la Licda. Laura Chinchilla Miranda (al centro), Presidenta de la República, quien rubricó como testigo y garante del cumplimiento de lo pactado.

Cuadro N° 11
Plan implementación de rutas nivel nacional

Unidad núcleo (coordinadora)	Unidades adscritas					ETAPA
REGION CHOROTEGA						
Área Salud la Cruz	Área Salud Bagaces	Área Salud Abangares	Área Salud Colorado			PLAN PILOTO
Hospital La Anexión	Área Salud Santa Cruz	Área Salud Hojancha	Área Salud Nandayure	Área Salud Colorado		PLAN PILOTO
Hospital Enrique Baltodano	Área de Salud Liberia					ETAPA 1
Hospital y Área de Salud Upala	Cais Cañas	Área Salud Tilarán				ETAPA 1
Área de Salud Santa Cruz	Área de Salud Carrillo					ETAPA 2
REGION PACIFICO CENTRAL						
Hospital Max Terán	Área Salud Aguirre	Área Salud Parrita	Área Salud Garabito			ETAPA 1
Hospital Monseñor Sanabria	Área Salud San Rafael	Área Salud Barranca	Área Salud Esparza	Área Salud Orotina	Área de Salud Charcarita	ETAPA 1
Área Salud Monteverde	Área Salud Chomes	Área Salud Montes de Oro				ETAPA 1
Área Salud Cóbano	Área Salud Paquera					ETAPA 1
REGION HUETAR NORTE						
Área de Salud Los chiles	Hospital Los Chiles	Área de Salud Santa Rosa	Área Salud Florencia			ETAPA 1
Hospital San Carlos	Área Salud Ciudad Quesada	Área Salud Aguas Zarcas	Área Salud Pital			ETAPA 1
Área Salud Guatuso	Área Salud La Fortuna	Área Salud Florencia				ETAPA 1
Área Salud Pital	Área Salud Aguas Zarcas					ETAPA 2

Fuente: Dirección de Servicios Institucionales, Área de Servicios Generales

Cuadro N° 12
Plan implementación de rutas nivel nacional

REGION BRUNCA						
Hopistal Ciudad Neily	Área Salud Corredores	Área Salud Osa	Hospital Tomás Casas			ETAPA 1
Hospital San Vito	Área Salud Coto Brus	Área Salud Buenos Aires				ETAPA 1
Hospital Dr. Escalante Pradilla	Área Salud Pérez Zeledón					ETAPA 1
Hospital de Golfito	Área Salud Golfito					ETAPA 2
REGION HUETAR ATLANTICA						
Hospital Dr. Tony Facio	Área Salud Limón	Área Salud Matina	Área Salud Siquirres			ETAPA 1
Hospital Guápiles	Área Salud Guápiles	Área Salud Cariari	Área Salud Guácimo			ETAPA 1
Área Salud Valle La Estrella	Área Salud Limón	Área Salud Matina	Área Salud Siquirres			ETAPA 1
Área Salud Talamanca						ETAPA 2
REGION CENTRAL SUR						
Hospital Dr. William Allen	Área de Salud Turrialba	Área de Salud Paraiso - Cervantes	Área de Salud Cartago			ETAPA 1
Área Salud Puriscal	Área Salud Mora - Palmichal					ETAPA 1
Área Salud Los Santos	Área Salud Corralillo	Área Salud San Francisco	Área de Salud Acosta			ETAPA 2
REGION CENTRAL NORTE						
Hospital Carlos Luis Valverde Vega	Área de Salud San Ramón	Área de Salud Palmares	Área de Salud Atenas			ETAPA 2
Área de Salud Alfaro Ruiz	Área de Salud Naranjo	Área de Salud Valverde Vega	Hospital San Francisco	Área de Salud Grecia		ETAPA 2
Área de Salud Puerto Viejo	Área de Salud Horquetas Río Frío					ETAPA 2

Seguimiento de las rutas implementadas en plan piloto

Con el propósito de evaluar los resultados en un periodo de tiempo mayor, y darle seguimiento a la gestión efectuada en las rutas implementadas como plan piloto en la Región Chorotega, se realizó el análisis de los servicios efectuados, cantidad de pacientes trasladados, costos incurridos, entre otros aspectos, involucrados entre los meses de agosto 2012 y octubre 2013.

Con respecto a la ruta de La Cruz, y de acuerdo con la estadística recopilada, se estableció que la unidad vehicular ha tenido una utilización del 88% del total de días asignada en este periodo, mediante la cual se han realizado 259 servicios, trasladando un total de 1.806 personas entre pacientes y acompañantes. Este dato muestra que en promedio por viaje son trasladadas 7 personas, donde además se determinó que en el 46% de los servicios realizados, la capacidad del vehículo superaba este promedio de pasajeros.

Dentro del análisis de costo que contempla elementos como distancia recorrida, combustible, rendimiento del vehículo, viáticos, salario del conductor, depreciación del vehículo, entre otros, se estableció que el costo institucional aproximado de estos servicios fue de ₡29,804,065.

Considerando el supuesto de que estos traslados hubieran sido efectuados a través de los servicios de la Cruz Roja, se determinó que hubiera superado los ₡93 millones, por lo que se evidenció claramente una diferencia de un 68% del costo en relación con el Institucional del modelo de ruteo.

Por otra parte, la unidad vehicular asignada al núcleo de Nicoya, ha sido utilizada el 78% del total de los días disponibles a la fecha, donde se han realizado 225 traslados de 1889 personas entre pacientes y acompañantes. En promedio, por viaje, se trasladaron 8 personas, donde en el 46% se superó esta cantidad promedio de personas.

Los servicios efectuados tuvieron un costo institucional aproximado de ₡26 millones, por lo que comparando este monto con el costo de Cruz Roja, se determinó una diferencia económica aproximada de ₡74 millones. El resumen de los datos anteriores se muestra mediante el siguiente cuadro.



La construcción de los quince módulos que conformarán el nuevo Centro de Atención Integral en Salud (CAIS) de Siquirres avanza en forma satisfactoria. La nueva sede tendrá un área de construcción de 8.500 metros cuadrados, un costo cercano a los ₡11 900 millones y su diseño cumplirá con todos los estándares de construcción y de seguridad nacional e internacional, así con las disposiciones de la Ley 7.600 para garantizar el acceso a personas con necesidades especiales

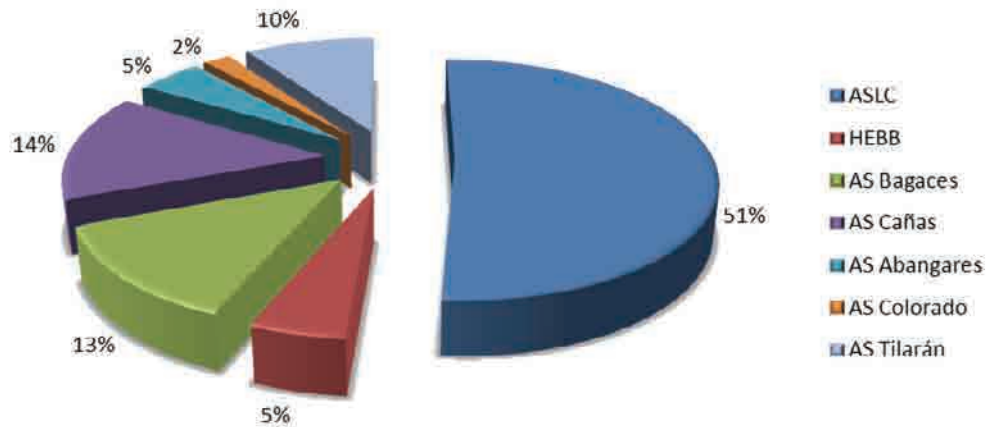
Cuadro N° 13
Resumen operativo traslado de pacientes núcleos La Cruz y Nicoya

Periodo de evaluación 23 agosto 2012 al 01 noviembre 2013		
Datos	Núcleo La Cruz	Núcleo Nicoya
Cantidad días en operación	295	290
Cantidad días utilizada	256	223
Cantidad servicios realizados	259	225
Porcentaje de productividad	88%	78%
Personas trasladadas (pacientes y acompañantes)	1 806	1 889
Promedio personas por viaje	7	8
Porcentaje ocupación superior al promedio	46%	46%
Costo institucional de los viajes efectuados (¢)	¢29 804 065	¢26 003 168
Supuesto servicios con Cruz Roja	533	545
Costo aproximado (¢)	¢93 160 983,48	¢100 216 723,99
Diferencia (¢)	¢63 577 822,81	¢74 390 933,92
Diferencia porcentual	68%	74%

Fuente: Dirección de Servicios Institucionales, Área de Servicios Generales

Adicionalmente y según análisis de los datos anteriores, se determinó la distribución porcentual de la demanda de pacientes trasladados mediante el servicio colectivo de transporte por cada una de las unidades en ruta. En el caso de la ruta correspondiente al área de Salud La Cruz, el 51% de los pacientes trasladados pertenecen a este centro médico, seguido por el área de Salud Cañas y Bagaces, que han ocupado el 14% y 13% del total de los asegurados trasladados, lo cual se muestra de forma gráfica en la siguiente figura.

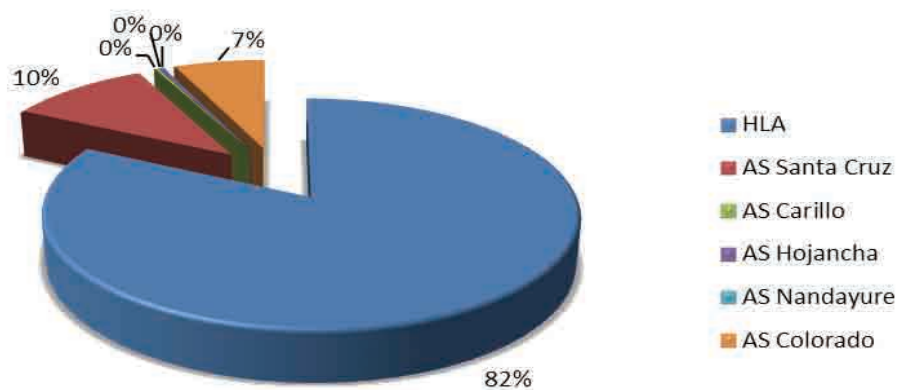
Figura N° 3
Distribución porcentual demanda de pacientes trasladados ruta La Cruz



Fuente: Dirección de Servicios Institucionales, Área de Servicios Generales

En relación con la ruta del Hospital La Anexión, los resultados muestran un porcentaje elevado de utilización por parte de los pacientes de este centro médico, correspondiente al 82% del total demandado, seguido del área Salud Santa Cruz que ha ocupado el 10% de los pacientes trasladados. Unidades como Carillo, Hojancha y Nandayure, no han tenido un porcentaje significativo de participación en el ruteo. Estos datos se ilustran en el siguiente gráfico.

Figura N° 4
Distribución porcentual demanda de pacientes trasladados ruta Hospital La Anexión



Fuente: Dirección de Servicios Institucionales, Área de Servicios Generales

Se continuará con el proceso de implementación del modelo, mediante el seguimiento y evaluación de las rutas que inician a través de los recursos recientemente distribuidos para tal fin.

Proceso de adquisición vehicular

Con el propósito de reforzar los servicios que brinda la institución a través de un sistema de eficiencia operativa y mejoramiento en la logística de transporte, se compró un total de 45 vehículos, entre ambulancias, microbuses, *pick up* y camiones que representó, una inversión total de \$1.915.525.

Este proceso de adquisición permitió renovar la flotilla institucional a efecto de maximizar su rendimiento, disminuir los gastos por concepto de mantenimiento y contar con la disponibilidad de recursos en óptimas condiciones cuando estos son requeridos.

Dentro de las principales actividades y programas que se desarrollaron a través de los vehículos institucionales, está la distribución de medicamentos; el transporte especializado es fundamental para desarrollar el proceso de distribución de medicamentos.

Recolección institucional de desecho electrónico

Continuando con la administración del convenio suscrito por la Institución y la empresa HOPE Proyectos Ambientales S.A., para este periodo se logró recolectar un total de 37.195.96 kg, los cuales fueron el resultado de la actividad desarrollada durante el mes de octubre, en la que se dispusieron distintos puntos de encuentro en las regiones del país para que las unidades interesadas efectuaran la entrega a la empresa responsable de la recolección, transporte, tratamiento y disposición final de manera sostenible con el ambiente.

Es importante señalar que el convenio finaliza en noviembre del 2014, por lo que actualmente, se está elaborando una propuesta que incorpora mejoras al procesos actual y generará beneficios a la Institución, prevaleciendo la trascendental labor que implica el manejo responsable de los desechos que se generan en las diferentes instancias, insumo que será trasladado para valoración de las unidades técnicas para el posterior análisis y acompañamiento de la Dirección de Servicios Institucionales.

Proyecto “AmbientaDOS va a su Empresa”

Considerando que dentro de los procesos bajo responsabilidad se encuentra brindar limpieza y aseo en ambos edificios, la subárea Seguridad y Limpieza, en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 8839 “Ley para la Gestión Integral de Residuos”, logró incorporar a la Institución en el Programa “AmbientaDOS va a su Empresa” liderado por la empresa Kimberly–Clark Professional Costa Rica.

El Programa consiste en reciclar, de manera responsable, por medio de un esquema que primordialmente concientiza a la población sobre la importancia del reciclaje a la vez generar fuentes de empleo, además traduce los residuos recibidos-valorizables en insumos que, de acuerdo con una lista predeterminada, podrán ser canjeados por la institución.

d. De la gestión informática en la gerencia administrativa

Actividades desarrolladas por CGI

- En acatamiento a las Normas Técnicas para la Gestión y el Control de las Tecnologías de Información de la Contraloría General de la República se realizó la revisión de 18 planes de Continuidad de la Gestión.
- Se finalizó el Sistema Operación, Control y Mantenimiento el cual, se implementó en el Área de Administración de Edificios, para mejorar la eficiencia y eficacia de esta Área.
- Se realizó una revisión anual al cumplimiento de las políticas de seguridad informática en la Gerencia Administrativa y sus dependencias.

e. De los sistemas administrativos

Sistemas de Gestión Institucional

Como parte del compromiso que la Caja Costarricense de Seguro Social adquirió para la mejora de su gestión, se realizó un conjunto de actividades para la implementación de la Ley General de Control Interno N°8292 sus Normas, así como la Ley de Protección al Ciudadano del Exceso de Requisitos y Trámites Administrativos N°8220 y su Reglamento.

Las actividades respondieron entre otros, a la programación institucional de los siguientes objetivos:

- 1) Fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional para la mejora de la gestión.
- 2) Apoyo y fortalecimiento de la toma de decisiones y la aplicación de una cultura de mejoramiento continuo de la gestión, a través de la implantación del Sistema Específico de Valoración de Riesgos Institucional (SEVRI) en la CCSS.
- 3) Fortalecer las acciones que contribuyan con la racionalización de los trámites y servicios que presta la institución en materia de salud, pensiones, prestaciones sociales, oferta de bienes y servicios, afiliación y recaudación, con el fin de que estos sean ágiles, oportunos, simples y efectivos, en cumplimiento con la Ley 8220°.

Los resultados obtenidos, en el año 2013, permitieron observar los siguientes logros:

Control Interno Institucional

Se logró la revisión y actualización de la Herramienta de Documentación de Procesos, nivel 1 del Mapa de Procesos Institucional, lo cual es parte del cambio de enfoque en la gestión de procesos institucionales. Este trabajo es una de las bases fundamentales de los sistemas de gestión de calidad que serán implementados a nivel institucional, lo que conlleva no solo la normalización, sino la implantación de mecanismos de medición de procesos que procuren establecer mejoras específicas en la gestión

institucional, mejorando con ello los resultados no solo en los elementos administrativos, sino también en relación de los servicios que brinda la Institución con un enfoque orientado primordialmente en los usuarios.

Adicionalmente, con el propósito de incentivar una cultura de cambio, orientada en la satisfacción de las necesidades de los usuarios y en el marco del fortalecimiento de las capacidades institucionales, se realizaron capacitaciones, talleres en coordinación con el CENDEISSS y se otorgaron asesorías en los temas que contemplan la Ley N°8292 (Autoevaluación de la Gestión, Gestión por procesos y valoración de Riesgos). Estas actividades incluyeron además, conceptos asociados a la gestión de la calidad así como a la medición de procesos con base en indicadores de diversa naturaleza.

Autoevaluación

En línea con el abordaje que se propone respecto al control interno y su vinculación con todos los elementos de gestión de la calidad, se actualizó la estrategia, la herramienta y el instructivo para la Autoevaluación de la Gestión (otrora denominada Autoevaluación de Control Interno), lo cual permitió cumplir con lo establecido en el artículo 17 de la Ley General de Control Interno N°8292, mediante la aplicación de esta herramienta, por parte de los diversos titulares subordinados.

La nueva Autoevaluación de la Gestión, es un instrumento que no mide tácitamente el cumplimiento de los criterios establecidos en la Ley General de Control Interno y las Normas de Control Interno para el Sector Público, sino que, basado en dichos criterios, se identifican los ámbitos de gestión que conforman el componente técnico y administrativo de los titulares subordinados.

Dentro de los ámbitos establecidos, se encuentran elementos de ética en la gestión, planificación, gestión presupuestaria, controles de gestión, comunicación, gestión de riesgos, calidad de información, etc. Este enfoque facilita al titular subordinado identificar en qué aspectos de la administración es requerido que se implementen mejoras para fortalecer el sistema de control interno. A su vez, facilita la adopción de los procesos definidos en el Mapa de Procesos Institucional, ya que los ámbitos evaluados están estrictamente ligados a los procesos identificados en dicho instrumento.



El esfuerzo realizado en la implementación de acciones tendientes a fortalecer el buen trato hacia el usuario, hizo merecedor al hospital Monseñor Víctor Manuel Sanabria (Puntarenas) del primer lugar en el concurso "La Cortesía te hace ganar". El Centro Nacional de Rehabilitación y el hospital William Allen (Turrialba), obtuvieron el segundo y tercer lugar, respectivamente.

Todo este esfuerzo se realiza con el fin último de facilitar la aplicación de indicadores de medición de procesos que permitan avanzar mediante mejoras puntuales en la implementación de principios de calidad, siendo el usuario de los servicios de la institución el eje sobre el que se pretende que las mejoras sean implementadas.

Simplificación de Trámites y Mejora Regulatoria Institucional

En el Programa de Simplificación de Trámites y Mejora Regulatoria Institucional y en cumplimiento a la Ley de Protección al Ciudadano del Exceso de Requisitos y Trámites Administrativos N° 8220 se obtuvieron los siguientes logros:

1. Actualización de los trámites en el Catálogo de Trámites Institucionales y en el Catálogo Nacional de Trámites, en cumplimiento con los artículos 4° de la Ley 8220° y los artículos 19°, 20°, 21° 26°, 27° y 28° del Reglamento a la Ley 8220°.

Dichos trámites son los siguientes y cumplen con el requisito obligatorio que han sido publicados en el Diario Oficial La Gaceta:

1. Reconocimiento de cuotas.
2. Valoración de anulación de adeudos patronales.
3. Cambio de representante legal.
4. Devolución de cuotas a patronos.
5. Devolución de cuotas a trabajadores.
6. Devolución de cuotas a pensionados.
7. Solicitud de planillas adicionales.
8. Solicitud de anulación de adeudos y/o suspensión de trabajador independiente.
9. Solicitud de inscripción o reanudación de patrono físico.
10. Solicitud de inscripción o reanudación para patronos jurídicos.
11. Solicitud de inscripción o reanudación patronal de servicio doméstico.
12. Cambio de modalidad de trabajador independiente a asegurado voluntario.
13. Cambio de modalidad de asegurado voluntario a trabajador independiente.
14. Ajuste de ingresos de referencia del trabajador independiente.
15. Ajuste de ingreso de referencia del asegurado voluntario.
16. Actualización de datos de trabajador independiente o asegurado voluntario en plataformas.
17. Afiliación de asegurado voluntario.
18. Afiliación de asegurado independiente.
19. Solicitud para realizar un ajuste, cambio de dirección y/o lugar de pago o inactivación de planillas.
20. Solicitud de duplicado de “comprobación de Derechos Asegurado Directo” u “Orden Patronal”.
21. Solicitud de emisión de “Orden Patronal Provisional”.
22. Solicitud de “Estado de Aportaciones”.
23. Solicitud de “Estudio de Salarios Reportados en Planillas” o “Certificaciones de No Cotizante”.

24. Solicitud del “Reporte de Continuidad Laboral para Retiro del FCL”.
 25. Solicitud de “Unificación de Números de Identificación Correctos”.
 26. Solicitud de actualización de datos asegurados nacionales.
 27. Afiliación a Entidad Autorizada (selección de Operadora de Pensiones para el Fondo de Capitalización Laboral y el Régimen Obligatorio de Pensiones Complementarias).
 28. Solicitud para generar la clave de acceso para Autogestión planilla en línea.
 29. Formalización y suscripción de arreglos y convenios de pago de las contribuciones a la seguridad Social.
 30. Inscripción de Proveedores.
 31. Actualización de Proveedores.
 32. Precalificación de Proveedores de Medicamentos, Ley 6914.
2. Se elaboró el “Pre diagnóstico solicitud de la orden patronal y el carné de asegurado”, cuyo documento tiene la finalidad de atender una prioridad institucional, valorando la posibilidad de prescindir de estos documentos como requisitos de los trámites y servicios que suministra la Institución, considerando que la Administración Pública no debe de solicitar documentos que ella misma emite. Asimismo, se pretende identificar las principales implicaciones de esta medida.
 3. Se dio inicio al Proyecto de Medios Alternativos para la Comprobación de Derechos (Proyecto Orden Patronal y Carné de Asegurado), que está en su etapa de planificación y que es prioridad institucional, pactada en Consejo de Presidencia y Gerentes, sesión 354° del 25 de junio de 2013.
 4. Se emitió la Directriz referida a la Orden Patronal (GF-48.564) en la fecha 11 de noviembre de 2013, donde “... se instruye para que a partir del recibido del presente oficio, los Establecimientos de Salud, Sucursales, así como demás instancias administrativas que cuenten con alguno de los aplicativos institucionales, a saber EDUS/SIAC o SICERE, prescindan de la solicitud del comprobante de aseguramiento a los usuarios y sea a través de estos aplicativos que verifiquen la condición de aseguramiento...”
 5. Se elaboró un conjunto de instrumentos para la formulación y seguimiento de los proyectos de simplificación de trámites y mejora regulatoria, que se detallan a continuación:
 - Se levantó y documentó el Procedimiento de Simplificación de Trámites y Mejora Regulatoria Institucional.
 - Se desarrolló la herramienta para la Simplificación de Trámites y Mejora Regulatoria, que incluye las plantillas: “Caracterización del Trámite”, “Plantilla para la valoración de la Oportunidad de Mejora aplicando Costo Beneficio”, “Plan de Trabajo”, “Informe Semestral”.
 - Se diseñó el Manual de Simplificación de Trámites y Mejora Regulatoria que contiene las etapas que deben seguir los responsables de simplificar los trámites a nivel institucional, en cumplimiento de la Ley 8220°.

f. Del bienestar laboral

Materia de Salud Ocupacional

En el año 2013, se constituyó la Conducción del Sistema de Gestión Preventiva de Riesgos Laborales y la Gestión Técnica en Salud Ocupacional que es parte integral de los objetivos y estrategias institucionales, mediante la aplicación de conocimientos técnicos y científicos para garantizar condiciones de trabajo seguras y saludables en las unidades de la Institución.

La Dirección de Bienestar Laboral, a través del Área de Salud Ocupacional contribuyó con el fortalecimiento de la gestión en las siguientes temáticas:

- La cultura preventiva y contribuir a la mejora de las condiciones de trabajo de la Caja Costarricense de Seguro Social.
- La Red de Salud Ocupacional conformada por las oficinas y comisiones de salud ocupacional.
- Atención integral al trabajador de Oficinas Centrales, con programas de promoción de la salud y odontología preventiva.
- Estrategias, políticas y objetivos, a efecto de orientar en forma efectiva la gestión de salud ocupacional institucional.
- Asesoramiento a las unidades de trabajo en la gestión de riesgos laborales y en la aplicación de medidas preventivas para nuevos proyectos de inversión e infraestructura.
- Cultura de la promoción y prevención en materia de salud ocupacional en el ámbito gerencial, profesional, técnico y operativo, integrando los procesos que el colectivo de la Institución planifica, implanta y opera.

Vigilancia de la salud de la persona trabajadora de la CCSS

Se realizaron actividades preventivas como la inmunización a los grupos de riesgo, al ser la CCSS una Institución prestadora de servicios de salud, los trabajadores nos convertimos en un grupo de riesgo, por lo tanto, se realizaron campañas preventivas a fin de minimizar los riesgos.

Durante el período 2013, se realizaron dos campañas de **vacunación contra la influenza estacional** dirigida a los funcionarios(as) de Oficinas Centrales y centros de trabajo adscritos, se aplicaron un total de 3,200 dosis.

Materia Deportiva, Recreativa y Salud Integral

Juegos Deportivos, Recreativos y Culturales de la Seguridad Social

Se realizó la etapa final XV edición del programa Juegos de la Seguridad Social, en la ciudad de San Ramón de Alajuela, con la participación de 1650 funcionarios provenientes de los diferentes centros institucionales de las 8 regiones en que se divide la Caja Costarricense de Seguro Social.

Juegos Dorados de la Seguridad Social - Envejecimiento Activo

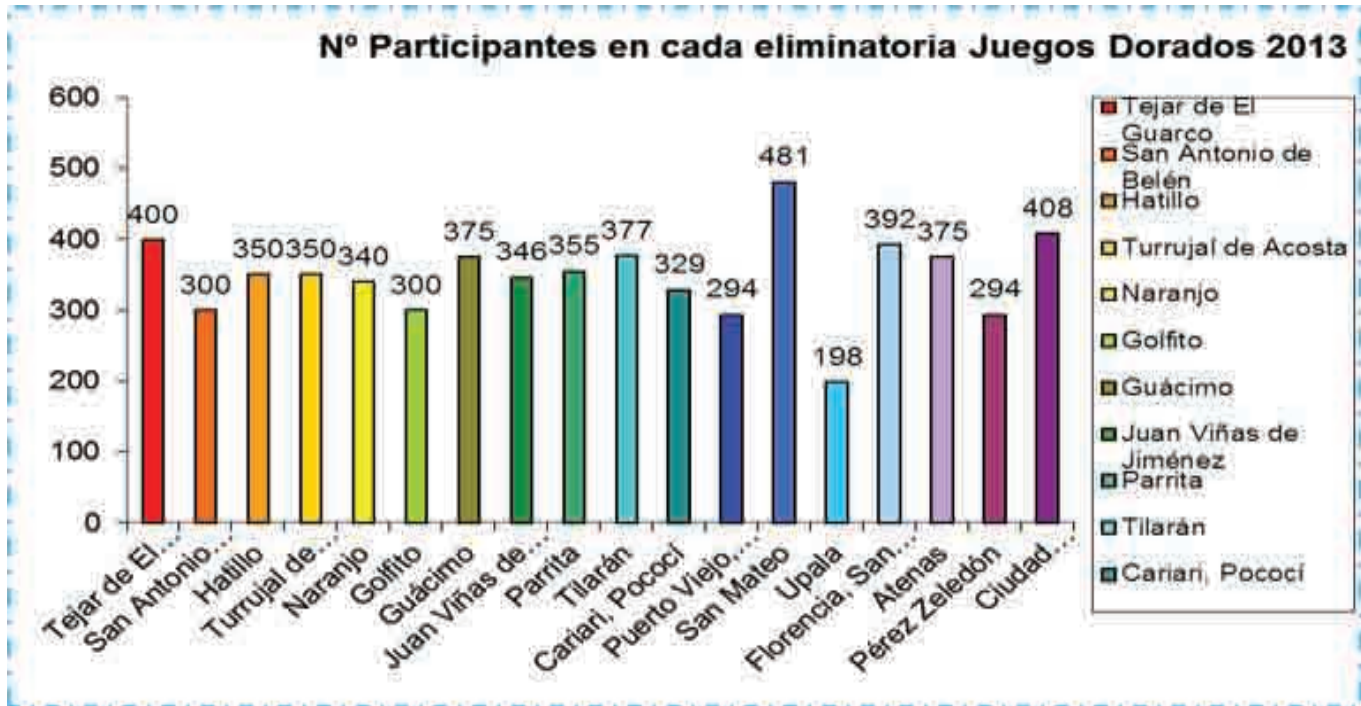
Durante los meses de marzo a noviembre del 2013 se realizaron 18 eliminatorias con una participación aproximada de 350 y anual de 6300 personas adultas mayores y como sedes: Guarco (Tejar y Juan Viñas), Cubujuquí (Belén y Sarapiquí), Central (Hatillo y Acosta), Coyoche (Naranjo y Atenas), Huetar Atlántica (Guácimo y Cariari), Brunca (Golfito y Pérez Zeledón), Pacífico Central (Parrita y San Mateo), Chorotega (Tilarán y Nandayure), Huetar Norte (Florencia y Upala).

En la final Nacional fueron invitados 13 grupos (400 personas) de adultos mayores en actividad física del adulto mayor y danzas regionales.



En setiembre anterior, funcionarios del EBAIS de Bajo Blay (Talamanca) se desplazaron hasta las comunidades de Alto Telire, Bajo Blay y Piedra Mesa, con el objetivo de acercar la prestación de los servicios médico-asistenciales en localidades con serias limitaciones en sus rutas de acceso y así beneficiar a una población cercana a los 450 habitantes.

Figura N° 10
 Cantidad de Participantes en cada eliminatoria
 Juegos Dorados 2013



Fuente: Juegos Dorados de la Seguridad Social, 2013

En las eliminatorias de Juegos Dorados se contó con una participación entre 150 a 500 personas adultas mayores, contando la sede de Upala con la menor concurrencia (198 personas) y San Mateo con la mayor con alrededor de 481 adultos mayores.

g. Capacitación

En materia de Cultura Organizacional

Con el propósito de fortalecer la Cultura Organizacional de la CCSS, se continuaron desarrollando acciones para divulgar e institucionalizar este componente fundamental en la gestión de la Institución, promoviendo el cambio en la actitud y el comportamiento de los funcionarios a nivel central, regional y local. Esta labor tiene el propósito de que los servicios que se suministran a los usuarios se otorguen con calidad, oportunidad y humanizados, en un entorno de armonía y sensibilización, considerando al usuario como la razón de ser de la Institución.

h. De la comunicación organizacional

De la comunicación

La comunicación institucional es una de las herramientas de gestión más importantes en el funcionamiento de las organizaciones y consiste en un conjunto de técnicas y actividades encaminadas a facilitar y agilizar el flujo de mensajes que se dan entre los miembros de la organización y su medio; asimismo, influye en las opiniones, actitudes y conductas de sus públicos internos y externos.

La misión de esta DCO es poner en la agenda pública temas estratégicos institucionales, pero además educar a la población en materia de promoción de estilos saludables de vida, prevención de la enfermedad y fortalecimiento de la cultura contributiva.

Basta un ejemplo. El 26 de marzo del 2012, se publicó en el Diario Oficial La Gaceta la **Ley 9028 “Ley General de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud”**, entre cuyos objetivos figuran: prevenir la iniciación en el tabaquismo, especialmente en la población de niños y adolescentes y fomentar la promoción, educación para la salud, así como la difusión del conocimiento a las generaciones presentes y futuras, de los riesgos atribuibles al consumo de productos elaborados con tabaco y por la exposición al humo de tabaco.

En el capítulo X de dicha, se establece la creación de un impuesto específico para los cigarrillos de veinte colones (¢20,00) por cada cigarrillo, cigarro, puros de tabaco y sus derivados y administrado por la Dirección General de Tributación Directa. De los recursos que se recauden, un 60% corresponde a la CCSS, para que sean utilizados el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades asociadas al tabaquismo.

En acatamiento a lo establecido en esa Ley, a partir de este año, la Dirección de Comunicación Organizacional (DCO) trabaja en un proyecto contra fumar, cuyo objetivo es contribuir a la disminución en el inicio temprano del fumado y otras adicciones en niños y adolescentes, mediante la implementación de estrategias integrales de comunicación y educación que produzcan un cambio de conductas, actitudes y prácticas. Lo anterior se sustenta en los resultados obtenidos en la investigación **Factores psicosociales que influyen en la práctica del fumado en la población joven y adolescente**, contratada por la Institución, en donde se evidenció la vulnerabilidad de los jóvenes costarricenses al consumo de drogas ilícitas y lícitas como el alcohol y el tabaco.

Otro de los grandes logros de este año, es haber fortalecido la gestión y presencia de la información institucional en las redes sociales. En este momento el alcance de la CCSS en estas redes es de 1.5 millones de personas, lo cual es de trascendental importancia en la coyuntura de la sociedad de la información.

Otro de los resultados más importante del 2013 en materia de comunicación, fue la responsabilidad que adquirió la DCO de coordinar la estrategia de Buen Trato, una de las tareas estratégicas institucionales

que promueve la práctica del buen trato en los servicios que ofrece la CCSS.

Desarrollo e implementación del Catálogo de trámites institucionales

Se trata de una herramienta web amigable y útil, pionera a nivel nacional, que le permite a la Institución y a los usuarios disponer de información útil, precisa y simplificada en tan solo unos pocos clics.

El catálogo se publicó el 16 de abril del 2013 como una forma de poner a la CCSS a tono con la Ley de Protección al Ciudadano del Exceso de Requisitos y Trámites Administrativos N° 8220. Fue posible gracias a la coordinación que se dio entre el Programa de Simplificación de Trámites y Mejora Regulatoria Institucional y las Direcciones de Sistemas Administrativos y de Comunicación Organizacional.

En la actualidad, el Catálogo cuenta con 32 trámites simplificados (también publicados en el diario oficial La Gaceta) y se trabaja en 18 adicionales correspondientes a la Gerencia Médica. Como todo proceso dinámico, cada día se irán incorporando más trámites y servicios conforme se simplifiquen, publiquen y estandaricen, hasta alcanzar la meta propuesta al inicio del proceso.

El Catálogo está disponible en la siguiente dirección: <http://www.ccss.sa.cr/sisw/Tramite/externo/>

A continuación, la lista de los 32 trámites incorporados en dicho Catálogo:

1. Reconocimiento de cuotas (Dirección Inspección).
2. Valoración de anulación de adeudos patronales (Dirección Inspección).
3. Cambio de representante legal (Dirección Inspección).
4. Devolución de cuotas a patronos (Dirección Inspección).
5. Devolución de cuotas a trabajadores (Dirección Inspección).
6. Devolución de cuotas a pensionados (Dirección Inspección).
7. Solicitud de planillas adicionales (Dirección Inspección).
8. Solicitud de anulación de adeudos y/o suspensión de trabajador independiente (Dirección Inspección).
9. Solicitud de inscripción o reanudación de patrono físico (Dirección Inspección).
10. Solicitud de inscripción o reanudación para patronos jurídicos (Dirección Inspección).
11. Solicitud de inscripción o reanudación patronal de servicio doméstico (Dirección Inspección).
12. Cambio de modalidad de trabajador independiente a asegurado voluntario (Dirección Inspección).
13. Cambio de modalidad de asegurado voluntario a trabajador independiente (Dirección Inspección).
14. Ajuste de ingresos de referencia del trabajador independiente (Dirección Inspección).
15. Ajuste de ingreso de referencia del asegurado voluntario (Dirección Inspección).
16. Actualización de datos de trabajador independiente o asegurado voluntario en plataformas (Dirección Inspección).
17. Afiliación de asegurado voluntario (Dirección Inspección).
18. Afiliación de asegurado independiente (Dirección Inspección).
19. Solicitud para realizar un ajuste, cambio de dirección y/o lugar de pago o inactivación de planillas (Dirección SICERE).

20. Solicitud de duplicado de “comprobación de Derechos Asegurado Directo” u “Orden Patronal” (Dirección SICERE).
21. Solicitud de emisión de “Orden Patronal Provisional” (Dirección SICERE).
22. Solicitud de “Estado de Aportaciones” (Dirección SICERE).
23. Solicitud de “Estudio de Salarios Reportados en Planillas” o “Certificaciones de No Cotizante” (Dirección SICERE).
24. Solicitud del “Reporte de Continuidad Laboral para Retiro del FCL” (Dirección SICERE).
25. Solicitud de “Unificación de Números de Identificación Correctos” (Dirección SICERE).
26. Solicitud de actualización de datos asegurados nacionales (Dirección SICERE).
27. Afiliación a Entidad Autorizada (selección de Operadora de Pensiones para el Fondo de Capitalización Laboral y el Régimen Obligatorio de Pensiones Complementarias) (Dirección SICERE).
28. Solicitud para generar la clave de acceso para Autogestión planilla en línea (Dirección SICERE).
29. Formalización y suscripción de arreglos y convenios de pago de las contribuciones a la seguridad Social (Dirección Cobros).
30. Inscripción de Proveedores (Gerencia Logística).
31. Actualización de Proveedores (Gerencia Logística).
32. Precalificación de Proveedores de Medicamentos, Ley 6914 (Gerencia Logística).



Gerencia Médica

Introducción

La Caja Costarricense de Seguro Social brinda a la población costarricense una cobertura total de atención en salud; esto es posible, a través de una organización regional de los servicios mediante tres niveles de atención claramente definidos; con lo cual, la oferta geográfica antes referida, se distribuye en siete regiones dispuestas administrativa y técnicamente, para la atención de las demandas de salud en el primer nivel de atención.

A continuación, se detallan según la información brindada por el Área de Análisis y Proyección de Servicios de Salud, la distribución actualizada¹ de las áreas de salud y Ebáis existentes por región, para la prestación de servicios de salud primarios a la población en general.

De la oferta de servicios primaria a la población costarricense, la institución tiene conformada a la fecha 1014 EBAIS², que se coordinan y/o adscriben a las 103 áreas de salud distribuidas a lo largo del territorio nacional. Igualmente un 60% de los equipos básicos de atención en salud, se ubican en la gran área metropolitana debido a la alta concentración poblacional.

Por otra parte, la oferta de los servicios a nivel de Ebáis, ha crecido del 2005 al 2013 en un 12%, con lo cual, se pretende ampliar la accesibilidad de los servicios de salud a la población, mediante la creación de equipos básicos para la atención tanto de la morbilidad como para el desarrollo de programas preventivos y curativos, conforme las normas de atención y el perfil epidemiológico de cada sector.

a. Análisis de la situación de salud, acciones estratégicas desarrolladas.

1. Listas de espera

Quirúrgica

Las listas de espera constituyen uno de los programas de mayor prioridad institucional, en donde confluye el accionar de toda la Institución para la atención de esta problemática, obteniendo en el periodo 2013, una reducción de un 48% en los plazos de espera de los pacientes quirúrgicos.

Otro punto importante de recalcar en esta materia, fue la reducción de un 29% de la cantidad de pacientes en espera atención quirúrgica, con lo cual, se moviliza la lista de espera en un 71%. Tomando en consideración que se han estado atendiendo a los pacientes más antiguos de la lista, junto con las emergencias y pacientes de cáncer.

1 El corte de los datos suministrados por el APSS es del mes de junio 2013, ya que esta área no cuenta con el actualizado de esta información al mes de diciembre; no obstante, por trabajo realizado, se constata que en el segundo semestre no se abrió ningún otro EBAIS, por lo que se mantiene vigente la información recolectada en el primer semestre, para el 30 de diciembre del 2013.

2 Equipos Básicos de atención en salud

En cuanto a la atención de las patologías quirúrgicas prioritarias, y siendo cirugía general la especialidad que mayor pacientes en lista de espera presentaba y en donde la patología relacionada a hernias y vesículas representaba el 70%, hubo una atención de 65% de los pacientes que se encontraban en lista de espera a diciembre del año 2012.

Consulta externa

La cantidad de pacientes en lista de espera en los servicios de consulta externa especializada, ha oscilado durante el periodo 2013 entre los 160 a 190 mil consultas; esto ante una dinámica de ingreso y egreso constante de referencia de pacientes provenientes de los 1014 Ebáis que están en la institución, demás servicios hospitalarios y pacientes subsecuentes; dicha lista a pesar de ser de importancia en volumen, únicamente representa un 7% del total de atenciones realizadas en esta área de atención durante el año 2013, donde se brindaron 2.716.586 consultas especializadas.

Procedimientos

La prestación de servicios de salud a nivel de procedimientos diagnósticos, ha permitido en el periodo 2013, disminuir la lista de espera en un 36%, situación que acortó los tiempos de atención de los mejorando la oportunidad.

Un elemento importante de destacar es la reducción de un 72% de las Mamografías, quedando este tipo de estudios a plazos que en promedio no superan los 3 meses.

Gestión

Para la atención de esta problemática, además de la prestación ordinaria de servicios de salud, se han redoblados importantes esfuerzos en las siguientes áreas para la atención integral de las listas de espera, como lo es el caso de:

1. Apertura de las salas de operaciones del CAIS de Puriscal, Coronado y Desamparados.
2. Apertura de segundos turnos quirúrgicos en los hospitales
3. Desarrollo de jornadas producción en el Heredia, Alajuela, Coronado, Puriscal, Cartago, Desamparados y Pérez Zeledón, para un total de 1.592 cirugías ambulatorias.
4. Aumento en los controles, monitoreo y seguimiento de la atención de las listas de espera.
5. Apertura de 05 programas quirúrgicos ambulatorios: Clínica Oftalmológica, CENARE, CAIS de Puriscal, CAIS de Desamparados y Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología.
6. Jornadas de producción en radioterapia
7. Jornadas oftalmológicas en los hospitales de Ciudad Nelly y Nicoya
8. Desarrollo de jornadas oftalmológicas y dermatológicas; donde destaca la identificación de cáncer (en los hospitales de Upala y Golfito).
9. Emisión de lineamientos
 - a. Elaboración de indicadores.
 - b. Emisión de la Guía de gestión de Consulta Externa Especializada.

- c. Emisión de lineamientos de referencia y contra referencia.
 - d. Elaboración e implementación de lineamientos para la gestión de camas hospitalarias.
 - e. Lineamientos de solicitud y control de mamografías.
10. Evaluaciones
- a. Evaluación de la gestión de la lista de espera
 - Monitoreo bimensual en los consejo de directores médicos
 - b. Evaluación de gestión de los hospitales
 - Hospital Dr. Tony Facio Castro
 - Hospital de Nicoya
 - Hospital Dr. Escalante Pradilla
 - Hospital de San Vito
 - c. Monitoreo bimensual de los hospitales intervenidos
 - Hospital Dr. Tony Facio Castro
 - Hospital de Nicoya
 - Hospitales Max Peralta
 - Servicio de Radioterapia del hospital México.
 - Centro Nacional de Citologías
 - Hospital San Francisco de Asís
11. Emisión de lineamientos
- a. Elaboración de indicadores
 - b. Emisión de la Guía de gestión de Consulta Externa Especializada
 - c. Emisión de lineamientos de referencia y contra referencia
 - d. Elaboración e implementación de lineamientos para la Gestión de camas hospitalarias
 - e. Lineamientos de solicitud y control de mamografías

Elaboración de los criterios de priorización de las listas de espera, según las especialidades críticas que representan el 70% de la lista de espera institucional.

1. Se conformó un equipo para la elaboración de los criterios de priorización de las listas de espera.
2. Se seleccionaron las especialidades quirúrgicas consideradas como críticas en la Caja Costarricense de Seguro Social, a las cuales se aplicarán los criterios de priorización.
3. Se revisó de la literatura existente según patología priorizada y criterios de priorización empleados en otros sistemas de salud a nivel de la atención de listas de espera.
4. Se desarrollaron de 23 encuesta a unidades seleccionadas, para la validación de un conjunto de criterios propuestos y aplicados a nivel internacional, identificados por medio del análisis bibliográfico.

5. Se elaboraron de los criterios de priorización según especialidad, conforme el desarrollo de sesiones de trabajo de equipos expertos para la definición de los criterios
- a. Otorrinolaringología
 - Selección de criterios de priorización.
 - Diseño y selección del sistema de puntuación.
 - Validación de la propuesta.
 - Elaboración de un instrumento de priorización para esta especialidad.
 - b. Ortopedia
 - Selección de criterios de priorización.
 - Diseño y selección del sistema de puntuación.
 - Validación de la propuesta.
 - Elaboración de un instrumento de priorización para esta especialidad.
 - c. Oftalmología
 - Selección de criterios de priorización.
 - Diseño y selección del sistema de puntuación.
 - Validación de la propuesta.
 - Elaboración de un instrumento de priorización para esta especialidad.
 - d. Cirugía General
 - Selección de criterios de priorización.
 - Diseño y selección del sistema de puntuación.
 - Validación de la propuesta.
 - Elaboración de un instrumento de priorización para esta especialidad.
 - e. Vascular Periférico
 - Selección de criterios de priorización.
 - Diseño y selección del sistema de puntuación.
 - Validación de la propuesta.
 - Elaboración de un instrumento de priorización para esta especialidad.
 - f. Urología
 - Selección de criterios de priorización.
 - Diseño y selección del sistema de puntuación.
 - Validación de la propuesta.
 - Elaboración de un instrumento de priorización para esta especialidad .
 - g. Ginecología
 - Selección de criterios de priorización.
 - Diseño y selección del sistema de puntuación.
 - Validación de la propuesta.
 - Elaboración de un instrumento de priorización para esta especialidad .

6. Se elaboró una herramienta en red para la priorización de la atención de los pacientes según criterios diagnósticos.

2. Sistema de clasificación de pacientes en los servicios emergencias (Sistema de Triage CTAS, Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale)

Durante el 2013, se revisó de forma integral, el sistema de clasificación de pacientes utilizado por la Institución en los servicios de emergencias; determinándose que para poder fortalecer la atención en estos servicios, y según la medicina basada en evidencia, debe utilizarse un sistema que permita brindar una atención pronta a los pacientes más enfermos, de una manera eficaz y efectiva, sin que por esto, se deje sin atención a aquellos pacientes de menor complejidad.

Posterior a un análisis de los diferentes sistemas de triage existentes a nivel mundial, se determinó que los recomendados son aquellos con cinco niveles de priorización. De igual forma se analizaron los 5 modelos que existen a nivel mundial que cumplen con esta característica, concluyendo, que el que mejor se ajusta a nuestra realidad es el CTAS (Canadian Triage And Acuity Scale); dado que es el que cumple con los requerimientos para ser implementado en los diferentes servicios de emergencias a nivel institucional.

Dentro de las principales cualidades que tiene este sistema de clasificación están:

- Permite abordar todo tipo de paciente, independiente de su edad, sexo, u otras características como son la población pediátrica, adulto mayor, mujer embarazada.
- Es aplicable a patologías tanto médicas como quirúrgicas, incluyendo el trauma; así como las enfermedades psiquiátricas y los problemas sociales.
- Puede ser utilizado en formato digital y/o manual (posters y libretas de bolsillo). No es requisito indispensable un sistema informático para su implementación; por lo cual es fácilmente adaptable a nuestra realidad nacional, donde en algunos de los servicios de emergencias, no se dispone con un sistema automatizado.
- Para su aplicación utiliza múltiples parámetros (signos vitales, saturación de oxígeno, escalas de dolor, criterios neurológicos, mecanismos de trauma entre otros), de igual forma utiliza estudios de gabinete rápidos (electrocardiograma, Glicemia por micrométodo), que en conjunto permiten una clasificación objetiva y eficiente

En aras de contribuir al proceso de mejoramiento en la calidad de atención de los Servicios de Emergencias y tras lograr un convenio con la *Asociación Canadiense de Medicina de Emergencias*, en diciembre de 2012; así como la formación de 10 instructores por parte de CTAS National Working Group, (institución Canadiense encargada del manejo de este sistema y la capacitación para su implementación); es que el 20 de junio de 2013 mediante la **circular GM-9537-5**, la Gerencia Médica informa a las unidades que la institución procederá a trabajar bajo el Sistema de Triage CTAS, Canadian

Emergency Department Triage and Acuity Scale, y con ello, se inicia en el mes de octubre de 2013, una primera fase de capacitación para su posterior implementación.

En esta fase, los instructores se desplazaron a diferentes zonas del país para impartir el curso; para lo cual se agruparon hospitales cercanos, con la finalidad de poder capacitar a un grupo de profesionales de cada uno de estos Servicios de Emergencias, proyectando concluir esta primera fase en abril de 2014. Con lo cual cada uno de estos servicios podrá iniciar la respectiva implementación del sistema.

Con miras a dar continuidad a la capacitación de este sistema de clasificación, se planea en el transcurso del año 2014, seguir los cursos, pero con sede en Hospital de Cartago, para lo cual se está trabajando en el cronograma y la logística respectiva.

3. Programa de atención integral del cáncer

La atención integral de la patología de cáncer ha sido una prioridad, durante el periodo 2013, en donde se dieron importantes avances en la definición de las intervenciones, criterios diagnósticos, barreras y ruta crítica, para los tumores de mayor incidencia a nivel nacional; proceso que contribuye con la homologación de la atención de estas patologías, brindando mayor calidad y oportunidad en la atención a la población.

Se elaboró un diagnóstico de la atención de los diferentes tipos de cáncer definidos como prioritarios, con el propósito de conocer la situación actual para identificar los problemas y necesidades de los servicios de salud. En este sentido se alcanzaron los siguientes logros:

1. Descripción epidemiológica del problema.
2. Descripción de la organización actual de la red de servicios para la atención de las personas con cáncer.
3. Identificación y descripción del proceso que actualmente se realiza en los establecimientos para la detección temprana de los cánceres en general.
4. Determinación de los recursos humanos y tecnológicos disponibles actualmente en la Institución para realizar actividades relacionadas a la detección y diagnóstico de cánceres.

A partir del proceso mencionado se identificaron una serie de limitaciones en los procesos de atención por tipo de cáncer, las cuales se enumeran a continuación:

Cáncer de mama

1. Se realiza un análisis e identificación de los principales problemas asociados con la atención de esta patología.
2. Sesiones de trabajo con los especialistas para la determinación de los procesos de atención del cáncer de mama en el primer, segundo y tercer nivel de atención.
3. Definición de intervenciones a realizar para la atención de esta patología de forma estandarizada.

4. Definición de los criterios diagnósticos.
5. Identificación de las barreras de atención y la ruta crítica.
6. Elaboración de lineamientos para la mejora en la atención de la Cáncer de Mama.
7. Elaboración de un plan de trabajo institucional vinculado al PIAC, para la implementación del proceso elaborado y la eliminación de las barreras de atención identificadas.
8. Se elabora el flujo de proceso de atención.

Cáncer de cérvix

1. Se realiza un análisis e identificación de los principales problemas asociados con la atención de esta patología.
2. Sesiones de trabajo con los especialistas para la determinación de los procesos de atención del cáncer de mama en el primer, segundo y tercer nivel de atención.
3. Definición de intervenciones a realizar para la atención de esta patología de forma estandarizada.
4. Definición de los criterios diagnósticos.
5. Identificación de las barreras de atención y la ruta crítica.
6. Elaboración de un plan de trabajo institucional vinculado al PIAC, para la implementación del proceso elaborado y la eliminación de las barreras de atención identificadas.
1. 7. Se elabora el flujo de proceso de atención.

Cáncer de pulmón

1. Se realiza un análisis e identificación de los principales problemas asociados con la atención de esta patología.
2. Sesiones de trabajo con los especialistas para la determinación de los procesos de atención del cáncer de mama en el primer, segundo y tercer nivel de atención.
3. Definición de intervenciones a realizar para la atención de esta patología de forma estandarizada.
4. Definición de los criterios diagnósticos.
5. Identificación de las barreras de atención y la ruta crítica.
6. Análisis según nivel de evidencia en el primer y segundo nivel para los diagnósticos de cáncer de pulmón.
7. Elaboración de un plan de trabajo institucional vinculado al PIAC, para la implementación del proceso elaborado y la eliminación de las barreras de atención identificadas.
8. Se elabora el flujo de proceso de atención.

Cáncer de próstata

1. Se realiza un análisis e identificación de los principales problemas asociados con la atención de esta patología.
2. Sesiones de trabajo con los especialistas para la determinación de los procesos de atención del cáncer de mama en el primer, segundo y tercer nivel de atención.

3. Definición de intervenciones a realizar para la atención de esta patología de forma estandarizada.
4. Definición de los criterios diagnósticos.
5. Identificación de las barreras de atención y la ruta crítica.
6. Elaboración de lineamientos para la mejora en la atención del Cáncer de Próstata.
7. Análisis según nivel de evidencia en el primer y segundo nivel para los diagnósticos de Cáncer de Próstata.
8. Elaboración de un plan de trabajo institucional vinculado al PIAC, para la implementación del proceso elaborado y la eliminación de las barreras de atención identificadas.
9. Se elabora el flujo de proceso de atención.

Cáncer de gástrico y colon

1. Se realiza un análisis e identificación de los principales problemas asociados con la atención de esta patología.
2. Sesiones de trabajo con los especialistas para la determinación de los procesos de atención del cáncer de mama en el primer, segundo y tercer nivel de atención.
3. Definición de intervenciones a realizar para la atención de esta patología de forma estandarizada.
4. Definición de los criterios diagnósticos.
5. Identificación de las barreras de atención y la ruta crítica.
6. Elaboración de un plan de trabajo institucional vinculado al PIAC, para la implementación del proceso elaborado y la eliminación de las barreras de atención identificadas.
7. Emisión de criterios de referencias en Gastroenterología por medio de la Circular **GM-MDA-44014-13**, para los tres niveles de atención.
8. Se elabora el flujo de proceso de atención.

Implementación de la Ley 8718

- **Sub proyecto Ampliación Integral del Servicio de Radioterapia y Quimioterapia del Hospital México:** El proyecto se logró finalizar en abril del 2013 y en agosto inició el funcionamiento del nuevo edificio, el cual cuenta con dos equipos de aceleración lineal nuevos, un tomógrafo simulador digital de 16 cortes, un sistema de planificación virtual con múltiples licencias que se pueden trabajar simultáneamente, 44 sillones de aplicación de quimioterapia individualizados diversos equipos y software para planificación, dosimetría y control de calidad de los equipos. Actualmente se da seguimiento a las garantías y a la etapa de cierre con los contratos de mantenimiento preventivo y correctivo.
- Se incrementó la atención de pacientes de quimioterapia en:

Sub proyecto equipamiento para el diagnóstico y tratamiento del cáncer en la red. Respecto del fortalecimiento de la prestación de servicios a pacientes oncológicos, se invirtió en la compra de 190 equipos, que vienen a contribuir con la atención con calidad de esta población y la detección oportuna de estas patologías.

Tabla 3.

Equipos entregados y en trámite de compra en 2013, para el fortalecimiento en la prestación de servicios de salud a pacientes oncológicos.

PROVINCIA	TIPO DE EQUIPO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA
San José	Colposcopio	Hospital de las Mujeres	1	Enero
San José	6 Negatoscopios para lectura de mamografías	Hospital México	2	Abril
San José		Área de Salud de Coronado (un equipo se trasladó de la Clínica Clorito Picado al renunciar la radióloga)	2	Abril y octubre (traslado)
San José		Clínica Solón Núñez	1	Abril
San José		Clínica Jiménez Núñez	1	Abril
San José		Sonda de ultrasonido endobronquial	Hospital Calderón Guardia	1
San José	Laparoscopio	Hospital Escalante Pradilla	1	Octubre
San José	Sillones para quimioterapia	Hospital Calderón Guardia	6	Octubre
San José		Hospital San Juan de Dios	26	Octubre
San José	Equipo de cómputo	Hospital México (incluye Edificio de Radioterapia)	29	Octubre
San José		Hospital Nacional de Niños	14	Octubre
San José		Hospital San Juan de Dios	7	Octubre
San José		Hospital Calderón Guardia	3	Octubre
San José	Impresoras y multifuncionales	Edificio de Radioterapia	8	Octubre
San José	Teléfonos IP	Edificio de Radioterapia	29	Agosto
San José	Sondas de broncoscopia	Hospital Calderón Guardia	2	Pendiente entrega en diciembre
San José	Torres de captación de imágenes y video para ORL	Hospital San Juan de Dios	2	
San José	Baños de flotación	Hospital Calderón Guardia	2	En trámite de compra
San José	Micrótomos	Hospital Calderón Guardia	7	
San José	Centros de inclusión de parafina	Hospital Calderón Guardia	3	
San José	Procesador de tejidos	Hospital Escalante Pradilla	1	
San José	Baños de flotación	Hospital Nacional de Niños	1	

PROVINCIA	TIPO DE EQUIPO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA
San José	Micrótomos	Hospital San Juan de Dios	3	En trámite de compra
San José	Centros de inclusión de parafina	Hospital San Juan de Dios	2	
San José	Micrótomos	Hospital México	1	
San José	Centros de inclusión de parafina	Hospital México	1	
Cartago	Sillones de quimioterapia	Hospital Max Peralta	12	Octubre
Cartago	Colposcopio	Área de Salud de Cartago	1	Pendiente entrega en diciembre
Cartago	Baños de flotación	Hospital Max Peralta	1	En trámite de compra
Cartago	Micrótomos	Hospital Max Peralta	1	
Cartago	Centros de inclusión de parafina	Hospital Max Peralta	1	
Alajuela	Colposcopio	Hospital de Upala	1	Enero
Alajuela	Equipo de Leep con evacuador	Hospital de Upala	1	Marzo
Alajuela	Torre de endoscopia digestiva alta	Hospital San Rafael de Alajuela	1	2014
Alajuela	Torre de endoscopia digestiva alta y baja	Hospital San Francisco de Asís (Grecia)	1	2014
Alajuela	Baños de flotación	Hospital de San Carlos	1	En trámite de compra
Alajuela	Micrótomos	Hospital de San Carlos	1	
Alajuela	Procesador de tejidos	Hospital de San Carlos	1	
Limón	Torre de endoscopia digestiva alta	Hospital Tony Facio	1	2014
Limón	Torre de endoscopia digestiva baja	Hospital Tony Facio	1	2014
Limón	Baños de flotación	Hospital Tony Facio	2	En trámite de compra
Limón	Micrótomos	Hospital Tony Facio	2	
Limón	Centros de inclusión de parafina	Hospital Tony Facio	2	
Limón	Procesador de tejidos	Hospital Tony Facio	1	
Puntarenas	Micrótomos	Hospital Monseñor Sanabria	1	
Puntarenas	Procesador de tejidos	Hospital Monseñor Sanabria	1	

Fuente: Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red de la CCSS; 2013.

Construcción y equipamiento servicios de mamografía

Los hospitales de Guápiles y Max Peralta de Cartago cuentan con la infraestructura y el equipo de mamografía nuevo en operación. Se está en proceso de adjudicación la Clínica Dr. Ricardo Jiménez en Goicoechea.

Clínica de cesación de fumado

Se cuenta con un planteamiento presentado a la Gerencia Médica que consiste en *“Implementar un programa para la cesación de fumado para usuarios de la CCSS para diciembre 2015.”* El objetivo es *“Desarrollar habilidades y destrezas para lograr y mantener la cesación y generar redes de apoyo social tanto de los participantes en el grupo de terapia como fuera de él.”*

Acciones de comunicación

Se logró informar a la población por diferentes medios de comunicación sobre lo siguiente:

- Campaña de sensibilización para la detección temprana en general sobre el cáncer: Diagnóstico temprano mejor pronóstico.
- Campaña de sensibilización para la detección temprana de cáncer de próstata y cérvix.
- Campaña de auto-cuidado para evitar el cáncer de piel.
- Campaña contra el fumado sobre los efectos.
- Campaña sostenida informativa sobre acciones de prevención del cáncer a través de medios de información masiva.
- Campaña televisiva contra el fumado en la población adolescente.

Sub proyecto desarrollo del Observatorio de cáncer

Se cuenta con enlaces en la red los cuales se han utilizado para coordinar la distribución de información actualizada mediante boletines para capacitar al personal médico y orientar a los pacientes en general sobre los tipos de cáncer prioritarios y los factores de riesgo. Los boletines distribuidos fueron los siguientes: Boletín 8: Cáncer de piel, Boletín 9: Cáncer gástrico, primera parte, Boletín 10: Cáncer gástrico, segunda parte, Boletín 11: Cáncer de próstata y Boletín 12: Cáncer de pulmón (se emitirá el 15 de diciembre).

Sub proyecto equipamiento e infraestructura

- **Centro Nacional del Dolor y Cuidados Paliativos:** Se finalizó la etapa de planificación del proyecto, se cuenta con el anteproyecto y se espera contar con el cartel de la licitación al finalizar el mes de diciembre 2013 y dar inicio al concurso.

- **Sub proyecto equipamiento e infraestructura del SPECT-CT del Hospital San Juan de Dios:** Se concluyó la etapa de diseño, se cuenta con los planos, la inscripción y la aprobación ante el Colegio Federado de Ingenieros y Arquitectos, se espera sacar el concurso de construcción y equipamiento para enero de 2014.

Logros con los fondos de la Ley 9028 Ley General de Control del Tabaco y sus efectos nocivos en la salud.

- Autorización por parte de la Gerencia Médica de la propuesta de proyectos a financiar con los fondos de la Ley 9028, la cual está compuesta por 56 proyectos divididos en equipamiento, infraestructura e intervenciones como clínicas de cesación de fumado, programas de rehabilitación cardiaca, capacitación y campañas publicitarias. A partir de esta aprobación iniciaron los estudios previos para determinar la viabilidad y ejecución en los casos que correspondan.
- Para el inicio de ejecución algunos proyectos, a la fecha se han emitido certificaciones y constancias presupuestarias por un monto total de ¢9.523.742.059.

Tabla 4.
Equipos a financiar con los fondos de la Ley 9028 Ley General de

ACCIONES (PROGRAMAS, PROYECTOS, INTERVENCIONES)	MONTO CERTIFICADO AÑO 2013
Equipos de angiografía digital para los hospitales San Juan de Dios, México y Calderón Guardia	1,884,677,059
Spect-CT para el Hospital San Juan de Dios	548,000,000
Tomógrafo para el Hospital Escalante Pradilla (construcción y equipo)	5,000,000
Tomógrafos helicoidales para H. de San Carlos, Tony Facio, Monseñor Sanabria, Max Peralta.	3,280,000,000
Equipo de terapia superficial para el Hospital México (sustitución)	375,000,000
Máquinas de Anestesia (120 equipos)	1,400,000,000
I Fase Autoclaves Propósito General I Etapa (22 equipos)	1,200,000,000
I Fase Autoclaves Propósito II Etapa	10,000,000
Instalación de 2 RapidARc en dos aceleradores lineales en el Hospital México	271,065,000
Sustitución de equipo simulador del H. México	550,000,000
Total	9,523,742,059.5

Fuente: Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red de la CCSS; 2013

Recursos humanos

Para la prestación de servicios a este nivel, se ha dotado a los centros de 8 especialistas, distribuidos de la siguiente forma:

Tabla 5.
Cantidad de especialistas graduados en especialidades oncológicas
por región y establecimientos de salud
Año, 2013

CLASIFICACIÓN	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	ESPECIALIDAD	CANTIDAD DE ESPECIALISTAS
Hospitales Nacionales	Hospital San Juan de Dios	Oncología Quirúrgica	1
	Hospital Dr. Calderón Guardia	Oncología Médica	1
	Hospital México	Oncología Médica Oncología Quirúrgica	2
Central Sur	Hospital Max Peralta	Ginecología Oncológica	1
Chorotega	Hospital Enrique Baltodano (Liberia)	Oncología Quirúrgica	1
Central Norte	Hospital San Vicente de Paúl (Heredia)	Oncología Quirúrgica	1
Gerencia Médica	Unidad Itinerante de la Gerencia Médica	Oncología Quirúrgica	1
TOTAL			8

Fuente: Elaboración propia con datos suministrados por CENDEISS. Año, 2013.

Programas de capacitación e investigación en salud

Durante el periodo en resumen, se capacitó a 6.298 funcionarios los distintos programas formales suministrados a lo interno de la Caja Costarricense de Seguro Social, generando la emisión de 810 avales a programas educativos, 9.639 certificados tanto a nivel de participantes como de instructores y la elaboración de 216 nuevos diseños curriculares.

4. Área de Desarrollo del Factor Humano

En esta área uno de los componentes más innovadores de formación de los recursos humanos en la Institución, es la capacitación virtual. Durante el 2013 se llevaron a cabo los siguientes cursos virtuales que impactan en la seguridad social del país por medio del desarrollo del recurso humano institucional.

Tabla 6

Cuadro resumen de logros de Capacitación virtual otorgada por el CENDEISS, durante el periodo 2013

CURSO VIRTUAL	PERSONAS CAPACITADAS	CURSOS IMPARTIDOS
Denver	186	12
SQL Server	42	4
Tumores	158	9
(Actualización) Evaluación de desempeño de la prestación de los servicios de salud	115	7
Evaluación de desempeño de la prestación de los servicios de salud	84	7
Inmunizaciones	101	5
Introducción a la administración de Proyectos	358	18
SIVEO	31	2
Psicoactivas	147	8
Equidad de Género	309	13
APS	96	8
Promoción de la salud	122	7
Seguridad social	301	14
SIES	81	5
SIAC- Agendas y citas	113	3
Control de activos	82	4
Control Interno	19	1
Contratación Administrativa	19	1
Planificación y presupuesto	20	1
Atención al usuario Adulto Mayor	275	12
Valoración de la persona adulta mayor	78	4
Buen trato	64	2
Introducción a la atención de la salud	61	4
Abordaje farmacológico	135	9
FITT	20	2
Tutores en línea	61	5
Total	3078	167

Fuente: Registros. Campus Virtual. CENDEISS. Noviembre. 2013

Creciendo esta modalidad en un 12% respecto de la cantidad de funcionarios capacitados en el periodo anterior; manteniendo la tendencia al aumento desde su creación a la fecha.

Por otra parte, la formación es otro de los ejes fundamentales en la Institución, proceso que generó en el 2013:

- 217 funcionarios de los servicios de enfermería, capacitados en temas de interés técnico y administrativo.
- 940 funcionarios capacitados en temas administrativos, de mantenimiento, legal y de gestión institucional.
- 764 funcionarios profesionales y técnicos, capacitados en aspectos técnicos y administrativos, propios de los servicios farmacéuticos.
- 251 funcionarios del campo de la Psicología, en temas técnicos.
- 421 funcionarios de los servicios de emergencias capacitados en Emergencias Cardiovasculares y Reanimación (CREC).
- 437 funcionarios de los servicios de Maternidad capacitados en Reanimación Neonatal (NEOREST).
- 143 funcionarios del ámbito clínico capacitados a través del desarrollo de Pasantías.
- 25 Auxiliares de Enfermería.
- 22 ATAPS.
- Formación de 223 nuevos médicos especialistas para laborar los servicios de salud de la Institución.

5. Formación de especialistas

Igualmente, destaca a nivel de formación de especialistas médicos:

- a. Se otorgaron 133 beneficios (BECAS) para estudio: Medicina 12, Oncología 12, Diplomado Gestión y Liderazgo 4, Curso Auxiliares Enfermería 24, Curso Operario Mantenimiento. 34, Curso Supervisor de Bodegas 17, Maestría Administración Servicios de Salud Sostenible 8 y ATAP's 22.
- b. Ingresaron 200 médicos al PPEM (UCR-CCSS) a 53 posgrados
- c. 223 nuevos médicos especialistas

Tabla 7.

Listado de profesionales Médicos Especialistas formados por el CENDEISS y egresados en el periodo 2013

ESPECIALIDAD	CANTIDAD
Anatomía Patológica	3
Anestesiología Pediátrica	1
Anestesiología y Recuperación	17
Cardiología	10
Cardiología Pediátrica	1
Cirugía General	8
Cirugía Pediátrica	3
Cirugía Plástica Y Reconstructiva	1
Cirugía Torácica General	1
Cirugía Tórax Y Cardiovascular	2
Dermatología	8
Endocrinología	4
Gastroenterología	5
Geriatría Y Gerontología	8
Ginecología Oncológica	1
Ginecología Y Obstetricia	15
Hematología	1
Hematología Pediátrica	1
Infectología	2
Medicina De Emergencias	8
Medicina Familiar Y Comunitaria	11
Medicina Interna	7
Medicina Materno Fetal	2
Medicina Paliativa	2
Nefrología	2
Neonatología	5
Neumología	1
Neurocirugía	2
Neurología	1
Odontología General Avanzada	4
Oftalmología	5
Oncología Médica	2
Oncología Quirúrgica	5

ESPECIALIDAD	CANTIDAD
Ortopedia Y Traumatología	8
Ortopedia Pediátrica	1
Otorrinolaringología	4
Pediatría	8
Psicología Clínica	8
Psiquiatría	4
Radiología E Imágenes Médicas	19
Reumatología	2
Urología	2
Vascular Periférico	1
TOTAL	206

Fuente: ÁPSS – Evaluación anual del PGL 2013 de la Gerencia Médica – 2013.

6. Área de Cooperación Internacional

Se logró aprobar ocho proyectos de cooperación internacional en el periodo 2013, que lograron fortalecer la gestión interna de la institución.

Tabla 8.

Listado de proyectos institucionales ejecutados en el periodo 2013, mediante el desarrollo de Cooperación Internacional.

PAÍS COOPERANTE	PROYECTOS EJECUTADOS
Argentina	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecimiento del Proceso de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células en Costa Rica. Entrenamiento y optimización cardiovascular y de la atención pediátrica.
México	<ul style="list-style-type: none"> Modernización del Sistema Financiero Institucional
Francia	<ul style="list-style-type: none"> Innovación en las nuevas tendencias de los Sistemas de Información Geográfica (SIG) con aplicaciones de visualización de datos geográficos y consultas interactivas. Formación en Derecho de la Seguridad Social en un entorno de globalización económica.
Uruguay	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecimiento del Proceso de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos en Costa Rica.
Guatemala Modalidad de triangulación AECID	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecimiento de las Capacidades Institucionales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala en Servicios de Asistentes Técnicos de Atención Primaria (ATAP)
El Salvador Modalidad de triangulación AECID	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecimiento de la Gestión y Administración de la Cadena de Abastecimiento en las Instituciones Públicas de Salud de El Salvador, Fase II

Fuente: CENDEISS. noviembre. 2013

b. Cobertura Seguro de Salud

1. Atención de mujeres embarazadas VIH positivas

Mantiene en un 100% la cobertura de atención de mujeres embarazadas VIH positivas, con tratamiento antirretroviral; conforme lo indican las normas de atención en salud a este nivel.

2. Atención de población indígena migrante

Se logra triplicar la meta institucional de cobertura de esta población vulnerable, logrando un 30% en donde destaca los importantes esfuerzos realizados a nivel de la atención de esta población en la Región Huetar Atlántica y la necesidad de intensificar los esfuerzos en la Central Sur, para mejorar la accesibilidad en esta zona.

3. Atención de población indígena

Durante el 2013, se logró alcanzar una cobertura en la población indígena de un 84,63% del total de 52.925 habitantes indígenas censados en el territorio nacional (según el reporte de las Direcciones Regionales que tienen población Indígena).

Tabla 9.
Cobertura de Población Indígena, 2013

REGIÓN	POBLACIÓN INDÍGENA TOTAL	POBLACIÓN INDÍGENA ATENDIDA POR PRIMERA VEZ 2013	LOGRO AÑO 2013
Huetar Norte	962	650	67.50%
Central Sur	4587	4385	95.59%
Brunca	13408	7131	53.18%
Huetar Atlántica	33138	32220	97.23%
Chorotega	830	404	48.67%
TOTAL	52925	44790	84.63%

Fuente: Elaboración propia con datos suministrados por la Direcciones Regionales de Servicios de Salud. Año, 2013.

Este resultado, es producto de la priorización que se ha venido dando a la atención integral de estas poblaciones desde sus condiciones particulares. Otro elemento que ha contribuido es la cobertura de aseguramiento de la población, la implementación de modalidades de atención no tradicionales y el desarrollo de las giras médicas, que acercan los servicios a las poblaciones dispersas.

4. Atención Integral de menores de 28 días

La Institución no logra aumentar el 2% de cobertura propuesto a este nivel, respecto de la cobertura lograda en el periodo 2012; representando esta meta, un importante reto durante el año 2014 y en donde se debe fortalecer este programa a nivel de la periferia.

5. Atención Integral de prenatal

Esta cobertura logra un importante resultado, que supera en 0.7% la meta originalmente propuesta, y en donde es importante resaltar la labor de las regiones Central Norte, Brunca y Chorotega, donde las coberturas superan el 90% de atención. Para un total de un 69.18% de cobertura nacional, que es un 2.7% más que la cobertura del periodo anterior.

6. Atención Integral de posnatal

Esta cobertura logra un importante resultado, que supera en siete puntos porcentuales la meta originalmente propuesta; pasando de una cobertura de un 59.64% en el 2012 a un 68.81% en el 2013; donde destacan igualmente los resultados obtenidos por las Regiones Brunca y Chorotega, donde esta cobertura sobrepasa el 90% de atención.

7. Promoción de la salud

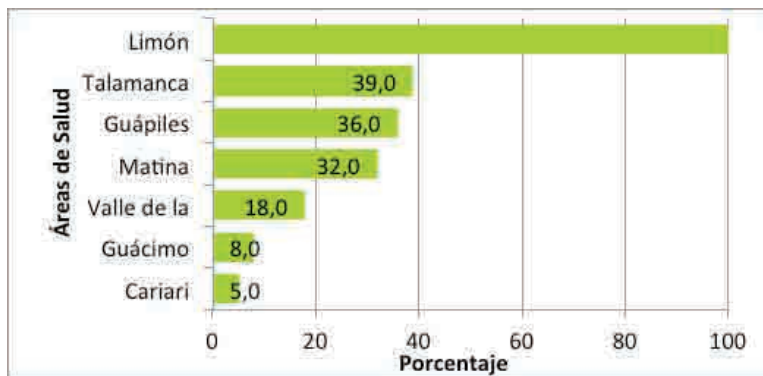
La intervención “Promoción de Estilos de Vida Saludables”, programada en 65 Áreas de Salud del Primer Nivel de Atención, dirigida a las personas de 18 a menos de 65 años, para una población meta de 5240 habitantes; comprende la implementación de una *acción grupal* desarrollada en un proceso educativo con metodología participativa bajo la temática de estilos de vida saludables, y apoyado con una *acción colectiva*, la cual involucra estrategias locales para lograr la participación de actores sociales en el proceso de promoción y divulgación de la intervención. Esta evaluación muestra el primer año de resultados en estilos de vida saludables, que a nivel de país en la institución se han ejecutado.



Con una inversión cercana a los \$ 6 750 millones, la nueva sede del Área de Salud Parrita permitirá atender a los 15 000 habitantes de esta región costera. La obra, que estará concluida en este 2014, se construye bajo el modelo “llave en mano”, es decir, se recibirá totalmente equipada con tecnología de punta.

Los siguientes gráficos muestran los resultados alcanzados por las áreas de salud en las diferentes regiones, según corresponde:

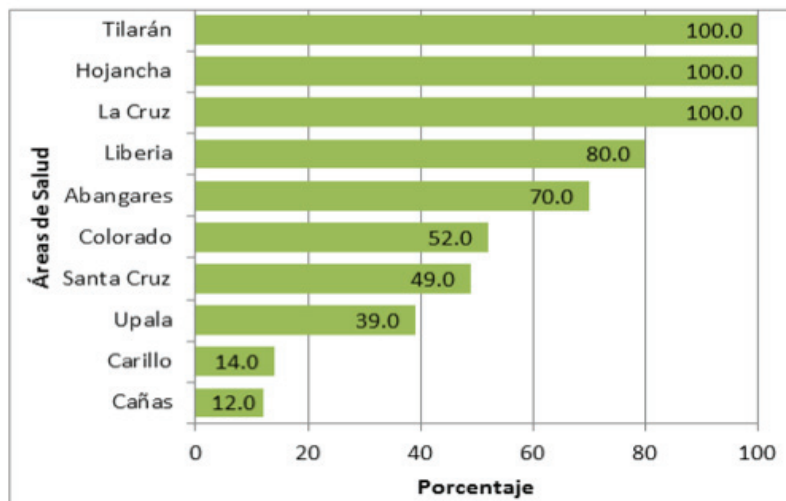
*Ilustración 1 CCSS:
Cumplimiento de la acción grupal según área de salud, Región Huetar Atlántica, 2013*



Acción Grupal: el porcentaje de cumplimiento representa la proporción de participantes que asistieron al menos a 10 sesiones del proceso educativo con respecto a la meta establecida, según el tamaño de la población total adscrita.

FUENTE: CCSS- DCSS. Evaluación del Desempeño de la Prestación de los Servicios de Salud, 2013

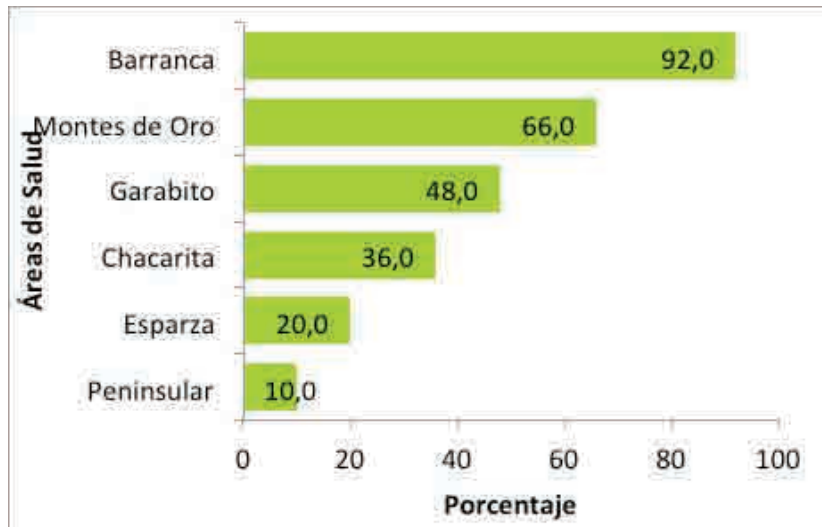
*Ilustración 2. CCSS:
Cumplimiento de la acción grupal según área de salud, Región Chorotega, 2013*



No realizaron la Acción Grupal: las Áreas de Salud de Nicoya y Nandayure

FUENTE: CCSS- DCSS. Evaluación del Desempeño de la Prestación de los Servicios de Salud, 2013

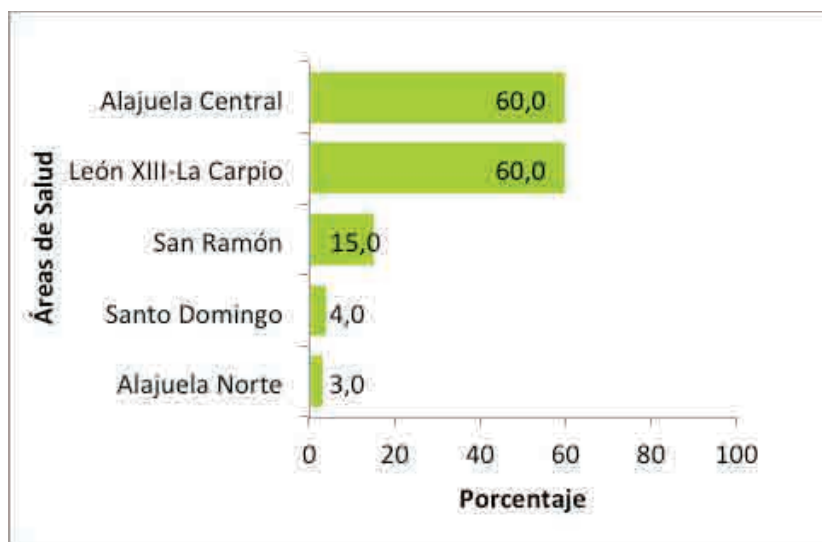
Ilustración 3. CCSS:
Cumplimiento de la acción grupal según área de salud, Región Pacífico Central, 2013



No realizaron la
 Acción Grupal:
 las Áreas de Salud de San
 Rafael - Chomes- Monteverde,
 Orotina, Aguirre y Parrita

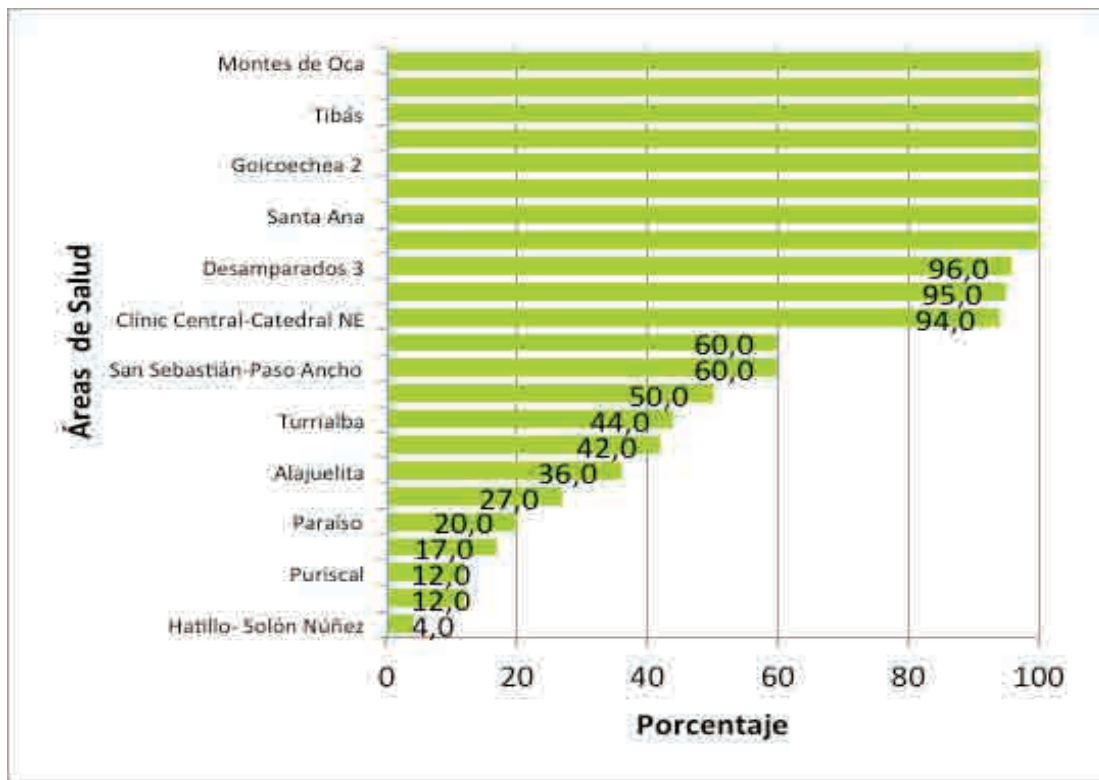
FUENTE: CCSS- DCSS. Evaluación del Desempeño de la Prestación de los Servicios de Salud, 2013

Ilustración 4 CCSS:
Cumplimiento de la acción grupal según área de salud, Región Central Norte, 2013



No realizaron la Acción
 Grupal: Las Áreas de Salud de
 Barva y San Pablo.

Ilustración 5 CCSS:
Cumplimiento de la acción grupal según área de salud, Región Central Sur, 2013



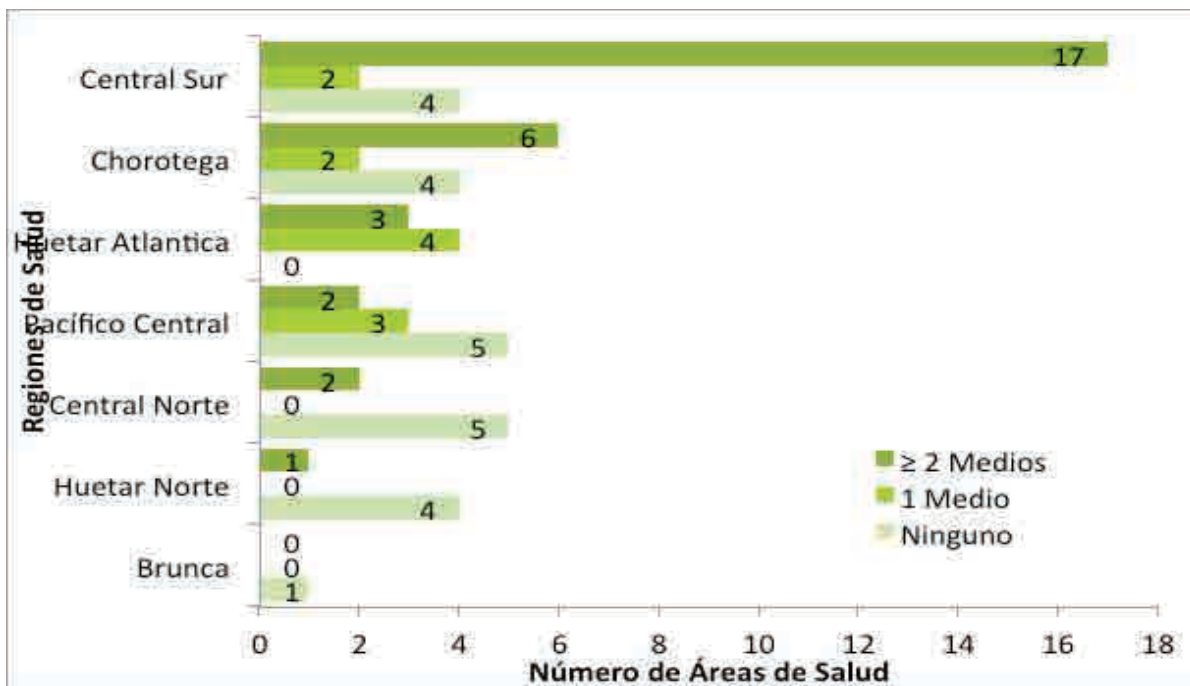
FUENTE: CCSS- DCSS. Evaluación del Desempeño de la Prestación de los Servicios de Salud, 2013



El moderno edificio dedicado a dar tratamiento de radioterapia y quimioterapia a los enfermos de cáncer, requirió una inversión superior a los \$9 085 millones y es ejemplo de la capacidad institucional para hacer grandes acciones de manera coordinada y con logros de excelencia, donde el paciente es el centro dinámico de todas las decisiones. El nuevo centro incluye dos aceleradores lineales nuevos, un tomógrafo simulador digital de 16 cortes, un sistema de planificación virtual con múltiples licencias que se pueden trabajar simultáneamente y cuarenta y cuatro sillones de aplicación de quimioterapia individualizados.

Los acción colectiva, representada por la coordinación y/o participación de al menos dos medios de comunicación colectiva en la divulgación y promoción del proceso educativo, se ilustra en el siguiente gráfico.

*Ilustración 6 CCSS:
Números de Áreas de Salud por región, con coordinación de medios de comunicación, 2013*



FUENTE: CCSS- DCSS. Evaluación del Desempeño de la Prestación de los Servicios de Salud, 2013

Aspectos generales de la evaluación en promoción de estilos de vida saludables

La variabilidad en el logro alcanzado entre las áreas de salud respondió al desarrollo de experiencias previas de procesos educativos y a la predisposición del equipo de salud hacia las intervenciones de promoción de la salud.

Se puede observar que las áreas de salud con mejores resultados en la acción grupal también lo tuvieron en la acción colectiva, lo que en alguna medida podría evidenciar la importancia del apoyo de los medios de comunicación colectiva en la divulgación y promoción del proceso educativo.

En general, es claro que las áreas de salud están capacitadas para desarrollar acciones en estilos de vida saludables en las comunidades.

Las áreas de salud que lograron mejor participación y coordinación con los medios de comunicación colectiva fueron las ubicadas a nivel del Valle Central.

A partir de los resultados obtenidos en esta acción, se hace evidente que se debe aclarar los tipos de medios de comunicación colectiva a los que la intervención se refiere y la forma de registrar la evidencia.

A nivel central se debe apoyar, con mensajes en medios de comunicación nacionales, el desarrollo de la intervención, así como unificar las actividades de monitoreo, evaluación y acompañamiento en la ejecución de las acciones.

8. Cobertura vacunal

Tabla 10.

Cobertura de vacunación anual con esquema básico (Pentavalente- VHB-Neumococo), SRP1 y Varicela, por región de salud en la CCSS. Costa Rica, 2012-2013

Regiones de Salud	Nacimientos	Cobertura con Vacuna Pentavalente		Cobertura con Vacuna Hepatitis B		Cobertura con Vacuna Neumococo		Nacimientos 2012 – Defunciones 2012	Cobertura con Vacuna SRP (Sarampión, Rubéola y Paperas)		Cobertura con vacuna de Varicela	
		2012	2013	2012	2013	2012	2013		2012	2013	2012	2013
Central Norte	17398	93.5	91,01	95.8	91,32	112	90,90	17276	91.3	91,69	91.9	91,33
Central Sur	25415	93.3	91,91	92.9	92,03	105	92,09	25186	91.8	91,44	91.1	90,67
Huetar Norte	4793	98.9	93,30	101	93,32	109	94,64	4747	90.9	93,74	90.9	94,29
Chorotega	6886	94	96,44	94.2	96,04	110	97,97	6822	93.5	95,72	93.5	95,44
Pacífico Central	4208	98.1	97,08	98.9	97,24	115	100,31	4175	101	97,53	100	97,82
Brunca	6191	94.6	94,23	95.7	94,38	114	94,23	6132	100	94,98	96.4	94,81
Huetar Atlántica	8435	85.1	88,92	86.1	88,07	100	87,82	8364	83.3	89,66	86	89,38
País	73326	93,21	92,36	93,93	92,37	108,92	92,69	72702	91,53	92,50	90,96	92,12

Fuente: SISVAC (Sistema de registro electrónico de vacunas CCSS) 2012-2013.

La cobertura de vacunación es un indicador fundamental que mide equidad en una institución. En relación con las coberturas de vacunación, valora la protección de la población beneficiaria que en este caso, corresponde a los menores de dos años para enfermedades transmisibles. La institución desde 1990, que asumió el programa ampliado de inmunizaciones, se ha comprometido en fortalecer la atención integral a las personas con acciones preventivas y parte de esos logros ha sido la cobertura de vacunación, manteniendo libre el país de estas enfermedades. El país registró el último caso de poliomielitis en 1973, de sarampión en 1999, de síndrome de rubéola congénita 2001, tétanos neonatal 2004, rubéola 2001, solo para mencionar algunos, en el caso de la vacuna de la varicela, se ha disminuido los egresos hospitalarios por complicaciones debidas a la varicela y los casos de tosferina en los niños más pequeños.

Se mencionó los dos últimos años de cobertura de vacunación (2012-2013), debido a que se utiliza el dato de nacimientos del año anterior como denominador, razón por la cual el dato de cobertura se ajusta en el mes de marzo cuando se tiene el número de nacimientos real para el año en mención, entonces las coberturas del 2013 han sido calculadas con un denominador de nacimientos del 2012 y requieren ser ajustadas el siguiente mes, cuando el INEC emita el dato de nacimientos del 2012.

La cobertura con vacuna neumococo, muestra una variación abismal del año 2012 al 2013, debido a que hubo un cambio en el esquema, pasando de tres dosis a dos dosis antes del año y en ese proceso de transición hubo algunos ajustes donde posiblemente algunos niños continuaron recibiendo esquemas de tres dosis.

Adicionalmente, se debe mencionar que esta cobertura de vacunación corresponde a las dosis aplicadas en los servicios de la seguridad social, por lo tanto, quedaría pendiente agregar las dosis aplicadas en el sector privado y esa es una función del ente rector, Ministerio de Salud, para emitir las coberturas de país.

c. Apertura de nuevos servicios

Durante el periodo 2013, se abrieron los siguientes servicios y/o programas como parte del fortalecimiento de los servicios de salud.

- Programa de Rehabilitación Cardiopulmonar y Torres Laparoscópica, en el Hospital de la Mujeres. Mayo – 2013.
- Instalación de Equipo de Mamografía en el Hospital de Guápiles. Julio – 2013.
- Recepción de las obras del Módulo de Hospitalización del Hospital Monseñor Sanabria. Marzo – 2013.
- Servicio de Radioterapia y Quimioterapia del Hospital México. Agosto – 2013.
- Apertura de Sala Híbrida del Hospital México, septiembre 2013.
- Inauguración de Sedes de EBAIS
 - EBAIS Santo Tomás – Heredia, marzo - 2013.
 - EBAIS Maquenco – Nicoya, julio - 2013.
 - EBAIS Nambí – Nicoya, julio - 2013.
 - EBAIS San Pedro – Cañas, julio - 2013.
 - EBAIS Sahino – San Carlos, julio - 2013.

d. Otros logros importantes

A continuación, se detalla otros logros desarrollados en el marco de la prestación integral de los servicios de salud, según categorías.

1. Creación de plazas

Creación de 403 nuevas plazas, en donde 192 son de especialistas médicos, 76 de farmacia, 31 de la apertura del Servicio de Hematología del hospital México.

2. Fertilización In Vitro

Se atendió a las 9 parejas conforme lo indicado por la Corte Interamericana y elaboración de los estudios base, para la determinación de las posibilidades de aplicación de la Técnica de Fertilización In Vitro (FIV) en la Institución.

3. Telemedicina

En el 2013, se realizaron 8.985 tele consultas en 36 establecimientos, en 53 especialidades (2957 (32.9%) en dermatología - 1034 (11.5%): otorrinolaringología, 645 (7.1%): neumología, 565 (6.2%): ortopedia, 499 (5.5%): nutrición y 392 (4.3%): nefrología).

Se elaboró de un manual para la atención de la salud sexual y reproductiva en las diferentes etapas de la vida con enfoque de género y derechos humanos.

4. Ayudas económicas otorgadas

Se otorgaron un total de 37 ayudas económicas para este año; más de las planificadas inicialmente (25), dado que estas ayudas se atienden según la demanda de los usuarios.

Tabla 11.
Ayudas económicas otorgadas, por cantidad según descripción, 2013.

Descripción	Cantidad
CORSÉ TORACOLUMNAR	19
SILLAS DE RUEDA	14
LARIGÓFONO	04
TOTAL	37

Fuente: Gerencia Médica, Despacho. Diciembre, 2013

5. Áreas de salud reforzadas

Durante el 2013, se fortalecieron al menos 7 áreas de salud: 6 áreas de salud con la asignación de especialistas, de las cuales cuatro se lograron con la asignación de cuatro plazas de especialistas suministradas con la modificación presupuestaria 1-2013 tramitada y aprobada por Junta Directiva, en sesión 8621 del 31 de enero de 2013, que permiten fortalecer a 4 áreas de salud, las cuales son:

1. Catedral Noreste asignación de un pediatra.
2. Goicoechea 2, asignación de un especialista en medicina interna.
3. Desamparados 1 y 2 dotación de dos especialistas de ginecología y un pediatra.
4. Cartago la dotación de un especialista en ginecología.
5. Especialistas en las áreas de salud de Turrialba y Los Santos

6. Dotación de médicos de familia en el primer nivel de atención

Reforzamiento del primer nivel de atención en la región Chorotega mediante la dotación de un médico especialista en medicina familiar, para cada área de salud, para el periodo 2013 se formaron 11 especialistas en esta área, asignando 4 a la región Chorotega, como parte del programa antes referido.

Hospital Valverde Vega
 Hospital William Allen
 Hospital San Vicente de Paul
 Área de Salud Alajuela Oeste
 Área de Salud Desamparados (Marcial Fallas)
 Hospital Enrique Baltodano y Área de Salud
 Hospital de Upala y Áreas de salud de Upala
 Área de salud de Santa Cruz
 Área de Salud de Bagaces
 Área de Salud La Cruz
 Hospital de Guápiles

7. Accesibilidad de los servicios

En el 2013, se realizaron 32,589 visitas domiciliarias y además 18,715 visitas a pacientes de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos.

8. Fortalecimiento de la gestión

1. Presentación de 26 proyectos de Ley
2. Redefinición de los procesos sustantivos de la Gerencia Médica, Elaboración del Plan Táctico 2013 – 2015, traslado de unidades
3. Desarrollo de proyectos prioritarios como lo son el Modelo de Prestación (i semestre 2014), Modelo de Gestión Hospitalaria (2013) y Redes Integradas de Servicios de Salud.

4. Revisión y homologación de criterios médicos, por medio de la elaboración de protocolos de referencia y contra referencia en especialidades como Cardiología, Gastroenterología y Neonatología.
5. Desempeño de la Prestación de Servicios de Salud, en el 100% de las unidades conforme parámetros e indicadores.
6. Integración al Comité de Expertos para la incorporación de medicamentos en el Fondo Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud (apoyo para la revisión y actualización permanente de la LOM).
7. Conclusión del Convenio- CCSS- Ministerio de Justicia y paz.

9. Programas nuevos

1. Política de Trasplante de órganos.
2. Atención integral de poblaciones indígenas.
3. Salud Mental.
4. Adicciones y farmacodependencia.
5. Definición de la oferta de servicios de psicología.
6. Organización funcional de los servicios de trabajo social en los tres niveles de atención, contiene oferta de servicios y políticas de funcionamiento.
7. Norma para el manejo de residuos en los servicios de nutrición de la Caja Costarricense de Seguro Social.
8. Elaboración de manuales:
 - a. Manual de Normas y Procedimientos Farmacéuticos en un Programa de Soporte Nutricional Clínico Caja Costarricense de Seguro Social.
 - b. Manual de Normas y Procedimientos de las Farmacias Oncológicas de la Caja Costarricense de Seguro Social.
 - c. Manual Institucional de Normas para el almacenamiento, conservación y distribución de medicamentos.
 - d. Manual de Normas del Servicio de Farmacia para la Atención de los Pacientes con VIH/sida.
 - e. Manual Técnico para la planificación, programación, almacenamiento, conservación, distribución y control de vacunas en los Servicios de Farmacia.
 - f. Manual Técnico de Nomenclatura Dietética.
 - g. Manual de Procedimientos de la Disciplina de Nutrición para las Áreas las Áreas de Salud.
 - h. Manual Familiar para la Salud Bucodental.
 - i. Manual de Homologación de Criterios de Diagnósticos de Odontología.
 - j. Actualización del Manual de Procedimientos de Enfermería.
 - k. Actualización del Manual de Visita Domiciliar.
 - l. Actualización del Manual de Centrales de Esterilización y Equipo.

10. Elaboración de lineamientos

- a. Lineamiento Técnico para la participación de profesionales en Trabajo Social de la CCSS, en la Red de Atención Progresiva para el Cuido de Personas Adultas Mayores en Costa Rica.
- b. Lineamiento para la atención social de personas adultas y adultas mayores, que presentan Síndrome de Maltrato / Negligencia y Abandono, detectadas en el I, II y III Nivel de atención, del seguro de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

11. Elaboración de instructivos

- a. Instructivo Técnico para la Vigilancia Epidemiológica del Dengue en el Laboratorio Clínico.
- b. Instructivo Manejo, Conservación, Transporte y Envío de muestras clínicas y otros agentes biológicos.



La nueva sala híbrida cardiovascular del hospital México, única en el país y en Centroamérica, permite dar respuesta a pacientes que requieren la realización de un cateterismo o una cirugía de corazón. La nueva sala híbrida concentra en un solo espacio el instrumental y las instalaciones propias de una sala para hemodinamia y una sala de operaciones, lo que representa un gran ahorro en la utilización de los recursos. El proyecto requirió de un aporte de, aproximadamente, ₡876 778 000, realizado por la Junta de Protección Social.



Gerencia Financiera

Introducción

La gestión financiera tiene como fin principal garantizar el financiamiento oportuno del Seguro de Salud y Pensiones y es integrada por cuatro procesos que influyen a lo largo de la organización y agregan valor a la prestación de los servicios. En ese sentido, la información se condensa en cuatro secciones, las cuales son: Aseguramiento Contributivo, Recaudación y Cobros, Administración Financiera y Asignación y Optimización de Recursos.

A continuación se detallan las acciones sustantivas y estratégicas desarrolladas entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del año 2013 en cada proceso:

a. Aseguramiento contributivo

El proceso aseguramiento contributivo es integrado por la Dirección de Inspección, Dirección de Coberturas Especiales y las Direcciones Regionales de Sucursales en su función de inspección; por su parte, la Comisión Asesora de Impugnaciones Patronales es un área de apoyo que tiene como objetivo asesorar y recomendar a la Gerencia Financiera en materia recursiva en procedimientos seguidos por el Servicio de Inspección y en otras áreas del ámbito jurídico.

Gestión en materia de aseguramiento y generación de cuotas

El 21 de febrero del 2013 se presentó el “Plan de Fortalecimiento del Servicio de Inspección”, cuyo objetivo es modernizar la gestión del Servicio de Inspección a partir de la innovación tecnológica, simplificación de trámites y mejora regulatoria. En este plan se atienden las recomendaciones del informe del equipo de especialistas nacionales nombrado para el análisis de la situación del seguro de salud de la CCSS, lo dispuesto por la Junta Directiva en distintas sesiones; así como el oficio P.E.23.306-12 emitido por la Presidencia Ejecutiva.

El “Plan de Fortalecimiento del Servicio de Inspección” está conformado por seis ejes, los cuales se exponen seguidamente, junto con las principales acciones planteadas para su cumplimiento y el grado de avance a diciembre del 2013.

Eje 1. Abordaje de solicitudes pendientes 2010 y años anteriores y casos resueltos a nivel nacional

Tiene como fin atender las solicitudes pendientes por parte del Servicio de Inspección del 2010 y años anteriores y resolver los casos, enfocando el recurso existente a la resolución acorde a lo dispuesto por la Junta Directiva en el artículo 15° de la sesión 8624 del 21 de febrero 2013.

A diciembre 2013 se tienen los siguientes resultados:

Tabla 1.
Solicitudes pendientes 2010 y anteriores atendidas y casos resueltos
Acumulado a diciembre 2013

Variables	Dirección de Inspección	Nivel Nacional
Solicitudes pendientes 2010 y anteriores atendidas	8.328	18.088
Meta	8.467	23.239
Avance (%)	98,4	77,8
Casos resueltos	27.488	74.699
Meta	25.300	62.320
Avance (%)	108,6	119,9

Fuente: Direcciones Regionales de Sucursales y Dirección de Inspección.

El porcentaje de avance a diciembre 2013 del primer eje a nivel nacional es 96,3% y su plazo de cumplimiento es el I semestre del 2014.

Cabe indicar también que producto de la gestión de la Dirección de Inspección se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 2.
Cuotas generadas y trabajadores incorporados
Acumulado a diciembre 2013/

Variables	Dirección de Inspección^{2/}	Nivel Nacional^{3/}
Cuotas generadas (millones de colones)	8.641	17.275
Trabajadores incorporados	20.753	76.424

Fuente: SIGI.

Notas:

1/Datos preliminares a diciembre 2013.

2/No incluye la gestión de las Plataformas de Servicios: ₡249 millones, 10.007 afiliaciones y 20.573 casos por concepto de afiliación de trabajador independiente y asegurado voluntario.

3/No incluye la gestión de las Plataformas de Servicios: ₡1.188 millones, 60.181 afiliaciones y 77.362 casos por concepto de afiliación de trabajador independiente y asegurado voluntario.

Eje 2. Gestión basada en resultados

Consiste en el planteamiento de acciones orientadas a la mejora de la productividad del servicio de inspección a nivel nacional, mediante la automatización de funciones. En el 2013, se incluyó en el catálogo de trámites institucional (página web de la CCSS) los requisitos y formularios para los trámites brindados por el servicio de inspección y se publicó el manual de requisitos para los trámites brindados por el servicio de inspección de la CCSS.

El porcentaje de avance, a diciembre 2013, del segundo eje es 76,9% y su plazo de cumplimiento es el II semestre del 2018.

Eje 3. Mejora regulatoria

Este eje se refiere a un planteamiento de propuestas de reforma legal y reglamentaria que fortalecerán los instrumentos jurídicos y normativos para el ejercicio de la labor de inspección y la seguridad jurídica del usuario, lo que permitirá contar con mejores herramientas para el control de la evasión contributiva de los patronos y trabajadores. Dentro de las acciones planteadas se encuentran:

- Planteamiento de reforma a la Ley Constitutiva de la CCSS en lo atinente a la materia de aseguramiento en los artículos 30 y 45 de la ley. La propuesta se encuentra en corriente legislativa (Secretaría del Directorio) bajo el expediente N°18329.
- Actualización de los lineamientos aplicación incisos 1) y 3) del artículo 74 de la Ley Constitutiva de la CCSS y 65 del Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa.
- Inventario de Convenios de Aseguramiento Colectivo.

El porcentaje de avance, a diciembre 2013, del tercer eje es 95% y su plazo de cumplimiento es el II semestre del 2014.

Eje 4. Desarrollo e innovación tecnológica

Comprende el desarrollo de diversas acciones en materia tecnológica propiamente del servicio de inspección, que faciliten la labor de campo realizada por los inspectores de leyes y reglamentos. Las principales acciones contempladas en este eje son:

- Desarrollo de una Sucursal Virtual: mediante los servicios virtuales se procura que la CCSS se acerque a la población de una manera ágil e inteligente, sin que medie la inversión en infraestructura física y de recurso humano. Actualmente la Sucursal Virtual dispone la aplicación de "Inscripciones Web", la cual se encuentra a disposición de la población a partir de 06 de mayo del 2013. De mayo a diciembre del 2013 ingresaron 9.970 inscripciones o reanudaciones automáticas; además, se han reducido los requisitos a los

patronos al acceder en línea a información del Registro Nacional y del Tribunal Supremo de Elecciones.

- Ajustes automáticos en las modalidades de aseguramiento: consiste en realizar mejoras en los sistemas de la CCSS con el fin de que se detecte de forma automática aquellos asegurados voluntarios y trabajadores independientes que por ejemplo, se han pensionado o han iniciado a laborar con patrono, con el fin de cambiar la clase de seguro o en su lugar suspenderlo, esto de conformidad con el marco regulatorio vigente.
- Acceso de fuentes de información: consiste en la suscripción de convenios entre la CCSS con otras instituciones que permita el acceso a fuentes de información alternas (Registro Nacional; Ministerio de Trabajo y Seguridad Social; Ministerio de Hacienda; Dirección General de Migración y Extranjería y un Buró de Información). Estos convenios permitirán ampliar las relaciones ya existentes entre esas instituciones, al permitirle consultar información de sus bases de datos, en aras de agilizar la atención de los trámites de los administrados y el control de la evasión.

El porcentaje de avance, a diciembre 2013, del cuarto eje es 92,3% y su plazo de cumplimiento es el II semestre del 2018.

Eje 5. Mejora en la gestión de procesos

El objetivo de este eje es contar con procesos estandarizados, homologados y normalizados a nivel nacional, con el fin de beneficiar a los usuarios internos y externos del servicio de inspección; así como generar campañas informativas y preventivas orientadas al control de la evasión. Las acciones planteadas para la atención de este eje son los siguientes:

- Implementación del Sistema de Gestión de Calidad del Servicio de Inspección a nivel nacional: su objetivo es orientar los procesos del servicio de inspección para satisfacer las necesidades de los usuarios, contemplando procesos definidos al logro de los resultados en apego al marco regulatorio. A partir del II semestre del 2013 se inició con las revisiones internas de los procedimientos en las Direcciones Regionales de Sucursales.
- Campañas preventivas para el control de la evasión de patronos y trabajadores independiente por medio del Centro de Llamadas: se refiere a la implementación de la estrategia de prevención focalizada, mediante llamadas de voz, mensajes de texto o correos electrónicos, a patronos y trabajadores independientes, con indicios de sub-declaración por medio del Centro de Llamadas de la Dirección de Cobros y así promover la disminución en la evasión contributiva.

El porcentaje de avance a diciembre 2013 es de 83,3% y su plazo de cumplimiento es el II semestre del 2014.

Eje 6. Propuesta organización de formas de trabajo de la Dirección de Inspección

Conlleva únicamente el ajuste de los nombres de las diferentes unidades adscritas a la Dirección de Inspección, con la ventaja de que no se requiere la creación de ninguna estructura adicional ni de plazas. Este ajuste no entorpece ningún acuerdo que a futuro tome la Junta Directiva sobre la estructura organizacional del servicio de Inspección.

Las acciones desarrolladas para la atención de este eje son las siguientes:

- Análisis geográfico de la demanda de trámites y casos pendientes de la Dirección de Inspección, con el fin de generar una propuesta de regionalización geográfica en las áreas y subáreas adscritas.
- Análisis de la forma de trabajo con la Dirección de Planificación Institucional y la Dirección de Desarrollo Organizacional.

El porcentaje de avance, a diciembre 2013, del sexto eje es 100%. Actualmente se está a la espera de que la Junta Directiva autorice a la Dirección de Inspección para que a más tardar en el 2015 implemente la propuesta de organización de las formas de trabajo de “atención de solicitudes por zona geográfica”.

Finalmente cabe indicar que el porcentaje de cumplimiento del “Plan Integral de Fortalecimiento del Servicio de Inspección” a diciembre del 2013 era del 90,6%.

Las Sucursales cumplen una función fundamental en la gestión de inspección, en ese sentido se mencionan los principales resultados en los casos resueltos, trabajadores incorporados en planilla y cuotas generadas por Dirección Regional.



Gracias a la inversión de 478 millones realizada por la Caja Costarricense de Seguro Social, la población indígena del cantón de Talamanca vio fortalecida la prestación de los servicios médico-asistenciales que reciben los 1 421 habitantes adscritos al Ebáis de China Kichá. En la fotografía, la señora Laura Chinchilla Miranda, Presidenta de la República, la Dra. Ileana Balmaceda, presidenta ejecutiva de la CCSS, la Dra. María Eugenia Villalta, gerente médica y representantes de la comunidad dan por inauguradas las instalaciones.

Tabla 3:
Casos resueltos, trabajadores incorporados en planilla y cuotas generadas por el servicio de inspección.
Acumulado preliminar a diciembre 2013
por dirección regional

Dirección Regional de Sucursales	Casos resueltos ^{1/}	Incorporación de Trabajadores ^{2/}	Rendimiento por concepto de cuotas (millones de colones) ^{2/}
Central	15,609	16,209	¢ 2,863
Chorotega	7,752	17,500	¢1,827
Brunca	4,921	3,771	¢1,235
Atlántica	7,433	4,851	¢1,004
Huetar Norte	11,496	13,340	¢1,705
Dirección de Inspección	27,488	20,753	¢8,641
Total	74,699	76,424	¢17,275

1/ Fuente: Sistema Institucional para la Gestión de Inspección (SIGI)

2/ Fuente: Dirección de Inspección y Direcciones Regionales de Sucursales

Coberturas especiales

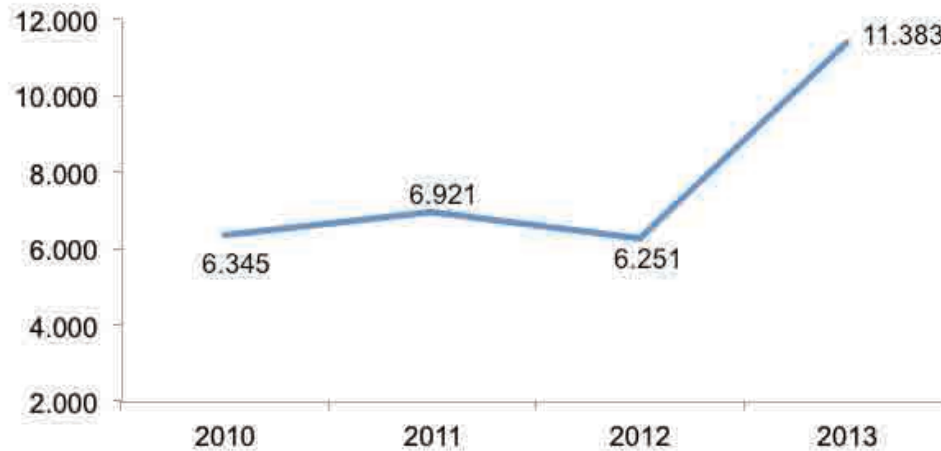
En materia de coberturas especiales, donde se incluyen los Riesgos Excluidos del Seguro de Salud (tales como Riesgos del Trabajo y Accidentes de Tránsito), No Asegurados con Capacidad de Pago y Asegurados por y con carga al Estado, se realizaron como principales acciones sustantivas y estratégicas, las siguientes:

1. Recuperación de costos

La gestión realizada ha generado un mejor control de la facturación, pagos y devoluciones que realiza el Instituto Nacional de Seguros (INS), por concepto de servicios médicos brindados a pacientes cubiertos por los seguros obligatorios de vehículos y riesgos del trabajo.

El gráfico 1 muestra la evolución en la recaudación de las sumas cobradas al INS del año 2010 al año 2013:

Gráfico 1:
Evolución de la Recaudación
Periodo 2010-2013



Fuente: Dirección de Coberturas Especiales

El monto recaudado durante el año 2013 fue de ¢11.383 millones, lo que representa un crecimiento absoluto de ¢5.132 millones y porcentual de un 82.1% con respecto al año 2012.

Entre los principales factores que incidieron en esta mejora en la recaudación, se tiene la estabilidad lograda durante el año 2013 de la herramienta informática denominada MIFRE (Módulo Informático para la Facturación de Riesgos Excluidos), a través de la cual las unidades médicas realizan el proceso de facturación y control de los servicios médicos prestados a pacientes cubiertos por pólizas del INS (actualmente funciona para el INS pero la herramienta está diseñada para llevar el control de cualquier aseguradora pública o privada), así como también a la mejora y la simplificación de los procedimientos seguidos en la unidades médicas durante las etapas de facturación y envío de facturas al Instituto.

Al finalizar el año 2013, 111 centros de Salud distribuidos en el territorio nacional, cuentan con la herramienta MIFRE para la facturación de riesgos excluidos, incluyendo los 29 Hospitales y 82 Áreas de Salud, para un 96% de cobertura nacional.

2. Sistema de facturación y elaboración de normas y procedimientos de facturación de servicios médicos a pacientes no asegurados con capacidad de pago.

Durante el año 2013, se trabajó en el desarrollo de dos productos en materia de pacientes no asegurados y esperan implementarse en el año 2014, los cuales son:

Desarrollo de un Módulo informático similar al MIFRE, para la sistematización, ordenamiento y estandarización de los procesos de facturación y control de los servicios médicos prestados a pacientes no asegurados con capacidad de pago.

Elaboración de un Manual de Normas y Procedimientos de la Facturación y Cobro de los servicios médicos a no asegurados con capacidad de pago.

Entre los principales beneficios esperados con la implementación de estos dos proyectos se estima un fortalecimiento de la cobertura contributiva, mejoramiento en la recuperación de los recursos económicos, sensibilización a la población no asegurada en la obligatoriedad del aseguramiento, entre otros.

3. Manual del Seguro por el Estado: Capacitación y Divulgación.

El 10 de julio de 2013, se publicó el documento **Manual de Normas y Procedimientos del Seguro por el Estado**; consecuentemente, se realizó un plan de capacitación para las unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos, el cual contó con representaron de los 132 establecimientos de salud de la Institución.

Recaudación y cobros: Recaudación física, virtual y cobros

1. Gestión cobratoria

La Dirección de Cobros en forma conjunta con las Direcciones Regionales de Sucursales de la Gerencia Financiera, aplican los diferentes instrumentos administrativos y legales de cobro, con el fin de controlar el comportamiento y crecimiento de la morosidad tanto a patronos como a trabajadores independientes.

En cuanto a la morosidad, la administración gestiona los adeudos en tres etapas, las cuales corresponden al cobro preventivo, administrativo y judicial. A continuación se presenta por tipo de instancia los resultados obtenidos por instrumento de cobro:

Cobro preventivo

a. Centro de llamadas de cobro

El Centro de Llamadas utiliza una plataforma tecnológica sistematizada de gestión de cobratoria por la vía telefónica, logrando una mayor cobertura y efectividad en la gestión de cobro a patronos y

trabajadores independientes. En el 2013, se realizaron 24 campañas de cobro preventivo, informando el monto facturado por mes tanto de patronos como de trabajadores independientes, a través de las llamadas automáticas con mensaje programado.

2. Cobro administrativo

a. Centro de llamadas de cobro

Se lograron realizar 233.744 llamadas telefónicas. A partir de diciembre 2013, se dio inicio con la nueva plataforma tecnológica de llamadas, con el fin de abarcar una mayor cantidad de patronos y trabajadores independientes morosos, contar con más estadísticas de la gestión cobratoria y la definición de nuevos parámetros de cobro, específicos para diferentes sectores económicos.

b. Programa estratégico de gestión cobratoria (PEGC)

Es un programa diseñado para las Direcciones Regionales de Sucursales, cuyo objetivo es gestionar el cobro de manera focalizada en las diferentes unidades adscritas, lo cual permite un mayor control y seguimiento de los deudores con la Institución. De enero a diciembre de 2013, se lograron gestionar 40.129, lográndose una recuperación por la suma de ¢20.795 millones.

c. Procedimientos de cierre de negocios

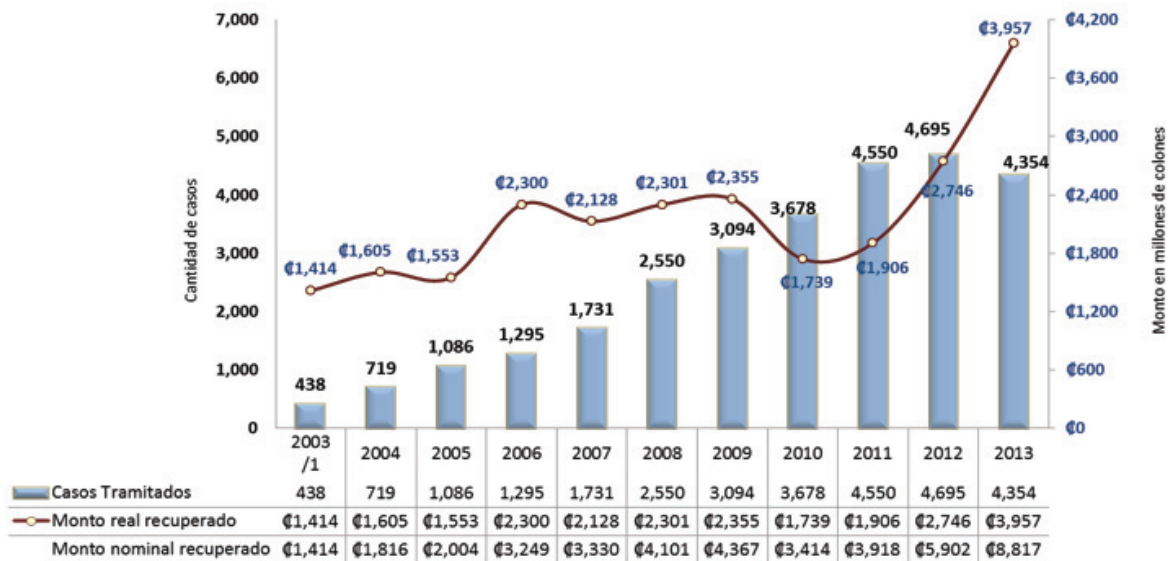
La Ley Constitutiva establece la posibilidad de ordenar, como una sanción administrativa, el cierre del establecimiento, local o centro donde se realiza la actividad del patrono cuando exista mora por más de dos meses en el pago de las cuotas. En la práctica este tipo de sanción resulta muy provechosa para la Caja, pues los patronos optan por cancelar lo prevenido o normalizar la deuda por medio de una adecuación de pago al cierre material del negocio.

El siguiente gráfico presenta los casos tramitados y los montos recuperados en términos reales, mediante Procesos de Cierre de Negocios por mora, durante el periodo 2003 – 2013.



Los 6 407 vecinos que reciben atención en la sede para EBAIS de Santo Tomás de Santo Domingo de Heredia cuentan, desde marzo de 2013, con nuevas y modernas instalaciones. La nueva obra requirió de una inversión de ¢314 millones y su infraestructura maximiza la iluminación y la ventilación naturales.

Gráfico 2.
Procedimientos tramitados y recuperación real
Cierre de Negocios por Mora. Periodo 2003- 2013 (Montos en millones de colones)



Año base 2003.

Fuente: Dirección de Cobros y Direcciones Regionales de Sucursales.

En 2013 se gestionaron 4.354 procedimientos de Cierre de negocios por mora, con lo cual se generó una recuperación nominal de €8.817 millones. Los cierres materializados fueron 144. Se destaca que la recuperación durante estos doce meses superó a la alcanzada durante el año 2012 en un 70%

d. Información de morosidad (artículo 74) en la Página Web de la CCSS

Con motivo de las reformas al artículo 74 de la Ley Constitutiva de la CCSS y al artículo 65 del Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa, se permite que la Institución pueda suministrar información en forma digital en línea, por medio de la página WEB Institucional, a fin de que las entidades de la Administración Pública, verifiquen que los patronos y personas que realizan total o parcialmente actividades independientes o no asalariadas estén al día en el pago de las obligaciones con la CCSS.

A través de este sistema, la Caja puso a disposición de las entidades y órganos de la Administración Pública que deban verificar el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 74 de la Ley Constitutiva de la Caja, así como de los administrados, un servicio de consulta sobre el estado de morosidad de los patronos o personas que realicen total o parcialmente actividades independientes o no asalariadas.

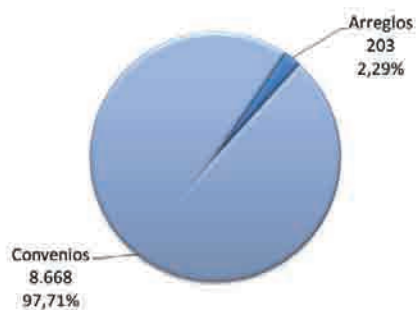
En la actualidad se cuenta con 121 Instituciones con acceso a esta herramienta, lo que representa 1.327 usuarios activos con claves para realizar dicha consulta de la morosidad. Además, se logra una disminución considerable en el uso de papel, y en la cantidad de trámites que debe realizar el administrado para una gestión en particular.

e. Adecuaciones de pago

La adecuación de deuda es un mecanismo administrativo que permite a los patronos y/o trabajadores independientes normalizar su situación de morosidad con la Institución. Se rige por el *Reglamento que regula la formalización y suscripción de arreglos y convenios de pago de las contribuciones a la seguridad social*, el cual fue aprobado por la Junta Directiva en diciembre 2006, normativa que fue reformada en el 2009¹, 2011² y 2012³, en donde se plantearon una serie de mejoras que facilitan a los deudores normalizar su situación de morosidad con la institución.

De dichas modificaciones, se tienen los siguientes resultados para el 2013: formalización de 203 arreglos y 8.668 convenios de pago por montos de ₡1.207 y ₡19.800 millones, respectivamente, para un total de 8.871 adecuaciones de pago por un monto de ₡21.007 millones, lo anterior se observa en los gráficos siguientes.

Gráfico 3 – a
Adecuaciones de Pago formalizadas
Año 2013



Total de adecuaciones: 8.871
Fuente: Dirección de Cobros.

Gráfico 3 – b
Montos formalizados mediante Adecuaciones de Pago
Año 2013



Monto total: ₡21.007 millones
Fuente: Dirección de Cobros.

- 1 Reforma aprobada por Junta Directiva en el artículo 9 de la sesión N° 8329, del 05 de marzo de 2009
- 2 Reforma aprobada por Junta Directiva en el artículo 4 de la sesión N° 8506, del 05 de mayo del 2011 y reforma aprobada en el artículo 3, acuerdo primero de la sesión 8550 del 14 de diciembre de 2011.
- 3 Reforma aprobada por Junta Directiva en el artículo 24° de la sesión N° 8588, del 28 de junio de 2012

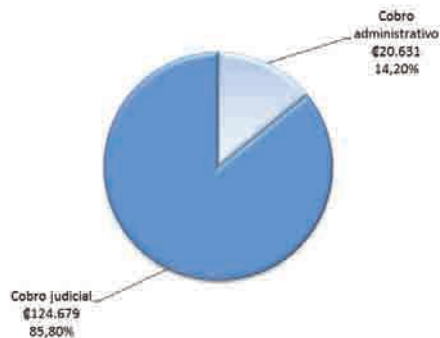
Cobro judicial

Cuando el patrono no cancela a la Caja el monto de las cuotas obreras obligatorias ni las deudas dispuestas en la Ley Constitutiva de la CCSS una vez notificadas, se procede a demandar por la vía civil y penal, respectivamente, con el fin de recuperar por estas vías las sumas dejadas de cancelar por los patronos.

Por lo anterior, producto de una aplicación más oportuna y apropiada de estos instrumentos legales de cobro, así como un mayor control de las gestiones realizadas, se logró obtener a diciembre 2013, un 85,80% la cartera de patronos en cobro judicial, como se observa en el gráfico 4-a.

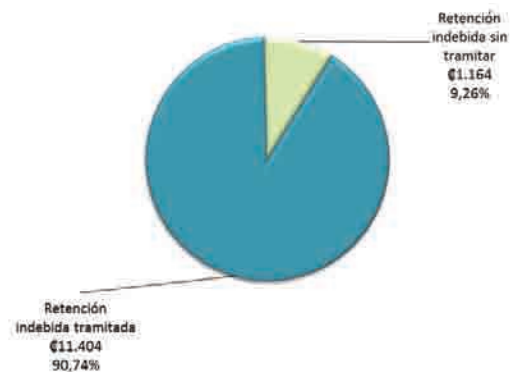
Por otra parte, en el gráfico 4-b se observa que para a ese mismo mes, se alcanzó denunciar penalmente el 90,74% de las deudas por cuotas obreras, por el delito de retención indebida, dado el incumplimiento de los patronos del artículo 45 de la Ley Constitutiva de la CCSS.

Gráfico 4-a
Cartera de cobro judicial
Datos a diciembre 2013



Fuente: SICERE

Gráfico 4-b
Porcentaje de cuota obrera certificada como
Retención Indebida
Datos a diciembre 2013



Fuente: SICERE

Resultados de la gestión cobratoria

Una vez aplicados los instrumentos antes mencionados se tienen los siguientes resultados en cuanto a recuperación y en el indicador de morosidad.

1. Monto recuperado por cuotas obrero patronales y aportes de la Ley de Protección al Trabajador

Producto de las gestiones cobratorias y estrategias definidas por la Gerencia Financiera, a nivel nacional se tuvo en el 2013 una recuperación de ¢250.156 millones.

Los sectores con mayor porcentaje de recuperación fueron comercio, las actividades inmobiliarias y la agricultura, para un total de ¢118.012 millones, lo cual representa un 47,18% del total recuperado.

Tabla 4.
Monto recuperado por sector económico
Periodo 2013 (Montos en millones de colones)

Actividad económica	Monto	Porcentaje
Comercio	50.836	20,32
Actividades inmobiliarias y empresariales	43.876	17,54
Agricultura y ganadería	23.299	9,31
Industria manufacturera	22.529	9,01
Transporte y almacenamiento	21.961	8,78
Actividad no bien especificadas	21.795	8,71
Servicios comunitarios, sociales y personales	19.406	7,76
Hoteles y restaurantes	17.844	7,13
Construcción	16.613	6,64
Servicios sociales y de salud	7.990	3,19
Enseñanza	4.005	1,60
Total general	¢250.156	100,00

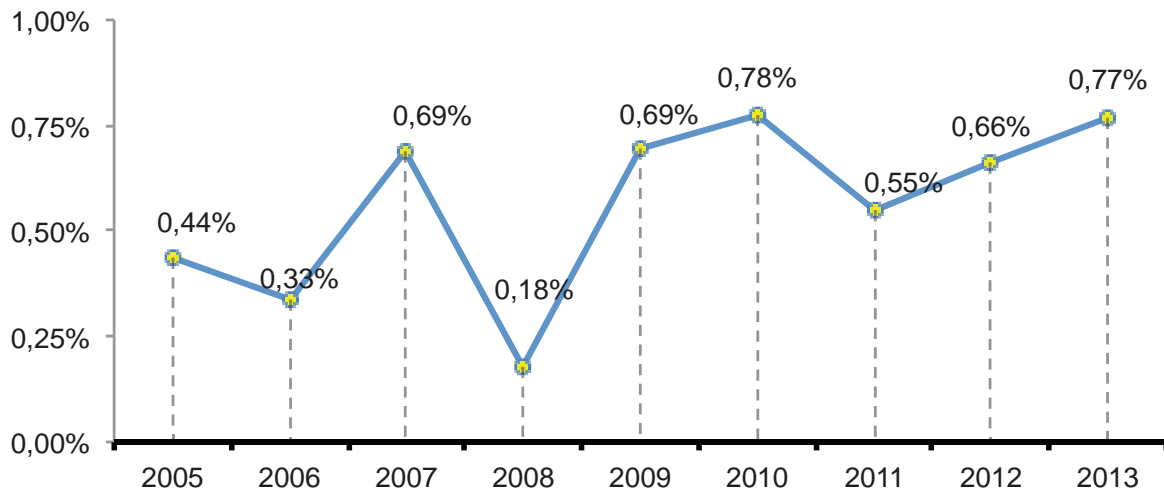
Fuente: SICERE

2. Indicador de morosidad

Se tienen resultados satisfactorios en el indicador de morosidad patronal, el cual corresponde a la comparación de la morosidad que se acumula en un año con respecto a la facturación del mismo periodo.

En el siguiente gráfico se muestran los resultados obtenidos en los años comprendidos entre el 2005 y 2013, donde dicho indicador siempre se ha mantenido por debajo del 1%, porcentaje que se ajusta a la meta establecida en el Plan Estratégico Institucional y que además, es menor al porcentaje de la cartera directa de morosidad de los bancos comerciales del Estado, que al cierre del 2013, se ubicó en un 2,36%.

Gráfico 5.
Relación Morosidad activa versus Facturación
Periodos 2005 - 2013



Fuente: Direcciones de Cobros y SICERE

b. Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE)

1. Generación orden patronal

Desde el mes de diciembre 2013, se dispone del servicio de autogeneración de la orden patronal por medio de la Oficina Virtual del SICERE, permitiendo ser congruentes con nuestras políticas de cero papel y un enfoque de servicio al cliente en cumplimiento de la Ley 8220 "Protección al ciudadano del exceso de requisitos y trámites administrativos".

2. Facturación de cuotas y aportes

Corresponden a las cuotas de los seguros de Salud y Pensiones, los aportes de la Ley de Protección al Trabajador (Fondo de Capitalización Laboral y Régimen Obligatorio de Pensiones Complementarias) y las cuotas que la CCSS le recauda a otras Instituciones (INA, IMAS, ASFA y Banco Popular). Durante el periodo 2013 se facturaron 95.164 patronos y 1.312.560 trabajadores. De acuerdo con el concepto, monto total facturado durante el año, se descompone de la siguiente forma:

Tabla 5.
Total facturado Enero – Diciembre 2013

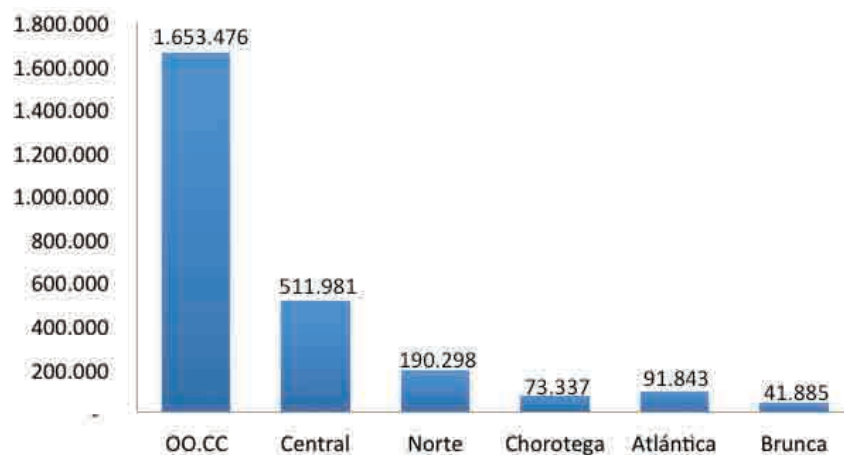
Concepto	Monto Facturado *	%
Seguro Pensiones	513,079	20%
Seguro Salud	1,234,632	48%
Aportes LPT	430,407	17%
Cuotas de Otras Instituciones	381,739	15%
Total	2,559,857	100%

Fuente: Estadísticas SQL

(*) Diciembre 2013 corresponde a la estadística preliminar

El desglose de la facturación anual y Dirección Regional se puede apreciar en el siguiente gráfico:

Gráfico 6.
Total Facturado por Dirección Regional Año 2013



Fuente: estadísticas indicador gerencial AFCOP

3. Centro de contacto SICERE

Es una de las innovaciones de mayor impacto, el cual ha permitido satisfacer la mayoría de gestiones de los usuarios de los servicios por los medios virtuales, permitiendo a la masa patronal interactuar con los agentes del SICERE. La implementación del Centro de contacto, permite obtener de forma eficiente la interacción con el repositorio de SICERE, específicamente en actividades de carácter avanzado como la presentación de planilla, que tiene la labor sustantiva de atender al patrono vía telefónica, correo electrónico y por medio del chat en línea, brindándole atención a sus trámites de manera ágil y rápida.

Esta acción permitió superar paulatinamente una debilidad en la plataforma de atención, principalmente telefónica, dado que en el caso de Oficinas Centrales, se posee todo un conglomerado de números telefónicos en los cuales se reciben diversas consultas y solicitudes tanto de patronos como de asegurados. Dentro de las actividades que se desarrollan en este Centro de Contacto, se enumeran a continuación:

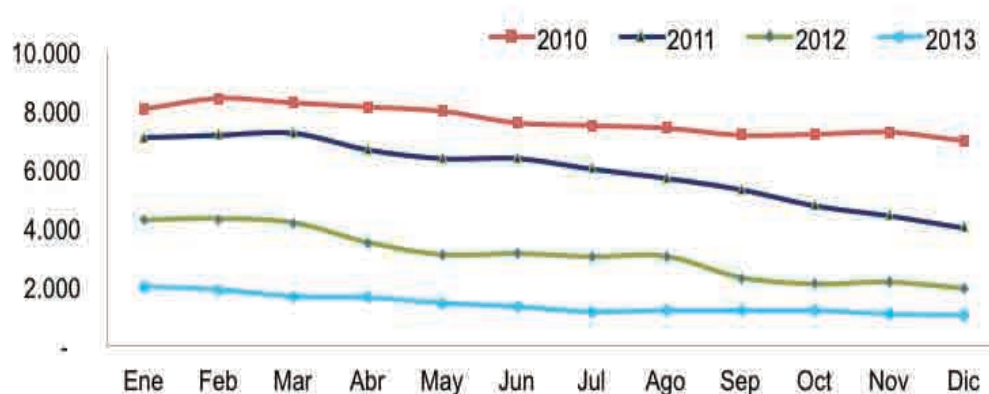
- Atención telefónica a los usuarios (2539-1600) en la gestión de los trámites que solicitan los patronos.
- Atención de las consultas que ingresan al correo plautogestion@ccss.sa.cr
- Generación de las claves de acceso de las solicitudes que ingresen por correo electrónico.
- Contactar a los patronos con facturación oficiosa para orientarlo en la gestión de su planilla por Internet.
- Contactar a los patronos facturados con datos erróneos para asesorarles en la gestión para la corrección de datos respectiva.
- Generar los informes y reportes periódicos de su gestión.
- Asesoría al patrono por medio del Chat en línea.
- Generar los informes y reportes periódicos de su gestión.

Cabe resaltar que el porcentaje de atención telefónica ha venido incrementándose, siendo esto una de los principales objetivos que benefician a los usuarios del SICERE.

4. Corrección de registros erróneos

Se logró un avance importante con miras a minimizar el ingreso de datos erróneos en las facturaciones del periodo 2013, por parte de los patronos, situación que se observa en el gráfico siguiente donde se indica que la incidencia de erróneos facturados fue decreciendo, también se visualiza que al 2013 se está por el límite de los 1,000 erróneos al mes.

Gráfico 7.
Incidencia de registros erróneos facturados
Periodo 2010-2013



Se puede observar que el porcentaje de disminución en cada región es representativo, lo que evidencia el gran impacto en la gestión que realizan las sucursales en coordinación.

Tabla 6.
Indicador de erróneos facturados

Dirección Regional	% IPEF (01/2013)	% IPEF (12/2013)	Porcentaje de disminución
Oficinas Centrales	0.09	0.05	-44
Brunca	0.19	0.04	-79
Huetar Atlántica	0.15	0.08	-47
Huetar Norte	0.2	0.15	-25
Central	0.2	0.08	-60
Chorotega	0.39	0.18	-54

5. Disminución de inconsistencias en la cuenta individual

Otro de los logros importantes en materia de calidad de datos, ha sido la labor desarrollada para mejorar la información que se remite a la cuenta individual. En este aspecto, se desarrolló un sistema de trabajo orientado a detectar todo caso referente a los cotizantes tanto de asegurados voluntarios, trabajadores independientes o asalariados en sus diversos tipos de facturación, a los cuales se les presentaron inconsistencias en la información y que ocasionó que las cuotas no se les hubieran distribuido correctamente.

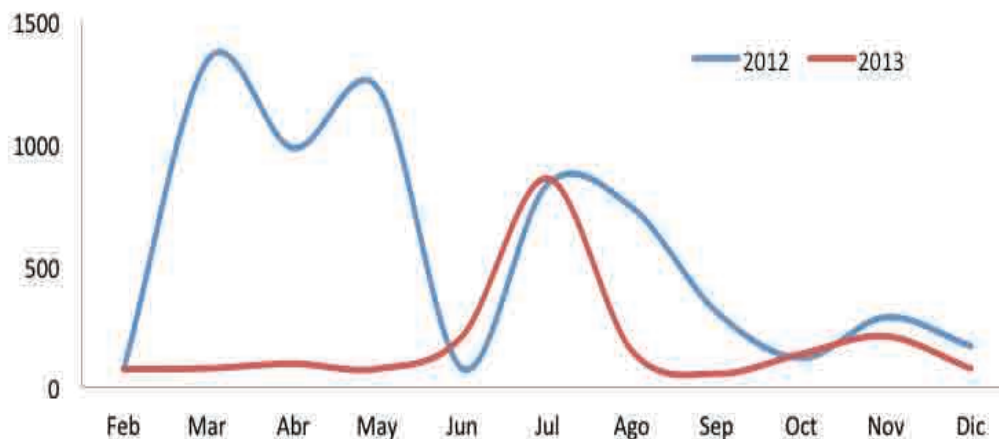
Estas revisiones se hicieron periódicamente y de una forma sistémica antes que se ejecuten los archivos que informan las cuotas a la cuenta individual del IVM como también a las Operadoras de Pensiones, es decir, se realiza una labor de prevención oportuna, logrando corregir los datos de previo a su envío o distribución.

A continuación se detallan aquellos casos de los registros de los cotizantes que se han gestionado en el 2013:

- Se corrigieron 19,361 registros inconsistentes, esto debido a que se hicieron estudios preliminares que detectaron incompatibilidades en sus históricos y cotizaciones.
- A modo comparativo, cuando se ejecutan los archivos de la cuenta individual en ARCA, en el periodo 2012 se detectaron 6.114 registros acumulados en todo el año, mientras que en 2013 se dieron 2,751 casos, lo que equivale a una disminución de 3,363 registros.

Se observa en la gráfica que no existe un comportamiento general, pero la tendencia de la línea del 2013 es estar por debajo de la del 2012, difiriendo únicamente en el mes de julio.

*Gráfico 7.
Comparativo cuenta Individual
Periodo 2012-2013*



Asimismo, se ha detectado que algunas anulaciones de planillas generan inconsistencia en los datos, razón por la que se plantearon las soluciones a la instancia técnica pertinente.

6. Actualización de datos de personas del registro civil en el SICERE

Se ha actualizado la información que se recibe del Registro Civil, propiamente del Tribunal Supremo de Elecciones. Sobre este particular, se realizaron validaciones de los padrones, determinando un total al 2013, de 5.345.847 personas físicas nacionales inscritas en el Registro Civil, cantidad que al ser comparada contra las tablas del SICERE en donde se almacenan estos datos, se encontraron faltantes de registros. En virtud de lo anterior, se procedió con la actualización del padrón. La cantidad de registros actualizados en el SICERE fue de 11,542 personas.

7. Actualización de la cuota del INA registros patronales en el SICERE que no la tenían y no se encuentran exonerados

En coordinación con los funcionarios del Instituto Nacional de Aprendizaje (INA), se determinó que existían 12.114 números patronales que no estaban contemplados dentro de los alcances de exoneración del oficio PIC-925-2010 emitido por el INA, ni se tiene evidencia de que formen parte de la Ley N° 6868 en el punto exacto que determina las entidades exoneradas, y donde estableció los patronos exonerados. Por lo tanto, se revisa el sistema y se detectan inconsistencias en su información patronal,

por lo que se procedió con las modificaciones correspondientes y se generaron los siguientes paquetes donde se agruparon este tipo de patronos, situación que se ejecutó satisfactoriamente en la instancia de pruebas F:

- Solución_Patronos INA_Cerrado.rar (1.209 con INA cerrado)
- Solución_Patronos Sin INA.rar (10.905 patronos sin el INA)

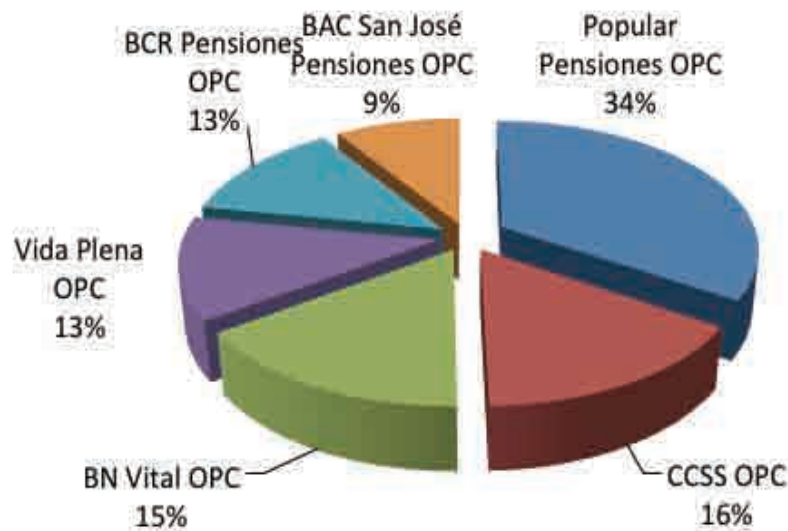
Con las soluciones planteadas anteriormente, se garantiza que se le facture dicha cuota cuando los patronos cumplan las condiciones para la facturación, según la cantidad de trabajadores mínima que el INA determinó en su Ley como requisito para facturar dicho rubro.

8. Libre Transferencia entre entidades

Durante el año 2013, se aplicaron 36.436 traslados de afiliados (libre transferencia) entre Operadoras de Pensiones a través de la Oficina Virtual del SICERE. Porcentualmente, la participación por entidad dentro del proceso de Libre Transferencia para el año 2013 se visualiza en el siguiente gráfico.

Gráfico 9.

Participación porcentual de operadoras de pensiones en libre transferencias. Año 2013



Para el año 2013, a través del SICERE, se individualizaron y distribuyeron ¢331.984 millones a las cuentas individuales de los trabajadores, administradas por las Operadoras de Pensiones (¢232.867 millones para el Fondo de Capitalización Laboral y ¢ 99.117 millones para el Régimen Obligatorio de Pensiones).

La siguiente tabla muestra el detalle del monto total distribuido por entidad para el año 2013.

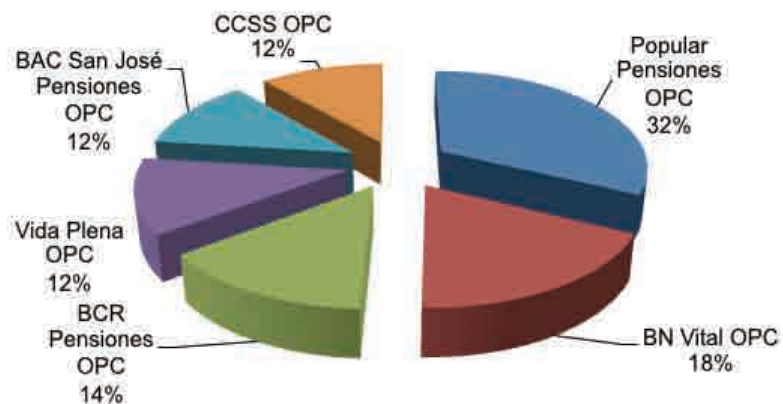
Tabla 7.
Distribución de aportes LPT a las Operadoras de pensiones, según fondo. Año 2013

Entidad	Fondo de Capitalización Laboral	Régimen Obligatorio de Pensiones	Total
BN Vital OPC	43,051	17,668	60,719
Popular Pensiones OPC	67,224	39,888	107,113
Vida Plena OPC	27,537	13,154	40,691
BAC San José Pensiones OPC	26,007	12,747	38,754
BCR Pensiones OPC	33,030	13,968	46,997
CCSS OPC	36,018	1,691	37,709
TOTAL	232,867	99,117	331,984

Fuente: SICERE

En términos porcentuales la participación de cada operadora de pensiones en la distribución de aportes LPT que se realizó durante el año 2013 se muestra en el siguiente gráfico:

Gráfico 10.
Distribución de Aportes LPT a Operadoras de Pensiones, año 2013



9. Cantidad de usuarios de Oficina Virtual del SICERE

Para el año 2013, se implementaron mejoras a la Oficina Virtual del SICERE, ampliando la gama de servicios, a través de la incorporación de nuevos reportes como “Estudio de Salarios Reportados en Planilla” y “Constancia de No Cotizante”, además se incorporó un nuevo módulo para simplificar la solicitud de claves de acceso por parte de los asegurados, con ello se logró que todas las Sucursales Financieras de la CCSS en el país puedan generar dichas claves y su envío se realice de forma automática al correo electrónico facilitado por el usuario.

Una cantidad proyectada de 39.256 asegurados y 82.293 patronos a nivel nacional, gestionaron el acceso a los servicios digitales que brinda el SICERE a través de la Oficina Virtual del SICERE

10. Sistema de Gestión de la Calidad y Mejora Continua de la Dirección SICERE, certificado ISO 9001:2008

Se mantiene el Sistema de Gestión de Calidad, para la totalidad los procedimientos ejecutados en la Dirección, bajo la Norma ISO 9001 2008, atendiendo además los requisitos normativos establecidos, en cumplimiento de lo anterior se mantiene la certificación ISO 9001 emitida por la empresa INTECO estableciendo nuestro Sistema de Gestión de Calidad acorde con la norma.

c. Administración Financiera

Es responsable de administrar los procesos para asegurar la estabilidad y sostenibilidad económica y financiera de la Institución, así como la estabilidad financiera del Fondo de Retiro Ahorro y Préstamo.

Gestión Financiero Contable

1. Administración del efectivo

El saldo neto de los ingresos y egresos en el Flujo de Efectivo del Seguro de Salud, fue positivo, lo cual demuestra que no se requirió pagos adicionales de títulos valores de la deuda del Estado.

2. Proceso de recaudación

Como parte del proceso de modernización y actualización de la Institución, así como la necesidad de desarrollar procesos de desconcentración financiera que permitan mayor agilidad y eficiencia en el manejo de los recursos, se desarrolló el programa de recaudación externa a través del cual se ofrece a los patronos, asegurados voluntarios y trabajadores independientes, la posibilidad de cancelar sus obligaciones con la seguridad social, en entidades y/o empresas públicas y privadas, ajenas a las sedes de Oficinas Centrales y Sucursales.

Actualmente, el proceso de recaudación de las cuotas obrero patronales, trabajador independiente y asegurado voluntario se realiza a través de tres grandes canales: CCSS (Oficinas Centrales y Sucursales Financiero Administrativas), recaudación a través de Agentes Recaudadores Externos y SINPE.

Durante la última década se logró recaudar al 31 de diciembre del 2013, la suma de ¢16.725.757 millones, de los cuales un 37,7% corresponde a lo recaudado a través de Oficinas Centrales y las Sucursales, mientras que un 45,8% corresponde a la recaudación a través de agentes recaudadores externos y un 16,5% a través de la aplicación web Autogestión Planilla en Línea.

Tabla 8.
Recaudación total de la institución 2003 – 2013.
Montos en millones de colones

Año	CCSS			Recaudación Externa						Recaudación Total
	Oficinas Centrales	Sucursales	Total	Agentes recaudadores externos			SINPE			
				Recaudadores Públicos	Recaudadores Privados	Total	Ordinarios	Caja Única	Total	
2003	234 971	190 183	425 154	184 226	6 343	190 569	5 340	-	5 340	621 063
2004	232 659	242 056	474 714	218 241	20 529	238 770	14 808	-	14 808	728 293
2005	260 224	266 063	526 287	215 762	14 297	230 059	17 625	-	17 625	773 971
2006	290 721	284 559	575 280	387 507	29 260	416 767	29 933	-	29 933	1 021 980
2007	328 167	266 197	594 364	503 340	48 706	552 046	77 028	-	77 028	1 223 437
2008	389 757	244 956	634 713	647 628	69 057	716 685	105 675	31 442	137 117	1 488 515
2009	453 340	202 295	655 635	680 588	121 366	801 954	197 299	46 270	243 569	1 701 159
2010	481 029	203 410	684 440	693 144	238 850	931 994	280 854	49 987	330 841	1 947 275
2011	451 657	166 666	618 323	755 646	309 682	1 065 328	442 512	66 292	508 804	2 192 455
2012	401 454	144 563	546 017	840 608	356 437	1 197 046	599 207	63 798	663 004	2 406 067
2013	416 580	150 294	566 874	936 937	380 348	1 317 285	655 670	81 714	737 384	2 621 542
TOTAL	3 940 558	2 361 243	6 301 801	6 063 628	1 594 875	7 658 503	2 425 951	339 503	2 765 454	16 725 757
% Part. Recaudación total	37,7%			45,8%			16,5%			100%

Fuente: Subárea Recaudación Externa, CCSS.

El porcentaje de participación en la recaudación a través de Oficinas Centrales y Sucursales ha disminuido de un 68% en el año 2003 a un 22% a diciembre 2013; mientras que la recaudación externa ha ido aumentando en la última década, pasando de un 32% en 2003 al 78% de la recaudación total en 2013. A continuación, se detallan los medios de recaudación externa disponibles.

Agentes recaudadores externos

En 2013, se renovaron los contratos con los diferentes agentes recaudadores externos, ofreciéndose a los patronos, asegurados voluntarios y trabajadores independientes un total de 3.727 puntos de pago.

Tabla 9.

Número de puntos disponibles por agente recaudador

Descripción	Puntos	%
Banco Nacional (Agencias, BN Servicios y Corresponsales)*	3.297	88,5
Banco de Costa Rica	256	6,9
Coopealianza	50	1,3
Banco Bac San José	46	1,2
Bancrédito	42	1,1
Banco Davivienda Costa Rica	36	1,0
Total	3.727	100

* Incluye 2.636 puntos denominados BN Servicios, a noviembre 2013.

La gestión efectuada por el Banco Nacional con diferentes entidades, organizaciones y comercios, ha permitido integrar en su plataforma tecnológica a nuevos recaudadores, dentro de los cuales se incluyen Servimás, Farmacias SUCRE, Mutual Alajuela, MUCAP, Banco Popular, Banco Lafise, Banco Scotiabank, entre otros, los cuales ascienden aproximadamente a 2.636 puntos comerciales denominados BN Servicios.

Derivado de la gestión con los agentes recaudadores externos, durante el año 2013, se cancelaron 2.664.084 facturas, según se muestra a continuación. De estas, el 70,9% fueron canceladas a través del Banco Nacional y su red de corresponsales, seguido por el Banco de Costa Rica con un 14,7%. Los agentes recaudadores bancarios (públicos y privados) así como la Cooperativa COOPEALIANZA ofrecen el servicio de pago a través de sus páginas web, en horarios previamente establecidos.



Yukiya Amano, director General del Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA), visitó, en compañía de autoridades de la Caja Costarricense de Seguro Social, el Centro de Radioterapia del hospital México. El diseño de estas modernas instalaciones contó con la asesoría del OIEA.

Tabla 10.
Número de facturas canceladas por agente recaudador en el año 2013

Agente Recaudador	N° Facturas	%
Banco Nacional	1.888.688	70,9
Banco de Costa Rica	392.231	14,7
Banco BAC San José	119.785	4,5
Coopealianza	93.463	3,5
Banco Crédito Agrícola de Cartago	69.120	2,6
Banco Davivienda	39.514	1,5
CEFA	37.010	1,4
Megasuper	24.273	0,9
Total	2.664.084	100,0

Fuente: Subárea Recaudación Externa, CCSS.

Asimismo, como aspectos relevantes derivados de la renovación de los documentos contractuales se menciona:

- Cancelación de facturas ordinarias mensuales con menos de 59 días de vencimiento.
- Se definió una comisión fija de ₡750,0 por cada transacción realizada, sin importar la cuantía de la factura. Esta situación permitió un ahorro en el segundo semestre del año 2013, de ₡1.010.6 millones, en comparación con el esquema anterior de pago.
- Las entidades recaudadoras externas solo recibirán pagos en cheques de su misma entidad, los cuales serán reportados como efectivo.
- Se aceptará el pago de facturas provenientes de patronos del sector público.

Autogestión planilla en línea

Esta herramienta permite realizar el pago de las cuotas obrero patronales, trabajador independiente y seguro voluntario; actualizar los datos obrero patronales (inclusiones, exclusiones, cambios salariales); facilitar las gestiones para los trabajadores independientes y asegurados voluntarios, debido a que pueden revisar el histórico de las facturas asociadas a su número de asegurado.

En este sistema, el pago se realiza previa habilitación de una cuenta bancaria (domiciliación), y para patronos, asegurados voluntarios y trabajadores independientes, es posible activar la opción de “cargo automático” en la cual la CCSS deduce directamente el monto de la planilla de la cuenta indicada, o bien la opción de “cargo manual”, en la cual el patrono puede realizar el pago en el momento que lo desee.

Los pagos efectuados se registran en línea y la plataforma tecnológica cuenta con los estándares y requerimientos que establece el Banco Central de Costa Rica, en vista que el servicio opera por medio del Sistema Nacional de Pagos Electrónicos (SINPE). En este sistema, se pueden cancelar los siguientes tipos de factura:

- Pago automático o manual de las planillas mensuales, trabajador independiente y asegurado voluntario.
- Pago manual de otros conceptos como planillas adicionales, subsidios, convenios o arreglos de pago y servicios médicos.

Las principales ventajas del sistema son: acceso 24/7, diversidad de servicios, recepción oportuna de los ingresos, reducción de costos administrativos para los patronos, trabajadores independientes y asegurados voluntarios, y para la Institución (debido a que el costo por transacción SINPE es menor en 4,4 veces a la cancelada a los agentes recaudadores externos), entre otros.

En el 2013, se realizaron 15.297 pagos, para un total de ₡290,757 millones, la variación entre los años 2013 y 2012 es de 165%; producto de la afiliación de grandes empresas e instituciones públicas, quienes realizan sus pagos por este modalidad. Asimismo, el servicio Autogestión Planilla en Línea incluyó como parte de las facturas a cancelar las denominadas adicionales, convenios o arreglos de pagos y servicios médicos, lo cual ha incrementado el número de casos y monto recaudado en comparación con el año anterior.

*Tabla 11.
Recaudación Autogestión Planilla en Línea
Débitos en Tiempo Real. (Montos en millones de colones)*

Periodo	Casos	Var. %	Monto recaudado	Var. %
2012	10.490		₡109.696	
2013	15.297	45,8	₡290.757	165,06

3. Gestión administración y aseguramientos de bienes

Se destacaron como principales acciones aquellas dirigidas al control de las propiedades del Seguro de Salud y la evaluación e implementación de mecanismos eficientes para el aseguramiento de todos los activos patrimoniales de la Institución, considerando edificios, equipos, maquinaria, mobiliario y mercadería.

En materia de **administración de propiedades**, se logró con la colaboración del Profesional en Topografía, dotar de planos catastrados y estudios topográficos a un importante número de propiedades que carecen de ese documento, así como de facilitar la ubicación y localización de inmuebles y obtener su geo referenciación. Los casos atendidos fueron los que se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 12.
Planos realizados año 2013:

1.	EBAIS Cordoncillo Buenos Aires Puntarenas	18.	Terreno para el Área de Salud Chacarita
2.	EBAIS Bioley Buenos Aires Puntarenas	19.	EBAIS Juanito Mora
3.	PVP El Brujo Buenos Aires Puntarenas	20.	EBAIS de Santa Teresita de Turrialba
4.	Terreno Coto 54 Golfito	21.	EBAIS de Tucurrique
5.	Terreno Coto 63 Golfito	22.	Terreno Finca 2 Valle de la Estrella
6.	Casona Vieja Puerto Jiménez	23.	Terreno Finca 5 Valle de la Estrella
7.	Cendeiss	24.	Antigua Clínica Valle de la Estrella
8.	Área de Salud Siquirres	25.	EBAIS Mata de Platano
9.	Hospital Guápiles	26.	Bodega Hospital México
10.	EBAIS Aguas Claras Upala	27.	Pto GPS Hospital de Niños
11.	PVP de Quirimán Nicoya	28.	Propiedades SEM para georeferenciación
12.	Terreno Pozo de Agua Hospital de Nicoya	29.	Levantamiento Hospital Ciudad Neilly
13.	EBAIS Juan Díaz Nicoya	30.	Levantamiento Area de Salud Oreamuno
14.	Terreno Copal de Nicoya	31.	Terreno Finca Montealegre
15.	PVP La Esperanza de Nicoya	32.	Área de Salud Aserrí
16.	Terrenos Patios de Incofer y Bodegas H.C.G.	33.	Terrenos Patios de Incofer y Bodegas H.C.G.
17.	EBAIS Arbolitos		



Con una inversión de \$362 millones y un área de construcción de 360 metros cuadrados, la nueva sede para EBAIS de San Pablo de Oreamuno, en Cartago, beneficia a cerca de cuatro mil asegurados. La nueva obra posee: estacionamiento de ambulancias, recepción, archivo clínico, entrega de medicamentos, procedimientos de enfermería, preconsulta, inhaloterapia, inyectables, vacunación, curaciones sépticas, curaciones asépticas, lavado y esterilizado de material, observación de pacientes, sala de espera, consultorio médico, odontología, cubículo atención primaria (trabajo social, nutrición, psicología), recepción de muestras y validación de derechos, entre otros.

Adicional a la confección de planos se inscribieron a nombre de la CCSS, ante el Registro de la Propiedad las propiedades que se especifican a continuación.

Tabla 13.
Propiedades inscritas a nombre de la CCSS

Folio	Propiedad
214728	Sede de Área Heredia Virilla
135462	EBAIS Zaragoza Guanacaste
491823	Terreno para Área de Salud La Fortuna
502526	EBAIS Santiago de San Ramón de Alajuela
192725	Terreno para EBAIS San Martín Golfito
196679	Terreno para EBAIS Huacas Hojanca
196843	Terreno para Área de Salud Nicoya
196955	EBAIS Dulce Nombre de Nicoya
131139	Sede Área de Salud Barranca Puntarenas
198085	EBAIS Quebrada Honda, Guanacaste
194981	Puesto de visita periódica Altamira, Buenos Aires
304647	EBAIS Cocorí Pérez Zeledón
132134	Coopervictoria, Grecia
180937	EBAIS Pozo de Agua Nicoya
145586	Terreno para EBAIS Jardín Pococí
145401	Terreno para EBAIS La Esperanza Cariari
145749	Terreno para EBAIS Llano Bonito Cariari
475711	EBAIS San Isidro de Pequeñas Blancas
196406	EBAIS Colorado de Buenos Aires
234856	Terreno para EBAIS San Isidro de Heredia

Por otra parte, se trabajó en el reclamo ante el Instituto Nacional de Seguros por los daños generados a causa del terremoto de Nicoya del 05 de septiembre del año 2012, del cual se han finiquitado los casos que se detallan en la tabla 14, los cuales corresponden a las regiones Chorotega y Central Norte.

Tabla 14.
Unidades finiquitadas

N° de caso	Zona	Monto \$
20112000198	Hospital La Anexión de Nicoya	83.956,05
20112000445	EBAIS 27 de abril	64.795,75
20112000446	Clínica de Nandayure	392.804,66
20112000447	EBAIS Paso Tempisque	241.114,60
20112000449	Clínica de Hojanca	4.510,75
20112000898	Hospital San Francisco de Asís	48.524,43
20112000900	Área de Salud Naranjo	21.551,34
Total		857.257,58

Fuente: Sub Área Gestión del Aseguramiento.

Con respecto al caso del Hospital Monseñor Sanabria se han realizado una serie de gestiones debido a que existen discrepancias en la interpretación de una de las coberturas del contrato, específicamente la Cobertura de gastos extra. Situación que ha generado que el caso se haya remitido a la Gerencia Financiera, para que sea esta unidad la que tome la decisión de dar al reclamo una vía diferente, dado que la administrativa llegó a su última instancia.

Por otra parte, en el 2013 se renovaron los siguientes contratos de pólizas con el Instituto Nacional de Seguros, las primas canceladas en el periodo 2013-2014 se muestran a continuación:

Tabla 15.
Detalle de Primas pagadas al INS, periodo 2012-2013 por motivo de las Pólizas Administradas en el AAAB

Pólizas 2013	Monto Pagado
Responsabilidad Civil General	\$304
Póliza Cuerpo Diplomático INS MEDICAL	\$2.867.384
Incendio Todo Riesgo Daño Físico	\$2.244.328
Vehículos Uso Particular	¢54.858.195
Vehículos Uso Discrecional	¢3.284.454
Responsabilidad Civil Calderas	¢447.882
Póliza embarcaciones y casco	¢403.042
Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo	¢1.902.293.782
Aéreo seguros	¢150.884
Responsabilidad Civil Piscinas	¢110.782

Fuente: Área Administración y Aseguramientos de Bienes, CCSS

d. Asignación y optimización de recursos

En el 2013, la Caja dispuso de ¢2,641,781 millones, a fin de ser ejecutado según la gestión propia del Seguro de Salud, el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y el Régimen No Contributivo de Pensiones.

La asignación del Seguro de Salud fue de ¢1,617,567 millones, el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte contó con ¢893,812 millones y el Régimen No Contributivo de Pensiones sumó ¢130,402 millones.

1. Ejecución del Presupuesto

Los ingresos recibidos (según información preliminar) al 31 de diciembre del 2013, fueron de ¢1,604,199 millones en el Seguro de Salud, ¢895,038 millones en el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y ¢130,700 millones en el Régimen No Contributivo, para un total de general de ¢2,629,937 millones.

En cuanto a los egresos, en el Seguro de Salud sumaron ¢1,467,943 millones, mientras que en el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte alcanzaron ¢799,977 millones y en el Régimen No Contributivo de Pensiones fueron de ¢116,102 para un total de ¢2,384,022 millones.

La diferencia Ingresos – Egresos acumulada al 31 de diciembre del 2013, fue de ¢136,256 millones en el Seguro de Salud, ¢95,061 millones en el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y ¢14,508 millones en el Régimen No Contributivo de Pensiones, dando como resultado total la cifra de ¢245,825 millones.



En el 2013, la CCSS se preocupó por renovar la infraestructura del primer nivel de atención, entre ellos la sede del Ebáis de Sarchí.

La tabla siguiente muestra los resultados antes detallados:

Tabla 33.
Ejecución Presupuestaria Seguro de Salud, Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y No Contributivo de Pensiones
Al 31 de diciembre 2013 (datos en millones de colones)

Detalle	Salud	IVM	RNC	Total
Ingresos	1,604,199	895,038	130,700	2,629,936
Ingresos Corrientes	1,524,477	726,534	121,975	2,372,987
Contribuciones Sociales	1,267,793	537,841	-	1,805,633
Ingresos No Tributarios	68,042	149,793	504	218,338
Transferencias Corrientes	188,643	38,901	121,472	349,016
Ingresos de Capital	1,073	5,235	-	6,309
Ingresos Financiamiento	78,648	163,268	8,724	250,641
Egresos	1,467,943	799,977	116,192	2,384,111
Remuneraciones	970,098	6,898	-	976,996
Servicios	125,855	16,306	4,090	146,252
Materiales y Suministros	214,695	55	-	214,750
Intereses y Comisiones	1,485	3,016	-	4,501
Activos Financieros	20	160,588	-	160,608
Bienes Duraderos	45,519	23	-	45,541
Transferencias Corrientes	104,912	613,091	112,102	830,105
Amortización	5,358	-	-	5,358
Diferencia	136,256	95,061	14,508	245,825

Fuente: Informe preliminar de liquidación presupuestaria a diciembre del 2013.

Las Contribuciones Sociales constituyen la principal fuente de recursos para la Caja, tanto para el Seguro de Salud como para el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, su evolución está determinada por el nivel de empleo de la economía; en ese sentido, la tasa de desempleo presentó una tendencia creciente pues subió de 7.8% en 2012 al 8.5% en 2013.

A pesar de estos resultados, a continuación se muestran las contribuciones del Seguro de Salud, las cuales crecieron en términos generales un 9.7% con respecto al periodo 2012, equivalentes a un monto de ¢1,267,793 millones.

Tabla 34.
Contribuciones del Seguro de Salud
 Periodo 2012-2013 (datos en millones de colones)

Concepto	2012	2013 *	% Var
Sector Público	526,599.3	586,831.4	11.4
Sector Privado	628,752.4	680,961.5	8.3
Total	1,155,351.8	1,267,792.8	9.7

Fuente: Informe de liquidación presupuestaria Seguro de Salud.

Nota: *Datos Preliminares

Las contribuciones del sector público para el año 2013, sumaron ¢586,831 millones mostrando un crecimiento de 11.4% con respecto al 2012. Por su parte, por contribuciones del sector privado ingresaron ¢680,962 millones, evidenciando una variación de 8.3%.

En el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, los ingresos por contribuciones para el periodo 2013 fueron de ¢537,841 millones, mostrando un crecimiento del 8.6% con respecto al año 2012, así detallado en la siguiente tabla.

Tabla 35.
Contribuciones del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte
 Periodo 2012-2013 (datos en millones de colones)

Concepto	2012	2013 *	% Var
Sector Público	166,624.0	181,160.2	8.7
Sector Privado	328,687.8	356,680.4	8.5
Total	495,311.8	537,840.6	8.6

Fuente: Informe de liquidación presupuestaria RIVM

Nota: *Datos Preliminares

2. Financiamiento de Programas Específicos

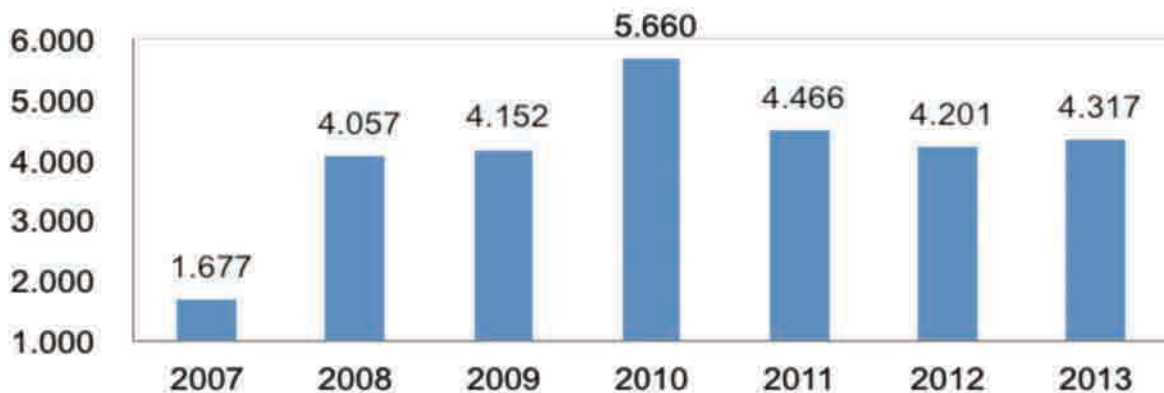
Dentro de los programas financiados en el periodo 2013 destacan los siguientes:

A- Programa de Vacunación

Durante los últimos años se ha venido fortaleciendo el programa de vacunación a través de la incorporación de nuevas vacunas como el Neumococo y la extensión de la cobertura, hecho que se refleja en el aumento de los recursos dedicados a tal fin, los cuales pasaron de ¢1,677 millones en el 2007 a ¢4,317 en el período 2013, lo cual significa un 157.4% de crecimiento.

Lo anterior se refleja en el siguiente gráfico:

Gráfico 12.
Inversiones en vacunas, Seguro de Salud
Periodo 2007-2013



Fuente: Sistema Integrado Institucional de Presupuesto

B. Reforzamiento de servicios

Para el año 2013, se crearon 404 plazas con un costo total de ¢5,114.7 millones, la mayoría corresponden a los servicios de atención directa a la salud, destacando 192 plazas para médicos especialistas, 87 plazas para profesionales médico y apoyo y 62 plazas para personal de administración y apoyo.

Tabla 36.
Resumen de Plazas Nuevas
Periodo 2013

Unidad/ Clave Puesto	Total de plazas
Médicos Especialistas	192
Profesionales Médicos y Apoyo	87
Administración y Apoyo	62
Personal de Enfermería	32
Técnicos en Ciencias Médicas	31
Total	404

Fuente: Dirección de Presupuesto

C- Inversiones

Los recursos ejecutados en inversiones de infraestructura, maquinaria y equipo para el periodo 2013 en el Seguro de Salud, sumaron ¢43,680 millones, distribuidos en ¢17,209 millones en Maquinaria y Equipo y ¢26,471 millones en Infraestructura, mostrando un crecimiento de 67.0% con respecto al año 2012.

Tabla 37.
Inversiones del Seguro de Salud
Periodo 2013 (en millones de colones)

Descripción	2012	2013*	% Crec.
Maquinaria y Equipo	12,633.9	17,209.0	36.2
% Part.	48.3	39.4	
Infraestructura y Terrenos	13,515.3	26,471.4	95.9
% Part.	51.7	60.6	
Total de Inversión	26,149.1	43,680.4	67.0

Fuente: Informe de liquidación presupuestaria Seguro de Salud
Nota: *Datos Preliminares

Entre los proyectos ejecutados en el periodo 2013, se destacan:

- La Construcción y Equipamiento del Área Salud de Parrita
- Refuerzo estructural y reconstrucción de los sistemas electromecánicos del Hospital de Ciudad Neily.

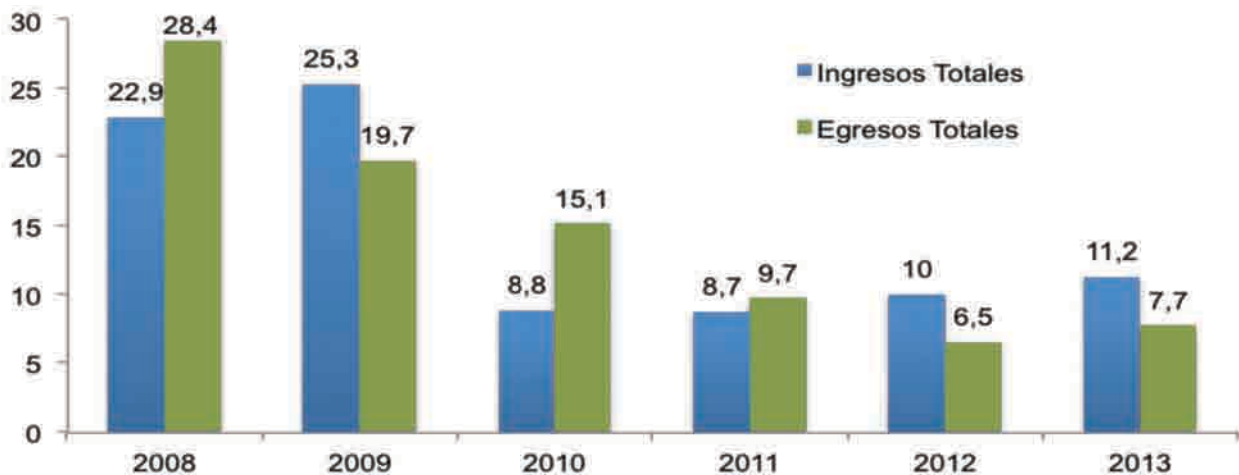
- Construcción y Equipamiento del CAIS de Siquirres.
- Remodelación de las Salas de Cirugía de los Hospitales San Juan de Dios y Carlos Luis Valverde Vega.
- Construcción y Equipamiento de la Sucursal de Alajuela.
- Reconstrucción de infraestructura de varias unidades ejecutoras por daños sísmicos del terremoto de Nicoya en la Región Pacífico y Chorotega, sobresaliendo el Hospital Monseñor Sanabria.

D- Mantenimiento de infraestructura y equipo

Los recursos asignados para mantenimiento de infraestructura y equipo en el periodo 2013 en el Seguro de Salud, sumaron ₡30,690 millones, mostrando un crecimiento de 43.7% con respecto al monto de ₡21,352 millones asignado en el año 2012. Sobresalen los recursos distribuidos a las unidades ejecutoras para la recuperación de la infraestructura, con el fin de solventar necesidades en mantenimiento de instalaciones eléctricas, cambio de techos, pintura de edificios y otras mejoras.

Finalmente, se muestra la tasa de variación porcentual de los ingresos y egresos del Seguro de Salud para los años 2008-2013.

Gráfico 13:
Tasas de Variación ingresos y egresos del Seguro de Salud.
Periodo 2008-2013 (en porcentaje)



Se puede observar en el gráfico que en los 2012 y 2013 los ingresos han superado los egresos, evidenciándose estabilidad financiera en el Seguro de Salud; lo anterior ha sido posible por el esfuerzo institucional, tanto de las unidades como del nivel central, en la ejecución de las medidas para mejor optimización de recursos, con lo cual se ha marcado el rumbo en la búsqueda de la calidad del gasto.

e- Pensiones

Las sucursales tienen entre sus funciones sustantivas la inspección y el cobro, asimismo, trámites de pensiones. En ese sentido, se mencionan las acciones destacadas.

1. Pensiones

Pensiones RNC: en términos generales, se realizaron análisis de expedientes de solicitudes de pensión del Régimen No Contributivo y se investigaron casos de solicitudes de pensión del Régimen No Contributivo.

Supervisiones: Se mantienen las supervisiones y los respectivos seguimientos a distintas Sucursales, con el fin de revisar las diferentes funciones en pensiones de las sucursales, dando énfasis a los siguientes aspectos:

- Aplicar la herramienta “Guía de Supervisión Física de Expedientes” a una muestra del 0.25% al 1% de la totalidad de pensionados.
- Verificar que todos los procesos de las pensiones se realicen de manera correcta.



Inauguración del Centro Radiodiagnóstico para la Detección Temprana de Cáncer, ubicado en la sede del área de salud San Rafael (Puntarenas), en marzo de 2013, ha permitido a la institución optimizar el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de esta enfermedad. La instalación posee un equipamiento valorado en \$750.000, donados por la Junta de Protección Social y beneficia a los habitantes de las comunidades de Puntarenas Centro, Paquera, Cóbano, Jicaral, Chomes, Monteverde, Barranca, Chacarita, Esparza y Miramar.



Gerencia Infraestructura

Introducción

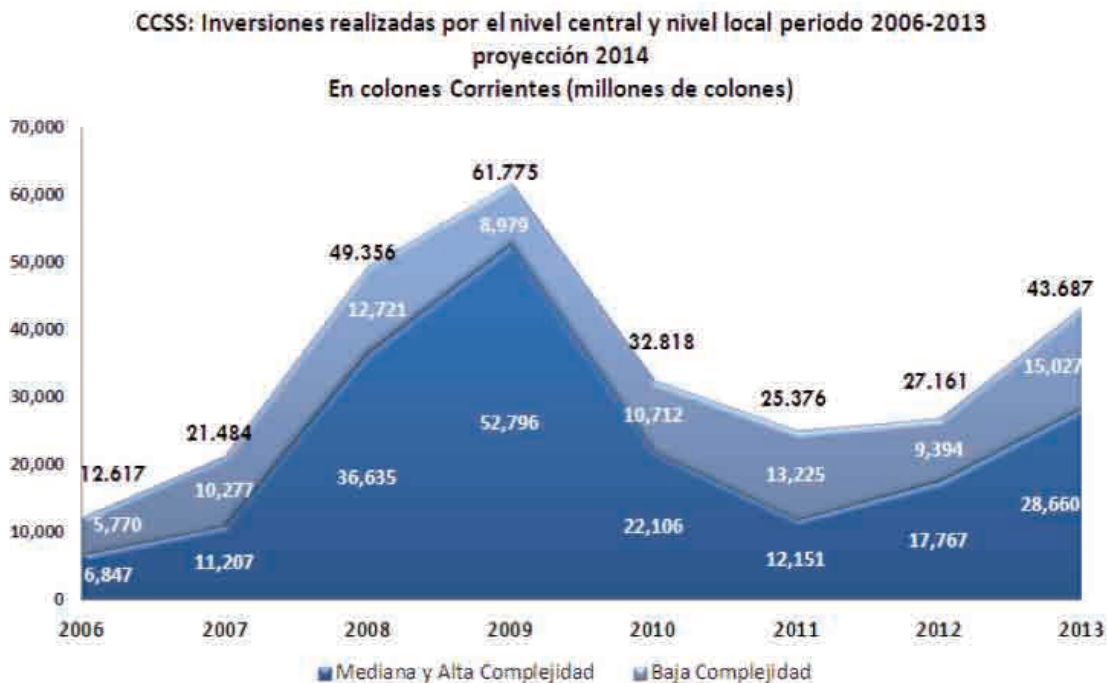
La Caja Costarricense de Seguro Social, tiene entre sus compromisos de desarrollo:

- Garantizar la disponibilidad institucional de la infraestructura y tecnología.
- Potenciar la implantación de las tecnologías de información y comunicaciones.

Para ello, promueve acciones para proveer instalaciones y equipos de tecnología de punta al servicio de los usuarios con el fin de asegurar la calidad y oportunidad en la prestación de servicios integrales en salud, pensiones y prestaciones sociales.

La CCSS en el 2013, invirtió ₡43.687 millones, mediante la gestión del nivel central y del nivel local. Estas inversiones se realizaron en ampliaciones, remodelaciones y nuevas edificaciones, así como en equipo médico, equipo industrial y tecnologías de información y comunicaciones.

Este esfuerzo institucional se debe en gran parte al aporte de los contribuyentes, las ayudas de instituciones tales como: Junta de Protección Social (JPS) y Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, FODESAF. De igual manera una fuente de financiamiento importante, es la que proviene mediante los recursos de la Ley N° 9028 “Ley de Control del Tabaco y sus efectos nocivos para la salud”, y la Ley N° 8718 para la prevención y atención del cáncer. Asimismo, los logros obedecen a las decisiones de las autoridades superiores, y a una adecuada gestión en los procesos requeridos para el desarrollo y ejecución de inversiones públicas en salud. Estos resultados se ven reflejados en el siguiente gráfico que muestra la evolución de las inversiones del 2006 al 2013:



Como se observa en el gráfico, al comparar los montos invertidos en el 2012 con respecto a las inversiones realizadas en el 2013, hubo un incremento del 61%, que permitió más y mejores edificaciones, equipos médicos y tecnologías de información, para el mejoramiento de la calidad en los servicios que brinda la Institución.

a. Infraestructura

Las inversiones en proyectos de infraestructura para la salud, además del edificio incluyen componentes fundamentales de equipamiento y tecnologías de información y comunicaciones. Este tipo de proyectos representaron en el 2013, una inversión de ₡22.991 millones en obras de mediana y alta complejidad, como resultado de la gestión de la Gerencia Infraestructura y Tecnologías.

Algunos proyectos se concluyeron, otros iniciaron la etapa de construcción, otros avanzaron en las etapas como: planificación, adquisición de terreno, diseño y contratación, entre los cuales se mencionan los siguientes:

Principales proyectos desarrollados

- **Ampliación Integral del Servicio de Radioterapia y Quimioterapia del Hospital México.**
 Incluye Teleterapia o Acelerador Lineal, Servicio de Quimioterapia: 44 sillones, Farmacia Oncológica, instalación de un Acelerador lineal y su Sistema de planificación tridimensional, cuarto de control.
 Costo: ₡8.871 millones. Monto ejecutado en el 2013: ₡1.890 millones. área: 3.100 m²
- **Remodelación Quirófanos Hospital San Juan de Dios.**
 Se logró el 100% de la ejecución del proyecto.
 Área: 2.402 m²
 Costo total: ₡6.906 millones. Monto ejecutado en el 2013: ₡5.105 millones.
- **Sede de EBAIS de Hatillo.**
 Se logró el 100% de la ejecución del proyecto. Área construcción: 660 m².
 Costo de la obra ₡918 millones.
 Financiado con recursos de la Junta de Protección Social.
- **Construcción y equipamiento del EBAIS de San Pablo de Oreamuno.**
 Se logró el 100% de la ejecución del proyecto. Área de construcción: 293 m².
 Costo de la obra: ₡381 millones.
- **Sede de EBAIS Nambí de Nicoya**
 Se logró el 100% de la ejecución del proyecto. Área: 377 m²
 Inversión: ₡189 millones.

- **Sede de EBAIS Maquenco**
Se logró el 100% de la ejecución del proyecto. Área: 377 m²
Inversión: ¢213 millones.
- **Sede de EBAIS San Pedro Guanacaste.**
Se logró el 100% de la ejecución del proyecto. Área 377 m²
Inversión: ¢210 millones
- **Sede de EBAIS Sahino Pital de San Carlos.**
Se logró el 100% de la ejecución del proyecto. Área: 377 m²
Inversión: ¢210 millones
- **Puesto de Visita Periódica Bolívar de San Ramón.**
La obra se encuentra concluida. Costo aproximado: ¢107 millones. Financiado con recursos de la Junta de Protección Social.
- **Puesto de Visita Periódica Concepción de San Ramón.**
La obra se encuentra concluida. Costo aproximado: ¢136 millones. Financiado con recursos de la Junta de Protección Social.
- **Compra de terreno para el Nuevo Hospital de Cartago.**
Se realizó el pago del II tracto de la adquisición del terreno para la construcción del nuevo Hospital de Cartago. Se canceló un monto de ¢747 millones en el 2013 que sumado en lo pagado en el 2012, el costo total del terreno es de ¢1.595 millones.
Área del terreno: 118.883 m².
- **Compra de terreno para Sede de área Santa Cruz.**
Se adquirió el terreno por un monto de ¢200 millones.

Proyectos en desarrollo

- **Proyecto Torre Este, Nutrición, Ropería y obras complementarias Hospital Calderón Guardia HCG.**
Esta obra tiene una inversión estimada de ¢56.532 millones. Será financiado con recursos del Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE).
- **Componente 4: Obras Complementarias.**
Se logró un avance del 17% en la construcción.
Monto invertido en el 2013: ¢110 millones.
Costo total aproximado de la obra: ¢2.050 millones.

- **Componente 3: Quirófanos del Servicio de Urgencias del Hospital Calderón Guardia.**
Se logró avanzar un 26% de la etapa constructiva. Monto invertido en el 2013: ¢266 millones.
Costo total aproximado de la obra: ¢474 millones.
- **Construcción del Centro de Atención Integral en Salud (CAIS) Siquirres.**
Se logró un 70% de la construcción.
Área estimada 8.500 m².
Costo total aproximado ¢1 1.900 millones.
Monto ejecutado 2013: ¢6.241 millones.
Población beneficiada: 90.000 habitantes.
- **Construcción Sede de Área de Salud de Parrita.**
Durante 2013, se alcanzó un 35% de avance de la obra, se invirtieron ¢1.380 millones y se estima que el costo total de la inversión sea de ¢6.757 millones aproximadamente. Área estimada 5.300 m². Algunos servicios con los que contará son: Consulta Atención Ambulatoria, Urgencias, Laboratorio, Farmacia, Equipos de Apoyo y Esterilización.
- **Construcción Sede de Área de Salud de Barva.**
En proceso de licitación. Área estimada 5.300 m². Costo total aproximado: ¢6.375 millones. Algunos Servicios con los que contará: Consulta Atención Ambulatoria, Urgencias, Laboratorio, Farmacia, Equipos de Apoyo y Esterilización.
- **Servicio de Urgencias Hospital Escalante Pradilla, Pérez Zeledón.**
En proceso de licitación. Área estimada 4.200 m². Costo total estimada de la obra ¢5.770 millones.
- **Tomografía Computarizada Hospital Escalante Pradilla, Pérez Zeledón.**
Se realizó el proceso licitatorio, hasta alcanzar la formalización del contrato. Área estimada 297 m² y una inversión aproximada de ¢835 mill
- **Construcción Sede de Área Mora - Palmichal.**
Con orden de inicio de las obras.
Área estimada 5.160 m² y con un costo aproximado de ¢6.713 millones. Contará con Servicios como: Emergencias, Consulta Externa, Laboratorio, Farmacia, Cirugía Menor, EBAIS y Odontología.
- **Construcción Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos Hospital Dr. Calderón Guardia.**
Con programa funcional revisado, cuya información es básica para definir el alcance del Proyecto y continuar con los documentos técnicos de planificación. En proceso el convenio de donación del terreno para la CCSS.

- **Reforzamiento del Edificio Laureano Echandi Oficinas Centrales.**
 Cuenta con estudios preliminares, en etapa de planificación. Debido a la complejidad de este proyecto y que el edificio es propiedad del Seguro de Invalidez Vejez y Muerte (IVM), se ha requerido tiempo para la toma de decisiones gerencial.
 Se estima un costo de ₡13.500 millones. Área de construcción estimada 14.100 m².
- **Reforzamiento del hospital La Anexión, Nicoya.**
 Se hizo el proceso licitatorio. Con orden de inicio de las obras para el 2014.
 Área estimada: Reforzamiento: 7.272 m² y Hospitalización: 8.722 m²
 Costo estimado ₡19.800 millones.
- **Reforzamiento Estructural y reconstrucción de los sistemas electromecánicos del Hospital de Ciudad Neilly:**
 El costo estimado del proyecto es de ₡7.685 millones. La obra inicio en el 2012, en el 2013, se invirtieron ₡3.069 millones, para un porcentaje de avance acumulado de la construcción del 93.5%. Área: 12.893 m²
- **Remodelación del Edificio de la Sucursal de Alajuela:**
 En el 2013 se invirtió ₡309 millones de colones, lo que representa un avance de 45% de las obras. La inversión total estimada es de ₡724 millones. Área: 1.438 m²
- **Sustitución de Sistema de Angiografía Cielítico y readecuación del Servicio de Hemodinamia del Hospital México:**
 El costo total del proyecto es de ₡876 millones. Durante el 2013, se logró avanzar un 10% de las obra y se realizó una inversión de ₡21 millones de colones.
- **Renovación y Modernización de las Salas de operación del Hospital de Niños:**
 Durante el 2013, se alcanzó un 5% de avance de la obra, se invirtieron ₡63 millones y se estima que el costo total de la inversión sea de ₡2.370 millones aproximadamente.
- **Rehabilitación de los Servicios de la Región Chorotega post terremoto del 05 de setiembre 2012.**
 Durante el 2013, para atender los efectos del terremoto de setiembre 2012, en el Hospital Monseñor Sanabria de Puntarenas, se continuó con la intervención de la torre de hospitalización y se finalizó la adecuación del almacén de distribución para la instalación del área de encamados, en total la inversión realizada durante el 2013 fue de ₡3.888 millones. Área: 4.906 m²

Otros proyectos que lograron avances importantes se destacan: módulo frontal Hospital La Anexión en Nicoya, Área de Salud de Nandayure, Área de Salud de Hojancha, Sedes de EBAIS de Paso Tempisque, Sedes de EBAIS de Cartagena, Sedes de EBAIS de 27 de Abril y Sede de EBAIS Bellavista.

- **Construcción y Equipamiento de la Sede de EBAIS San Martín (La Mona) Golfito:**
Se realizó el proceso licitatorio para la construcción y equipamiento del EBAIS, sin embargo, el concurso se declaró infructuoso y se tuvo que volver a licitar. En espera de recepción de ofertas. El proyecto se encuentra en la etapa de visado de planos y el financiamiento proviene de la Junta de Desarrollo Regional de la Zona Sur (JUDESUR).
- **Construcción y Equipamiento de la Sede de EBAIS Tipo 2 de Santa Gertrudis de Grecia.**
Completó la etapa de diseño hasta planos visados. El proyecto está siendo desarrollado por la Dirección Regional Central Norte.
- **Sistema de angiografía celiático y readecuación del Servicio de Hemodinamia del Hospital San Juan de Dios.**
Se realizó el proceso licitatorio. Listo para ser adjudicado en enero del 2014.

Recuperación de Infraestructura existente

Como parte de las acciones de mejoramiento de la gestión en los servicios que brinda CCSS, se elaboró una propuesta para crear un fondo de recursos que permitieran financiar parte de las necesidades urgentes en mantenimiento, para inversión en infraestructura y adquisición de equipos médicos e industriales de bajo costo que demandan las Unidades. Esta iniciativa se denominó: Fondo para la Recuperación de Infraestructura e Inversiones Urgentes de la CCSS, conocida como FRI.

Se buscó con esta iniciativa generar cambios sustantivos en la gestión del mantenimiento institucional y dotación de equipos básicos para apoyar la continuidad de los servicios y el mejoramiento en la calidad y oportunidad de la atención. Se logró contar con una opción de financiamiento para atender este tipo de necesidades que no habían podido ser incluidas en el presupuesto institucional ordinario, y que por lo tanto, requerían de recursos.

La creación del FRI ha contribuido en brindar soluciones urgentes para la recuperación de la infraestructura existente y permite también financiar inversiones que se caracterizan por su gran volumen, y bajo costo relativo si es comparado con inversiones de mayor complejidad. Este tipo de soluciones conlleva también procesos coherentes con la legislación y normativa de contratación administrativa vigente, requieren menor esfuerzo, se pueden realizar mediante la gestión del nivel local, aumentan la capacidad resolutoria de los centros de salud, permiten resultados en el corto plazo, son visibles para los asegurados y especialmente, permitirán a los asegurados obtener servicios más oportunos y en instalaciones con mejores condiciones físicas.

Como resultado del diagnóstico del estado de las edificaciones de la CCSS, se sabe que el 73% de la infraestructura en salud de la Institución se encuentra en un estado malo o regular, lo que amerita pronta atención para recuperar la infraestructura, y la imperiosa necesidad de destinar mayor contenido presupuestario a tal fin. El FRI permite atender las necesidades inmediatas urgentes de reparación de

daños y puesta a punto del recurso físico, dado el deterioro y obsolescencia acumulada en las últimas décadas. Los principales problemas que atiende el FRI se resumen de la siguiente manera:

- Rezago evidente en mantenimiento de las instalaciones existentes.
- Obsolescencia de equipo médico e industrial necesario en los servicios.
- Alta demanda de necesidades de inversión de bajo costo no incluidas en el presupuesto ordinario, ni en el Portafolio.

Los objetivos del FRI son los siguientes

1. Apoyar la continuidad, oportunidad y calidad de los servicios de salud, mediante el mejoramiento de las instalaciones existentes y la dotación rápida de infraestructura y equipos urgentes de bajo costo.
2. Proteger el patrimonio institucional disminuyendo gradualmente el deterioro de las instalaciones, así como corregir y evitar la obsolescencia de equipos.
3. Reducir rezago en mantenimiento, atender necesidades inmediatas de puesta a punto, reparar daños en edificaciones y sustituir equipos, que generen resultados en corto plazo.



Previo a la realización de la primer ronda electoral, la Dra. Ileana Balmaceda Arias, presidenta ejecutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, expuso ante los aspirantes a la Presidencia de la República, postulados para el periodo 2014 – 2018, el panorama de la entidad aseguradora.

Como resultado de esta gestión, se logró financiar proyectos urgentes tal como se muestra en la siguiente tabla:

CCSS: fondo de recuperación de infraestructura (fri) proyectos ejecutados En millones de colones		
Unidad	Descripción del Proyecto	Monto ¢
Hospital Monseñor Sanabria	Reparaciones por el terremoto de Nicoya	1.200
Región Chorotega	Reparaciones por el terremoto.	957
Área de Salud Coronado	Cableado estructurado	98
Hospital de Grecia	Ampliación pabellones de hombres y mujeres	87
Área de Salud Chacarita	Cambio sistema eléctrico	73
Área de Salud Buenos Aires	Dotación tanques de agua para EBAIS A.S. Buenos Aires y reparación de pisos.	65
Hospital de la Mujer	Readecuación Farmacia	63
Hospital Dr. Tomás Casas Casajús	Sistema de evacuación de gases anestésicos y red de óxido nitroso Sala de Operaciones	54
Hospital Blanco Cervantes	Pintura externa	50
Hospital San Vito	Compra mesas de Cirugía	46
Hospital de Guápiles	Cerramiento perimetral del Hospital	45
Hospital de Grecia	Sustitución de cubierta de techos Hospitalización, consulta externa, administración y pasillos	44
Área Lavandería Central	Reacondicionamiento planta de producción	40
Hospital San Carlos	Colector de Pelusa	40
Hospital Tony Facio	Microscopio quirúrgico	40
Hospital de Quepos	Pintura de Interiores	35

En general la cantidad de soluciones que se ejecutaron por financiamiento del FRI, se muestran a continuación:

Total de Proyectos atendidos	→ 238 proyectos
Monto utilizado en colones	→ ₡6.100.000.000

Con el financiamiento aprobado por las Autoridades Superiores, se apoyaron acciones como:

- Mantenimiento mayor en infraestructura.
- Inversiones menores en infraestructura.
- Adquisición de equipo médico.
- Adquisición de equipo industrial.
- Reparaciones y mejoras en la infraestructura dañada, producto del terremoto de Nicoya.

Política Institucional de Mantenimiento, Conceptualización y Reglamento del Sistema de Gestión de Mantenimiento Institucional.

En la tarea de divulgación de este marco normativo, se llevaron a cabo once capacitaciones a las que asistieron 225 funcionarios participantes en el Sistema de Gestión de Mantenimiento Institucional, que cumplen un rol importante en el proceso de implementación de este marco normativo. Según se estableció en el Plan de Implementación, para el período 2012-2013 fue necesario elaborar cuatro normas básicas del Sistema de Gestión de Mantenimiento Institucional (SIGMI), indispensables para iniciar la implementación.

- Guía para desarrollar planes de mantenimiento en las unidades de la CCSS.
- Norma para realizar el inventario técnico del recurso físico.
- Norma para establecer la codificación del recurso físico.
- Norma para realizar la clasificación por criticidad del recurso físico.

La capacitación en las normas básicas permitió que participaran 361 funcionarios de todas las Unidades de la Institución.

b. Proyecto Expediente Digital Único en Salud (EDUS)

Dada la relevancia del EDUS declarado como Proyecto de prioridad Institucional, a continuación se presentan los resultados de la Gestión realizada:

Implementación del EDUS en Áreas de Salud.

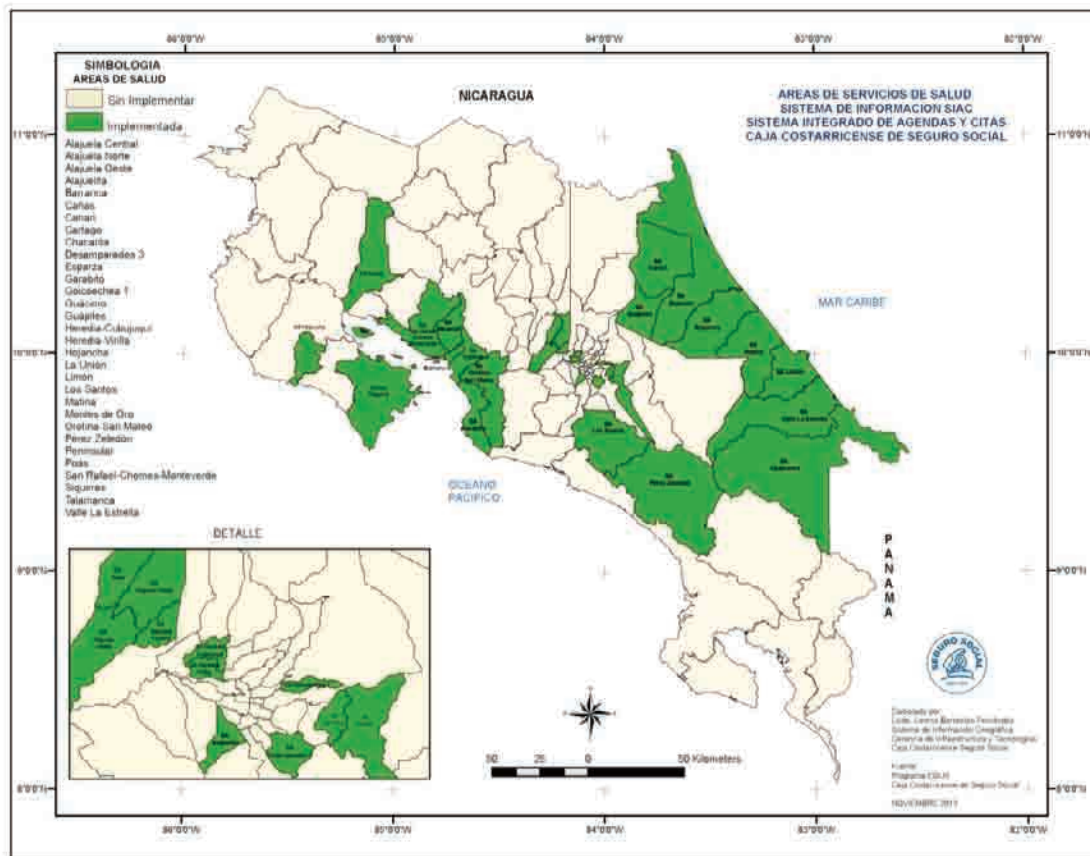
Se logró la implementación de las aplicaciones en EDUS en las Áreas de Salud programadas en el 2013. A continuación se describen los sistemas desarrollados y el resultado del trabajo intergerencial para la automatización del primer nivel de atención:

Sistema de Identificación, Agendas y Citas (SIAC)

Se ha implementado en 34 Áreas de Salud, dichas Áreas cubren una población de 1.635.402 personas, lo cual corresponde a un porcentaje del 35% de cobertura a nivel nacional. Asimismo, el SIAC es utilizado en 275 ebáis de las Áreas de salud indicadas. Se han remitido 94,845 Mensajes de Texto, recordando la fecha y lugar de su cita médica a los usuarios.

La Figura refiere las áreas de salud que utilizan dicha aplicación:

Áreas de Salud con Sistema de Identificación, Agendas y Citas (SIAC)



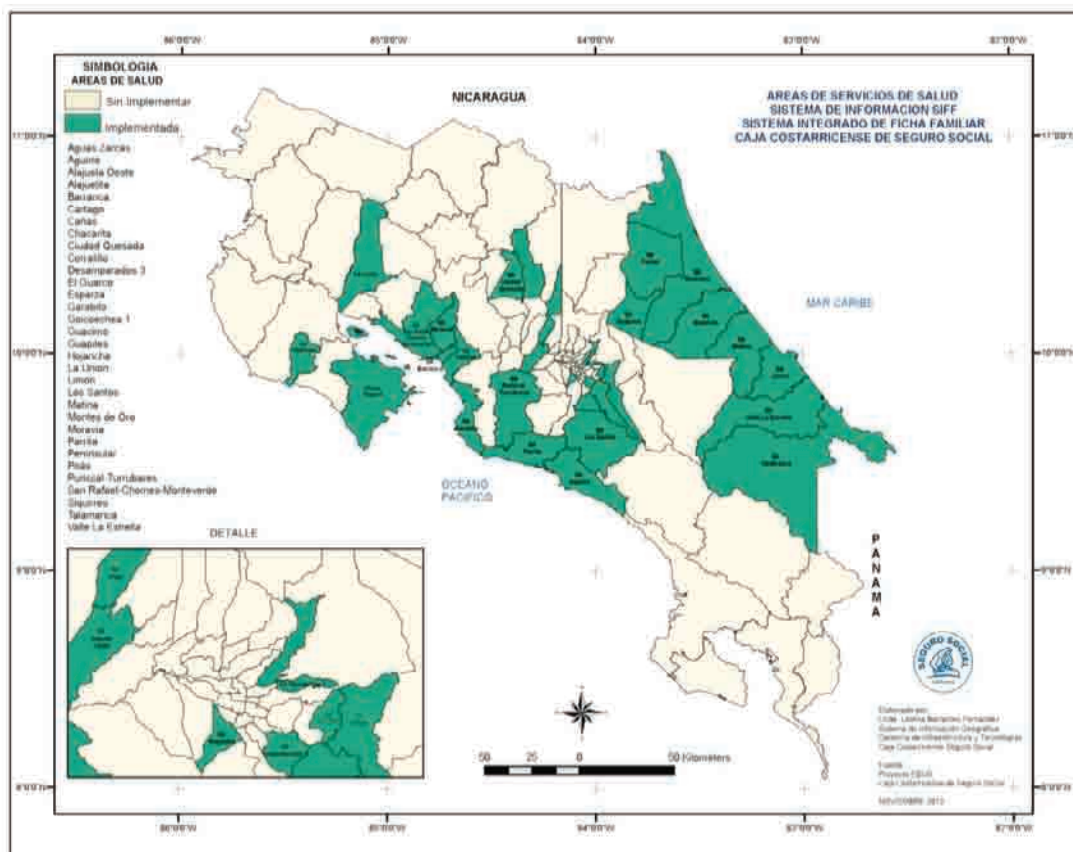
Las Áreas de Salud ilustradas corresponden a: Aguirre, Alajuela Central, Alajuela Norte, Alajuela Oeste, Alajuelita, Barranca, Cañas, Cariari, Cartago, Chacarita, Desamparados 3, Esparza, Garabito, Goicoechea 1, Guácimo, Guápiles, Heredia – Virilla, Heredia Cubujuquí, Hojancha, La Unión, Limón, Los Santos, Matina, Montes de Oro, Nandayure, Parrita, Peninsular, Pérez Zeledón, Poás, Puriscal – Turrubares, San Rafael - Chomes – Monteverde, Siquirres, Talamanca y Valle de la Estrella.

Sistema Integrado de Ficha Familiar (SIFF)

Se ha implementado en 34 Áreas de Salud: Aguas Zarcas, Aguirre, Alajuela Oeste, Alajuelita, Barranca, Cañas, Cariari, Cartago, Chacarita, Ciudad Quesada, Corralillo - La Sierra, Desamparados 3, El Guarco, Esparza, Garabito, Goicoechea 1, Guácimo, Guápiles, Hojancha, La Unión, Limón, Los Santos, Matina, Montes de Oro, Moravia, Oreamuno - Pacayas - Tierra Blanca, Parrita, Peninsular, Poás, Puriscal – Turrubares, San Rafael - Chomes – Monteverde, Siquirres, Talamanca, Valle de la Estrella.

Dichas áreas cubren una población de 1.472.324 habitantes, que corresponde a un porcentaje del 31% de cobertura a nivel nacional, el SIFF se utiliza en 235 Ebaís de estas áreas. El Sistema Integrado de Ficha Familiar ha sido implementado en las áreas de salud referidas en la Figura:

Áreas de Salud con Sistema Integrado de Ficha Familiar

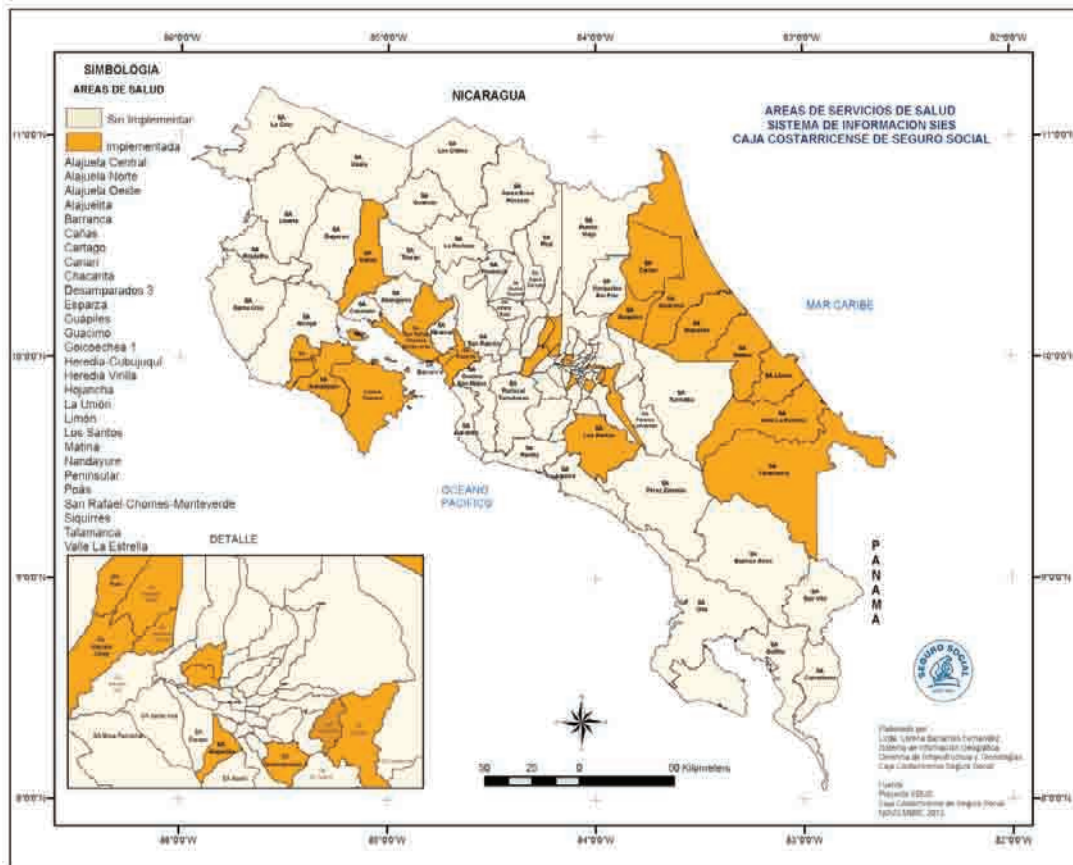


Sistema Integrado de Expediente de Salud (SIES)

Se ha implementado en 30 áreas de salud, dichas áreas cubren una población de 1.554.750 usuarios, para una cobertura del 33% de población a nivel nacional, el SIES se utiliza en 210 Ebaís de estas áreas de salud.

El sistema se encuentra implementado en las siguientes áreas de salud, tal y como se observa en la figura:

Áreas de Salud Con Sistema Integrado de Expediente de Salud (SIES)



Las áreas de salud que utilizan el SIES corresponden a: Alajuela Central, Alajuela Norte, Alajuela Oeste, Alajuelita, Barranca, Cañas, Cariari, Cartago, Chacarita, Desamparados 3, Espanza, Goicoechea 1, Guácimo, Guápiles, Heredia – Virilla, Heredia Cubuquiquí, Hojancha, La Unión, Limón, Los Santos, Matina, Nandayure, Peninsular, Pérez Zeledón, Poás, Puriscal – Turrubares, San Rafael - Chomes – Monteverde, Siquirres, Talamanca y Valle de la Estrella.

Equipamiento

Se han instalado 750 equipos de cómputo y 150 impresoras en las áreas de salud que forman parte del proceso de implementación. Los equipos han sido distribuidos en personal de registros médicos, enfermería y medicina, para uso exclusivo de los sistemas de información que conforman el expediente digital único en salud.

Adicionalmente, se firmó el Contrato Interadministrativo entre la CCSS y el Instituto Costarricense de Electricidad (ICE) para el fortalecimiento tecnológico de las áreas de salud y Ebaís del EDUS.

Se cuenta con un convenio marco y un contrato de servicios administrados con el ICE por un monto de \$60 millones de dólares en cinco años, para dotación de infraestructura de redes de datos, equipo y mantenimiento.

Se tienen más de 600 Ebaís conectados en su mayoría con fibra óptica. El 100% del primer nivel de atención de la Región Atlántica está cubierta con el EDUS.

Dos millones quinientos mil habitantes están afiliados al EDUS.

En proceso de elaboración el estudio de factibilidad del expediente electrónico hospitalario. Implementado sistema de recordatorio de citas por SMS y recordatorio de retiro de medicamentos.

Implementado Centro de Contactos para gestión de citas telefónicas para Ebaís y áreas de salud. Cubre 10 áreas de salud y sus Ebaís, para una población cubierta de 600.000 personas.

Tomando como referencia el avance en el proceso de puesta en marcha del EDUS, se ha realizado un importante avance en torno a la producción registrada en dichos sistemas de información, tal y como se muestra en la siguiente tabla:

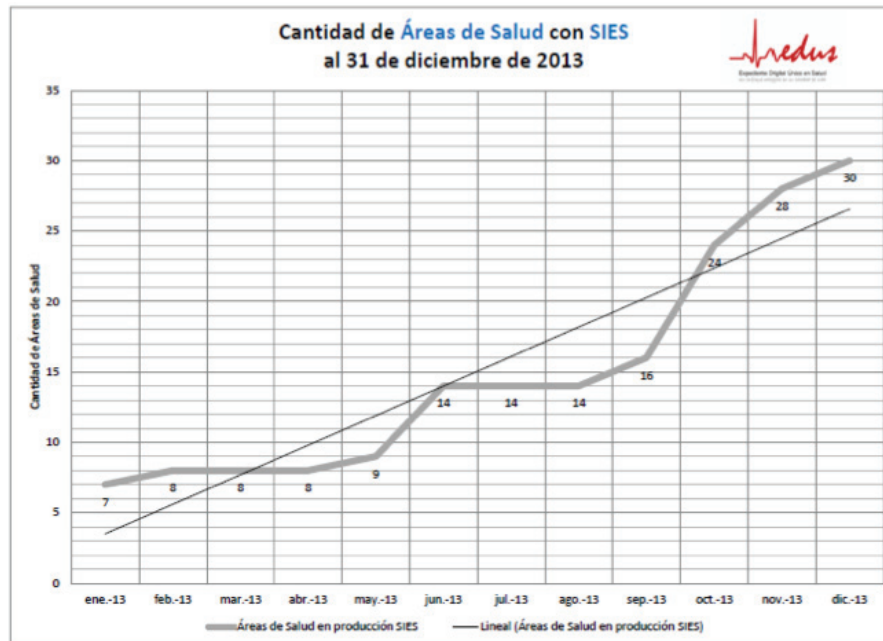
EDUS: Resultados al 2013

Sistema	Indicador	Resultados
Sistema Integrado de Ficha Familiar	Cantidad de viviendas	72,045
Sistema Integrado de Ficha Familiar	Cantidad de miembros en viviendas	219,490
Sistema de Identificación, Agendas y Citas	Población adscrita	2,551,475
Sistema de Identificación, Agendas y Citas	Citas asignadas	2,225,338
Sistema Integrado de Expediente de Salud	Atenciones realizadas	349,158

Fuente: Proyecto Expediente Digital Único en Salud, Diciembre 2013

La siguiente Figura refiere el proceso de implementación del Sistema Integrado de Expediente de Salud en el periodo 2013.

Avance del Proceso de Implementación del Sistema Integrado de Expediente de Salud



Fuente: Proyecto Expediente Digital Único en Salud

El plan de implementación del EDUS avanza conforme la estrategia de implementación aprobada por la Junta Directiva de la Institución.

Servicios de valor del EDUS.

El Componente de Servicios de Valor del EDUS corresponde al conjunto de esfuerzos integrados para la generación de servicios con impacto directo al usuario, en aras de mejorar la calidad y oportunidad de atención en salud a través del uso de medios tecnológicos.

Centro de Contactos para la asignación de citas telefónicas.

En octubre de 2013, se habilita, mediante un proceso licitatorio el Centro de Contactos para la Gestión de Citas Telefónicas en Áreas de Salud y EBAIS. El servicio comprende un número único, 905-MISALUD, mediante el cual el usuario puede solicitar, reprogramar o cancelar su cita en las Áreas de Salud y EBAIS que se incorporan al servicio.

Ciento veintitrés EBAIS disponen del servicio. Dichos EBAIS corresponden a las Áreas de Salud de Alajuela Central, Alajuela Norte, Cartago, Desamparados 3, Esparza, Heredia – Virilla, La Unión, Limón, Poás y Talamanca.

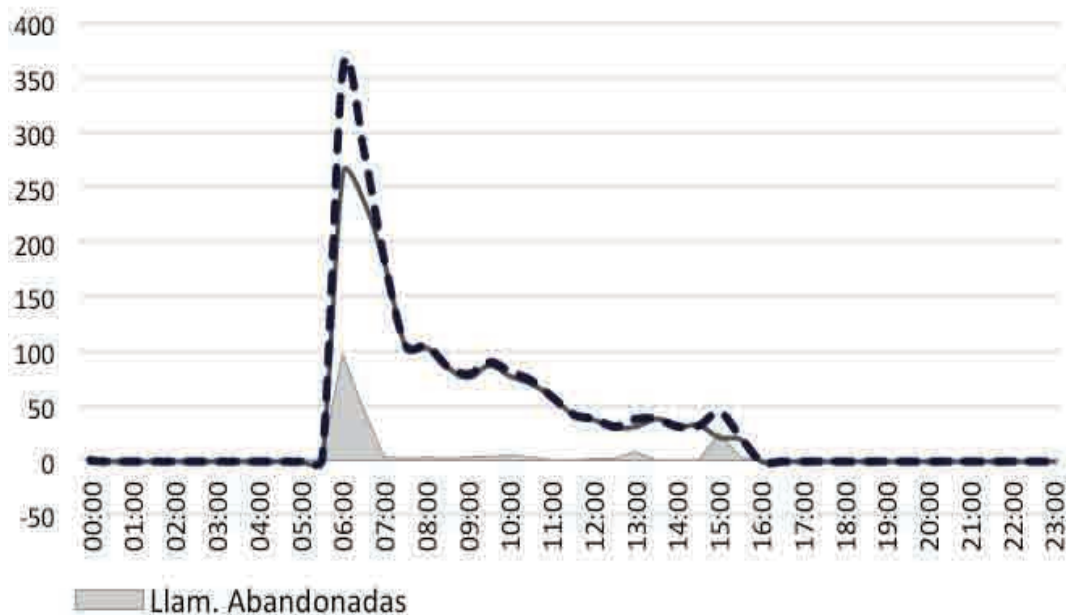
Con la cobertura actual, se beneficia un aproximado de 578,000 usuarios de los servicios de salud, lo que corresponde a un 12% de la población a nivel nacional.

Se han otorgado un total de 23,200 citas vía telefónica, lo cual implica que dichos usuarios no han hecho filas para obtener su atención médica.

Este servicio además permite conocer la demanda insatisfecha por unidad de salud, tomando como referencia las llamadas telefónicas, el cual permite a la Institución tomar decisiones en lo que a intervenciones en salud y gestión de la demanda corresponde.

La siguiente Figura ilustra el comportamiento del servicio conforme las horas de mayor demanda de servicio.

GIT: Comportamiento de la demanda de servicios de Citas al 905-MISALUD



Fuente: Proyecto Expediente Digital Único en Salud

Conforme la incorporación de más Áreas de Salud en el plan de implementación con el EDUS, se incorporarán más unidades con el servicio de citas telefónicas, el cual tiene como requisito el uso del Sistema de Identificación, Agendas y Citas para su adecuado funcionamiento.

Recordatorio de citas vía mensaje de texto (SMS)

Todos los centros de salud que utilizan el Sistema de Identificación, Agendas y Citas (SIAC) disponen de la funcionalidad de recordatorio de citas a los asegurados. Esta herramienta envía de forma automática un mensaje de texto (SMS) al celular registrado en la base de datos del asegurado, recordándole tres días antes su cita médica.

La funcionalidad de recordatorio de citas vía mensaje de texto, ha permitido reducir el ausentismo en un 25% en aquellos sitios que poseen dicha facilidad. Lo anterior ha permitido un mejor uso de la capacidad instalada institucional, máxime si se considera que el costo promedio de una cita médica corresponde aproximadamente a ₡37,100 colones.

Se han remitido a los usuarios 94,845 Mensajes de Texto, recordando la fecha y lugar de su cita médica.

Recordatorio de Retiro de Medicamentos vía Mensaje de Texto (SMS)

Se han desarrollado los elementos tecnológicos para recordar a los usuarios el retiro de sus medicamentos, en aquellos Centros de Salud que utilizan la preparación anticipado de éstos.

En las unidades con este servicio, previo a la implementación del recordatorio, el porcentaje de no retiro de medicamentos, corresponde al 8.8%. Como resultado del mensaje de texto, el porcentaje de no retiro se redujo en un 28%. Lo anterior es sumamente representativo si se considera además que el costo de preparación de una receta asciende aproximadamente a los 1.065 colones.

Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad vía Mensaje de Texto (SMS)

Tomando como referencia la base de datos de Asegurados, perteneciente al Sistema de Identificación, Agendas y Citas (SIAC), se ha promovido la remisión de mensajes de texto a celulares de los usuarios como un medio para realizar promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

El primer esfuerzo materializado en esta línea corresponde a la cesación del fumado en adolescentes y adultos jóvenes. Es este campo se emitieron 10,000 mensajes de texto con mensajes dirigidos en esta línea.



Bajo el lema “vacunación es una responsabilidad compartida”, se celebró en abril de 2013, la Semana Panamericana de la Vacunación. En la imagen, el doctor Hugo Prado, quien fuera representante de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en nuestro país, inmuniza a una asegurada del área de salud de Heredia.

Capacitación y Gestión del Cambio del Proyecto Expediente Digital Único en Salud

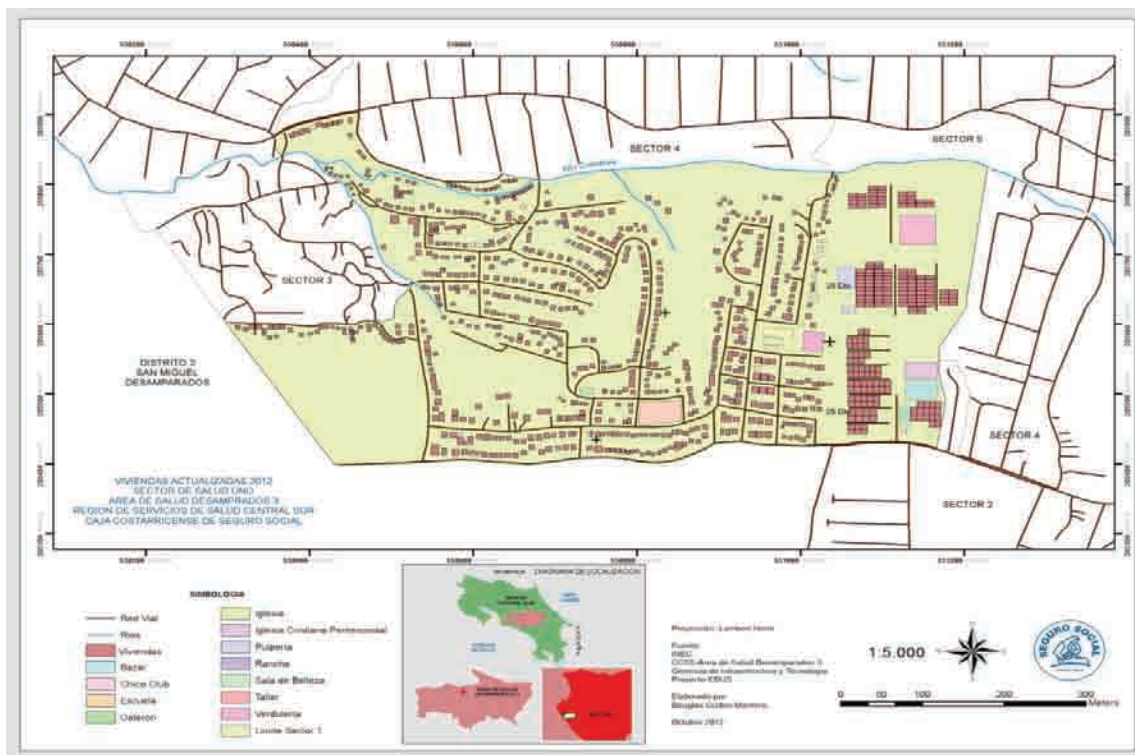
Se han brindado capacitaciones al menos 1,500 funcionarios de la Institución, incluyendo personal de Registros Médicos, Enfermería y Medicina del primer nivel de atención.

Asimismo, en conjunto con el CENDEISSS, se desarrollaron los módulos de capacitación virtual del Sistema Integrado de Expediente de Salud, los cuales han permitido la capacitación a distancia y en línea de diversos profesionales en salud.

Por otra parte, se desarrolló una metodología de gestión de cambio, siendo el EDUS el primer proyecto de la Institución que desarrolla dicho componente mediante una metodología estructurada para la inserción de tecnologías de innovación.

Integración del Sistema de Información Geográfica al Sistema Integrado de Ficha Familiar:

Se realizaron las primeras pruebas de integración del Sistema Integrado de Ficha Familiar (SIFF) y el Sistema de Información Geográfica (SIG) en las Áreas de Salud de Alajuelita y Desamparados 3. Se cuenta con 40.000 viviendas georreferenciadas. Entre las Áreas de Salud de Alajuelita, Desamparados 3 y La Unión.



Población nacional que cuenta con expediente digital.

Se logró que un 55% de la población nacional cuente con alguno de los sistemas del expediente digital. Este porcentaje se toma a partir del acceso de los sitios al expediente digital para los aplicativos y beneficia aproximadamente 2.551.475 habitantes del territorio nacional.

c. Equipo Médico

Con el propósito de fortalecer los servicios de salud en el ámbito nacional, en el 2013, la Caja Costarricense de Seguro Social, invirtió ₡2.977 millones, en equipos médicos de alta y mediana complejidad.

Los nuevos y mejores equipos médicos instalados o en proceso de adquisición permiten mejorar las acciones de detección temprana y atención de diversas patologías, para apoyar las acciones de prevención y atención del cáncer, en la población del país. A continuación se describe los equipos adquiridos y los avances en los procesos de desarrollo de futuras adquisiciones:

- **Veinte Mesas de Cirugía.**

Equipos instalados y funcionando en un 100%.

Unidades de Salud beneficiadas:

Hospitales Monseñor Sanabria, México, Tony Facio, Carlos Luis Valverde Vega, Enrique Baltodano, Calderón Guardia, Niños y Clínica Solón Nuñez.

Costo ejecutado en el 2013: ₡579 millones.

- **Veinticinco Ventiladores Pulmonares.**

Equipos instalados y funcionando en un 100%.

Monto ejecutado en el 2013: ₡345 millones.

Unidades de Salud beneficiadas:

Hospitales San Rafael de Alajuela, Max Peralta de Cartago, La Anexión de Nicoya y México.

- **Tomógrafos Helicoidales Regionales.**

Se publicó el cartel de la licitación.

Unidades de Salud que se beneficiarán: Hospital Tony Facio, Hospital Max Peralta y Hospital de San Carlos.

Costo aproximado: ₡3.608 millones.

- **Autoclaves Propósito General I Fase.**

Se logró finalizar el cartel para la adquisición de los equipos.

Costo aproximado: ₡880 millones.

- **Nueve equipos de Rayos X, III FASE.**
Se logró realizar los estudios de razonabilidad de precios.
Costo estimado: ₡3.300 millones.
- **Simulador para el Hospital México**
Se logró la recomendación técnica de las ofertas.
Costo estimado: ₡605 millones.
- **Veinticinco Máquinas de Anestesia.**
Contrato adjudicado.
Costo estimado: ₡1.000 millones.
- **Equipo de Terapia Superficial.**
Se logró la adjudicación en firme.
Costo estimado: ₡275 millones.
- **Adquisición de Equipo Médico para el Hospital San Francisco de Asís, Grecia.**
Se invirtieron ₡173 millones de colones, en la adquisición de equipo médico para diversos servicios del Hospital San Francisco de Asís, Grecia, entre los que se destacan:
 1. Adquisición de equipo médico para el Servicio de Sala de Operaciones:
 - 1 Lámpara Quirúrgica de dos cúpulas. Costo: ₡12 millones de colones.
 - 1 Máquina de Anestesia. Costo ₡27 millones de colones.
 - 1 ventilador pulmonar de transporte. Costo: ₡5 millones de colones.
 - 2 Mesas quirúrgicas. Costo ₡34 millones de colones.
 2. Adquisición de equipo médico para el Servicio de Laboratorio y Ginecobstetricia.
 - 1 centrifuga de piso. ₡6 millones de colones
 3. Adquisición equipo médico para el Servicio de Enfermería.
 - 68 Mesas Puente. Costo: ₡20 millones de colones.
 4. Adquisición de Equipo Médico para el Servicio de Gastroscopia.
 - 1 Sistema de video endoscopia digestiva alta y baja, Costo: ₡70 millones de colones.

d. Equipo Industrial

Como parte de las gestiones de conservación y mantenimiento Institucional, se realizaron acciones de coordinación para el reemplazo de equipos industriales de mediana y alta complejidad, que son parte del soporte logístico para mejoramiento continuo de los servicios que presta la Institución. En este tipo de proyectos se logró invertir ¢923 millones, destacándose proyectos como:

- **Sustitución de Calderas Hospital Psiquiátrico.**
Equipo instalado.
Monto ejecutado en el 2013: ¢137 millones.
- **Sustitución de Calderas Hospital de Grecia.**
Equipo adquirido, en pruebas de operación.
Costo: ¢200 millones.
- **Sustitución de Calderas Hospital de Guápiles.**
Equipo instalado.
Monto ejecutado en el 2013: ¢228 millones.

Acciones de la gestión en mantenimiento

Programa de Eficiencia Energética:

Se gestionó con el ICE y la Compañía Nacional de Fuerza y Luz (CNFL), un cambio de tarifa más favorable para los Hospitales de mayor consumo energético tales como: el Hospital México, Hospital Nacional de Niños, Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología, Hospital Max Terán Valls, Hospital William Allen y Edificio Laureano Echandi.

El Proyecto diseño, suministro e instalación de paneles solares para calentamiento de agua en el Hospital San Rafael de Alajuela, se realizó una transferencia tecnológica, medición del consumo de agua caliente en el hospital, estudios de preinversión y elaboración de los términos de referencia para iniciar la contratación en el 2014. La inversión estimada es de ¢140 millones.

Programa Seguridad contra Incendios y Explosiones.

Se realizaron actividades de capacitación en la Institución en materia de seguridad contra incendios, en las siguientes Unidades: Hospital Max Peralta, Área de Salud Barranca, Dirección Regional Servicios Sucursal Brunca, Dirección Regional Servicios Sucursal Huetar Atlántica y dos actividades en el CENDEISS con participantes de todo el país.

Se participó en doce actividades de coordinación institucional, se atendieron veintitrés solicitudes de asesorías y se realizaron dos evaluaciones, en materia de seguridad contra incendios y explosiones. También se actualizó el Reglamento Institucional de Protección contra Incendios.

Control de Calidad y Protección Radiológica

En cuanto al tema de Protección Radiológica, se lograron las siguientes acciones:

- Trecientos cincuenta y un evaluaciones de control de calidad y protección radiológica, en los servicios de salud institucionales o centros externos que prestan servicios a la CCSS, donde se emplean las radiaciones ionizantes.
- Doscientas veintinueve asesorías y cuatrocientos dieciocho funcionarios institucionales capacitados en control de calidad y protección radiológica.
- Se calibraron veintiséis equipos e instrumentos de medición, que son usados para la comprobación y certificación de los haces de radiación y mediciones dosimétricas de los equipos institucionales emisores de radiaciones ionizantes.
- Once pruebas mecánicas, físicas y dosimétricas de puesta en servicio (Comisionamiento) de nuevos equipos de Rayos X, adquiridos por la institución.
- Se actualizó el Reglamento del Sistema de Seguridad Radiológica Institucional.

Programa Institucional Accesibilidad al Espacio Físico (PIAEF)

La Institución continúa impulsando mediante el PIAEF acciones para la adaptación de la infraestructura perteneciente a la CCSS, facilitando el acceso a las instalaciones en forma cómoda y segura a los trabajadores y usuarios de los servicios.

Como parte de estas acciones, se brindaron seis capacitaciones y participaron ciento dos funcionarios y se realizaron siete visitas de monitoreo de la condición de accesibilidad de los espacios de atención al público. Como parte de este monitoreo, se valoró la condición de accesibilidad de treinta edificios que albergan cincuenta y seis unidades de prestación de servicios.

e. Tecnologías de Información y Comunicaciones

El aporte de las tecnologías de información y comunicaciones en los servicios que brinda la CCSS, se convierte en un elemento esencial para el cumplimiento de los objetivos Institucionales. Durante el periodo 2013, se invirtieron \$1.766 millones, que permitieron concretar acciones prioritarias para el engranaje tecnológico institucional en sus cuatro áreas, a saber: La Seguridad y Calidad Informática, las Plataformas de alta complejidad y equipamiento local, la telefonía IP y redes de comunicaciones WAN y LAN y los sistemas de información.

Con el apoyo de las Gerencias y de los Centros de Gestión Informática, se concretaron mejoras sustanciales en la plataforma de servicios en TIC en el ámbito nacional e institucional que permiten impactar en la calidad de los servicios.

A continuación se mencionan los principales logros en Tecnologías de Información y Comunicaciones:

1. La Red de Área Extendida WAN, se incrementó en un 10.5%, lográndose 843 enlaces. Se logró la interconexión por medio de fibra óptica de 27 Hospitales.
2. Se cuenta con quinientos setenta y ocho certificados de firma digital (Lector, tarjeta, driver y soporte) gestiones que dan respaldo el proyecto de firma digital en la CCSS.
3. Se desarrolló la Política Institucional de Seguridad Informática, según lo solicitado por la Junta Directiva.
 - Desarrollo e implementación de la actualización del Sistema Integrado de Farmacia (SIFA): incorpora salidas de información para los cubos del área financiera-administrativa y procesos para consolidación de bases de datos de SIFA en un único repositorio.
 - Desarrollo del Sistema Integrado de Laboratorio Clínico (SILC) que integra la recepción y envío de información con equipos auto analizadores de los laboratorios clínicos con el SIES.
 - Desarrollo e implementación facturación no asegurados y patronos morosos con modelo tarifario.
 - Desarrollo e implementación inscripción y reanudación automática WEB para inspección
 - Desarrollo y pruebas para implementación orden patronal digital, Validación de derechos en línea, pago de arreglos y convenios por Autogestión de Planilla en línea a través de SINPE, cierre en línea con entidades recaudadoras externas, domiciliación automática de cuentas.
 - Desarrollo e implementación Call Center y cobros migración del módulo de remuneración para el pago de planillas en PC.
 - Desarrollo y puesta en producción del módulo anual del Sistema Pago de Planillas (SPL).
 - Desarrollo de la Solución de Inteligencia de Negocios para la gestión de inventarios de medicamentos: Compras, Vencimientos, Existencias y Consumos, para la consolidación de los Sistemas SIGES-SICS- SIFA.
 - Desarrollo de sitio web para control de licencias de software.
 - Desarrollo de aplicación en Oracle Apex para control de solicitudes de firma digital.
 - Desarrollo de sitio web para la Gestión de Requerimientos e Incidencias.
 - Avance administrativo para organizar los servicios de TIC brindados en dos Datacenters, uno principal y uno secundario, en sitios especializados en el mercado nacional, que incluye la conformación de un requerimiento para determinar los recursos para iniciar el nuevo sitio principal y reforzar el alterno.
 - Continuidad del arrendamiento del Datacenter en Llorente de Tibás, donde se ha ubicado la plataforma principal de procesamiento y almacenamiento de la Institución que permite brindar continuidad a los servicios informáticos en el ámbito institucional.

1. Recuperación de edificios siniestrados por el terremoto del 5 de setiembre del 2012.

La CCSS cuenta con equipos de trabajo en ingeniería y mantenimiento que contribuyen en el restablecimiento de las instalaciones para la continuidad de los servicios posterior a siniestros como el ocurrido con el terremoto de Nicoya 5 de setiembre 2012.

Las acciones realizadas posterior a las emergencias, fueron inmediatas, desde el punto de vista del manejo de información al formar parte del Centro de Operaciones para Emergencias Institucional aportando el inventario de infraestructura georeferenciado de la CCSS se aportó el Sistema de Información Geográfico, que permite conocer en primer plano el panorama inicial de infraestructura en la zona del siniestro para facilitar la toma de decisiones y proseguir con las acciones como las evaluaciones de las instalaciones afectadas.

Dentro de las acciones de primera respuesta, se contrataron empresas constructoras organizadas en dos frentes de trabajo. Uno orientado a la valoración y recuperación de infraestructura del Hospital Monseñor Sanabria, el cual tuvo que ser desalojado ya que presentó daños graves en su infraestructura y el otro en la zona de Guanacaste en la cual hubo daños graves en nueve centros de salud, sucursales y ebáis.

Implicó además un diagnóstico y visitas en corto tiempo a más de 60 lugares para evaluar y valorar los daños, así como los trámites ante el Instituto Nacional de Seguros (INS).

El monto invertido alcanza los **¢5.523 millones** en obras tales como el: **hospital La Anexión de Nicoya, área de Salud de Hojanca, área de Salud de Nandayure y Ebáis 27 de Abril**

Además se impulsó un préstamo de \$270 millones el cual fue aprobado para la construcción del nuevo hospital de Puntarenas cuya sustitución se estima en \$149 millones con un área 45.000 metros cuadrados, para ser ejecutado en un plazo de cuatro años. Asimismo, este préstamo servirá para las inversiones en el proyecto Reforzamiento estructural del hospital La Anexión y su nueva torre de hospitalización y la torre este del hospital Calderón Guardia.



Autoridades de la Caja Costarricense de Seguro Social y el Gobierno de la República formalizaron el traspaso del terreno, donde se construirá el nuevo hospital Monseñor Víctor Manuel Sanabria que beneficiará a cerca de 316 000 habitantes en la provincia de Puntarenas. El diseño, construcción y equipamiento de la nueva sede del centro médico requerirá de una inversión cercana a los \$130 000 000.

2. Participación social y transparencia pública en desarrollo de proyectos de infraestructura para la salud.

Considerando la comunicación asertiva y la participación social como elementos que contribuyen en el éxito que ayudan a dar garantía de la calidad de los proyectos, la puntualidad, el cumplimiento del presupuesto y el grado de satisfacción del cliente; así como satisfacer las expectativas, generar los beneficios sociales que dan origen a los programas de inversión y el desempeño de los componentes del portafolio de inversión en infraestructura y equipamiento, la Institución ha destinado parte de su tiempo en atender acciones de comunicación, consulta, visitas a las comunidades, seguimiento, participación, involucramiento en la toma de decisiones, búsqueda de alternativas y hasta en la consecución de recurso a un conjunto de actores sociales: asegurados, representantes comunales, sindicatos, personal de la Institución, grupos organizados, diputados y entidades de Gobierno.

3. Programa de renovación de la infraestructura y equipamiento hospitalario.

Congruente con la Política Institucional “Hospital Seguro”, la CCSS está desarrollando el “**Programa de Renovación de la Infraestructura y Equipamiento Hospitalario**”, debido al costo de inversión que implica, gestionó el financiamiento con el BCIE. Este programa está conformado por tres proyectos: a) Nuevo Hospital de Puntarenas, b) Reforzamiento estructural y torre de hospitalización del hospital La Anexión de Nicoya y c) torre este del hospital Calderón Guardia.

Este programa implica una inversión de \$270 millones, para ser ejecutados en un periodo de cinco años. Como contraparte, la CCSS aportará un monto de \$46 millones al programa.



Como parte de las actividades conmemorativas del Día Mundial del Lavado de Manos, el exportero José Francisco Porras y el defensor Gabriel Badilla, ambos del Deportivo Saprissa, compartieron con niños y niñas de la escuela Guachipelín de Escazú. A los pequeños, se les sensibilizó, mediante juegos y dinámicas, sobre la importancia del lavado de manos y la aplicación del protocolo de estornudar y toser. La estrategia de lavado de manos se desarrolla en forma conjunta con la empresa Punto Rojo, socio estratégico de la CCSS.



Gerencia de Logística

Introducción

Actualmente, las Políticas de la Gerencia de Logística se orientan a una planificación vinculada en todos sus ámbitos reconociendo de previo dos grandes procesos sustantivos como lo son la producción de bienes y servicios (medicamentos, reactivos, sueros, óptica, prótesis y órtesis, confección y lavado de ropa hospitalaria) y la adquisición a través de contratación de medicamentos e insumos médicos y otros bienes y servicios.

En ese sentido, las estrategias definidas se orientan a lograr que el sistema de abastecimiento institucional responda a las necesidades de los usuarios y a la normativa vigente en esta materia, de manera tal que, el desarrollo de las metas se fundamente en un proceso tendiente a la transparencia, rendición de cuentas, simplificación de trámites, integración de los sistemas de información y una cultura de servicio al usuario.

Resultado de lo anterior en la actualidad toda actividad se desarrolla en la línea de las siguientes estrategias:

- Integración de la Cadena de Abastecimiento mediante el concepto de RED, es decir, a partir de la integración de toda la cadena de abastecimiento en el que la Gerencia de Logística figura como un prestador de servicios para el usuario final (institucional y paciente).
- Normalización y estandarización de los procesos de adquisición en las unidades de compra a nivel institucional.
- Implementación de sistemas de información que permitan la integración de información en la Cadena de Abastecimiento Institucional, con el propósito de que sea oportuna, confiable y se encuentre actualizada.
- Fortalecimiento de un modelo de adquisición basado en herramientas automatizadas y adopción de un modelo de compras electrónicas.
- Optimización del modelo de almacenamiento y distribución a nivel central y regional.
- Eficiencia en los sistemas de producción industrial interna.
- Esquema de seguimiento para lograr la simplificación de trámites en todos los procesos.

Con el fin de desarrollar una gestión orientada al servicio al usuario (interno y externo) para el mejoramiento de la Cadena de Abastecimiento Institucional, se realizó un diagnóstico del modelo de adquisición de bienes y servicios para proponer ajustes a dos grandes procesos sustantivos: el de adquisición y distribución de bienes y servicios y el de producción de bienes (productos farmacéuticos, lavado de ropa hospitalaria, fabricación de ropa, etc.) a fin de promover la eficacia y la eficiencia en la administración de los fondos públicos.

El enfoque de la cadena permitió involucrar a los actores, internos y externos en Red de Servicios de Salud, mediante la búsqueda de más y mejores opciones para la planificación, adquisición, almacenamiento y distribución de los bienes y servicios, fomentando la consolidación de compras, la utilización de convenios marco, sistemas de información integrados, entre los más importantes.

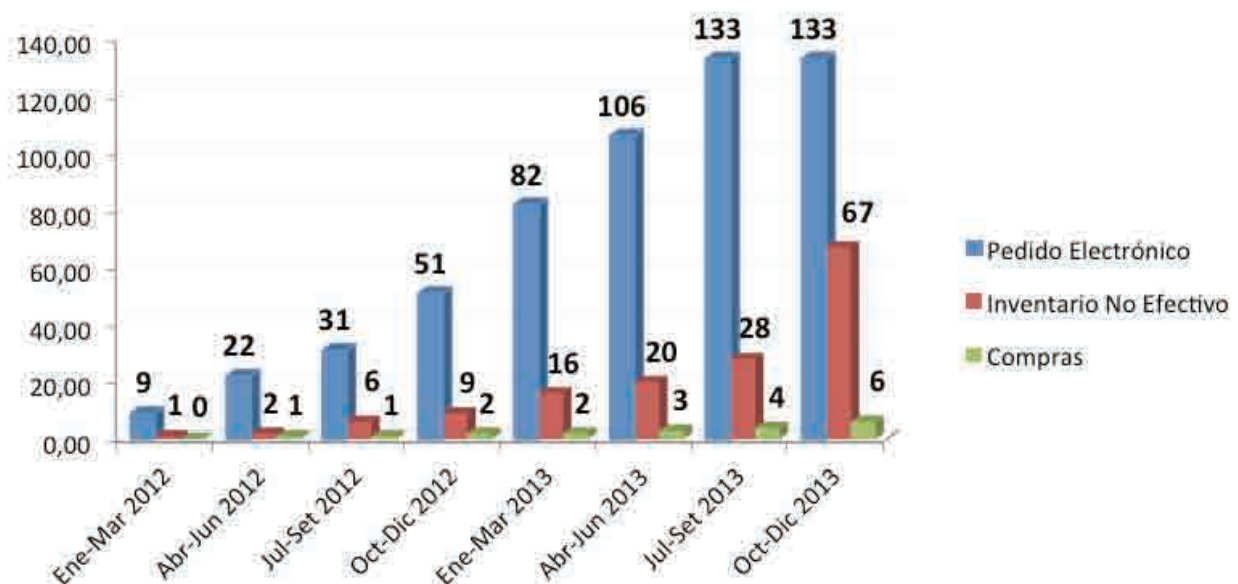
Los proyectos liderados por la Gerencia de Logística (desarrollo de proveedores, consolidación de necesidades, gestión de calidad de los bienes, etc.), son congruentes con las necesidades institucionales relacionadas con la cadena de abastecimiento, con una visión de servicio hacia los usuarios finales de los bienes adquiridos y que finalmente impacta en la satisfacción de los servicios de salud.

Todo lo anterior bajo el objetivo estratégico de **desarrollar la inteligencia operacional de la cadena de abastecimiento de la Red Institucional, enfocada a la satisfacción de las personas usuarias**, que se vincula con las siguientes líneas:

- Normalización, estandarización y homologación de la cadena de abastecimiento institucional.
- Promoción e implementación de soluciones tecnológicas integradas y mejora de la infraestructura en la cadena de abastecimiento.
- Desarrollo de una gestión orientada al usuario interno y externo.
- Integración de canales de comunicación inter-institucionales e intergerenciales.

a. Sistemas de información

- **Implementación Sistema de Información Gestión de Suministros (SIGES) en la Red de Servicios.**



I Etapa: Implementación del módulo de Pedido Electrónico: Se cuenta con 133 unidades que representan el 100% de los centros médicos realizando el pedido en forma electrónica; el cual se realiza tanto en las proveedurías como en las farmacias de cada centro médico.

II Etapa: Implementación del módulo de Inventarios: se cuenta con 67 unidades ejecutoras capacitadas e implementadas en este módulo. Con dicha implementación se está impactando Institucionalmente unos \$ 191.232.886,24 (¢ 100.206.032.388,26) representando un 79.41% del total de despachos del año 2012. (Tc \$ aprox ¢524,00).

Dichas unidades son las siguientes de acuerdo con su categoría:

Nombre del Centro	Cantidad de centros
Hospitales Nacionales	3
Hospitales Especializados	6
Hospitales Regionales	6
Hospitales Periféricos	12
Clínicos Metropolitanas	7
Áreas de Salud	33

Detalle de los centros:

Hospitales Nacionales:	
1.	Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia
2.	Hospital San Juan Dios
3.	Hospital México
Hospitales Regionales:	
10.	Hospital San Rafael Alajuela
11.	Hospital Escalante Pradilla
12.	Hospital Tony Facio
13.	Hospital Enrique Baltodano
14.	Hospital Monseñor Sanabria
15.	Hospital San Carlos
Hospitales Periféricos	
16.	Hospital San Vicente Paul
17.	Hospital San Francisco. Asís
18.	Hospital Carlos L. Valverde
19.	Hospital de Guápiles
20.	Hospital William Allem
21.	Hospital Max Terán
22.	Hospital La Anexión
23.	Hospital Upala

Hospitales Periféricos

24. Hospital Manuel Mora Valverde (Golfito)
25. Hospital Tomás Casas
26. Hospital Ciudad Neilly
27. Hospital San Vito

Clínicas Metropolitanas

28. Clínica Dr. Marcial Fallas, Área de Salud Desamparados 1 y 2
29. Clínica Dr. Solón Núñez, Área de Salud Hatillo
30. Clínica. Dr. Moreno Cañas, Área de Salud Mata Redonda Hospital
31. Clínica Dr. Carlos Durán, Área de Salud de Catedral
32. Área de Salud Catedral Noreste, Clínica Central
33. Clínica Coronado
34. Clínica Clorito Picado, Área de Salud Tibás, Merced Uruca

Áreas de Salud	
35. Clínica Marcial Rodríguez, Alajuela,	52. Área de Salud Siquirres
36. Área de Salud Aserrí,	53. Área de Salud Guápiles
37. Área Salud de Moravia,	54. Área de Salud Cariari
38. Área de Salud Goicochea 2 (Clínica Ricardo Jiménez Nuñez),	55. Área de Salud Bataan
39. Área Salud de Goicochea 1,	56. Área de Salud Guácimo
40. Área de Salud San Ramón	57. Área de Salud Corredores
41. Área de Salud Alajuela Norte (Alajuela Central)	58. Área de Salud Osa
42. Área de Salud Puriscal	59. Área de Salud Coto Brus
43. Área de Salud Paraíso	60. Area de Salud Heredia Cubujuquí
44. Área de Salud Alajuelita	61. Area de Salud Cañas
45. Área de Salud Turrialba	62. Area de Salud Alajuela Oeste
46. Área de Salud de los Santos	63. Area de Salud Limon
47. Área de Salud El Guarco	64. Area de Salud Golfito
48. Área de Salud Oreamuno	65. Área de Salud Belén-Flores
49. Área de Salud San Rafael Puntarenas	66. Area de Salud Naranja
50. Área de Salud Santa Cruz	67. Area de Salud Heredia-Virilla
51. Área de Salud Barranca	

III Etapa: Implementación del módulo de las compras de efectivo: la implementación de este módulo del sistema SIGES en los diferentes centros médicos se inició en febrero del 2012 con el Hospital San Rafael de Alajuela, como un Plan piloto para dimensionar los procesos que se realizan en la unidad en referencia a oficinas centrales; permitiendo esto homologar procesos tanto a nivel central, como a nivel de la red de servicios. Existen 06 unidades ejecutoras capacitadas e implementadas en este módulo; las cuales se mencionan a continuación:

Hospitales Nacionales

1. Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia
2. Hospital México
3. Hospital San Juan de Dios

Hospitales Especializados

1. Hospital Nacional Geriatria y Gerontología Raúl Blanco Cervantes
2. Hospital Nacional de Niños Carlos Sáenz Herrera

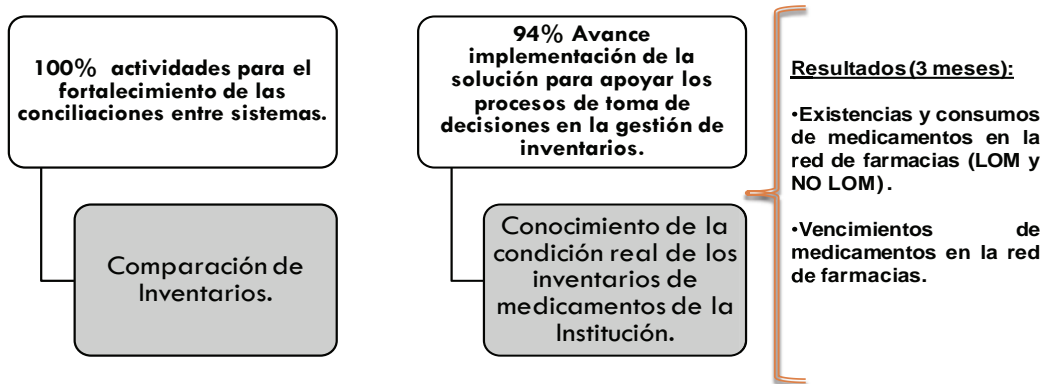
Hospitales Regionales

3. Hospital San Rafael Alajuela

Como parte de los factores críticos de éxito para llevar a cabo la implementación del SIGES en las unidades locales se encuentran: disposición del hospital, codificación distinta de los servicios clínicos y administrativos a lo interno de los hospitales, alta rotación del personal que se capacita, la plataforma tecnológica y conectividad, entre otros.

Sistemas de Información.

Integración de los Sistemas SIFA-SICS-SIGES / SIGES en RED.



b. Compras electrónicas

- Compras en la plataforma electrónica que administra el Ministerio de Hacienda Compra Red.

La Gerencia de Logística conforme a lo acordado por Junta Directiva desarrollo un plan piloto en el periodo de mayo a noviembre 2012, para la implementación de compras electrónicas, como resultado se realizaron 22 procedimientos de los cuales al término del plan se finalizaron 16 procedimientos de contratación y 6 restantes continuaron con su proceso tal y como se muestra en el siguiente cuadro resumen:

Cuadro Resumen Proyecto Compras Electrónicas Plan Piloto Mayo- Diciembre 2012				
Estado Actual de la Compra	Cantidad de Procesos	Monto Adjudicado (al tipo de cambio \$ 22-02-2013)		Tiempo Promedio de Duración con entrega de Orden de Compra (DH).
		Dólares	Colones	
Procesos de Compra tramitados por Compra Red	22			
Procesos de Compra con Acto Final: Adjudicados: 13 Infructuosos o Desiertos: 2	16	\$470.313.94	238.402.136.18	27
Procesos en Trámite con apertura realizada	3			
Procesos en Tramite pendientes de apertura	3			

Fuente: Sistema de Compras Electrónicas CompraRed Mayo Diciembre 2012.

Es a partir del plan piloto y teniendo como plataforma disponible el sistema Compra Red, cuya utilización es gratuita para la Institución, que en marzo del 2013 se inicia implementa el proceso de formalización en forma electrónicas, propiciando la organización del trabajo por líneas de producción y fortaleciendo la integración de los procesos de planificación, formalización y ejecución contractual.

Las decisiones tomadas y la gestión de cambio permitió que al mes de diciembre del 2013 se tramitaran en la plataforma electrónica 615 procedimientos de compra, cuyo monto de reserva inicial corresponde a: 68.936 millones de colones, si se disminuye de este monto los concursos anulados, desiertos o infructuosos, así como los ahorros generados, el monto corresponde a 57.600 millones de colones.

Adicionalmente en convenio marco administrado por el Ministerio de Hacienda se ha gestionado un monto de 756 millones de colones.

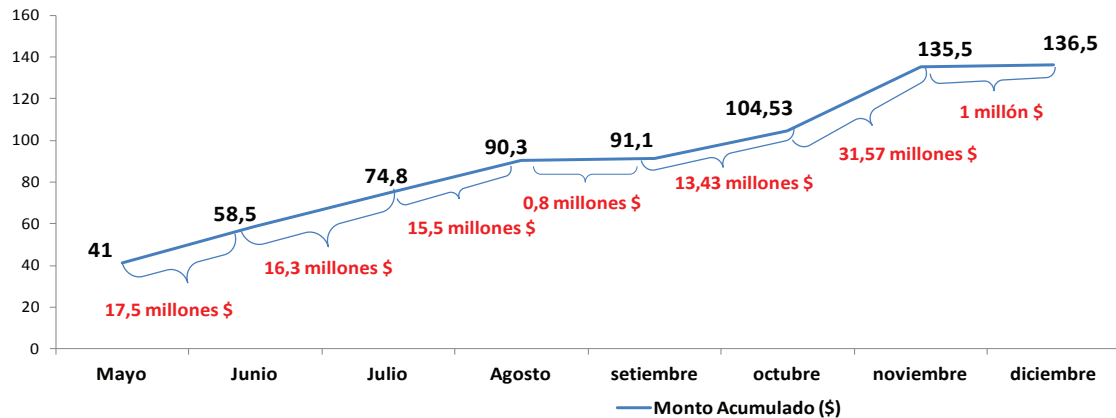
Cabe destacar que en el caso de guantes el monto estimado de la adjudicación es de 95.9 millones de colones considerando el precio unitario y la cantidad estimada ya que se ejecución es según demanda. Este convenio está en ejecución a partir de noviembre 2013.

Además, se gestionó segunda ocasión el remate Internacional del Acelerador Lineal que tenía como base cien millones en la primera puja y en esta segunda la base es de 75 millones de colones. Este procedimiento fue declarado nuevamente infructuoso.

De acuerdo con las clasificaciones anteriormente mencionadas, se ha gestionado en la plataforma Compra Red, procedimientos de contratación que ascienden a 68.936 millones tal y como se muestra en el siguiente cuadro.

Resumen Procedimientos de Compra mediante la utilización de la Plataforma CompraRed corte al 20 diciembre 2013		
Descripción	Cantidad Procesos	Monto total
Medicamentos	219	¢32 956 682 890,00
Implementos	221	¢12 938 155 069,00
Servicios Continuos	9	¢7 646 620 000,00
Convenios Marco	85	¢742 031 692,65
Visados	40	¢5 277 088 359,00
Según Demanda	40	¢9 300 571 790,49
Otros	1	¢75 000 000,00
Total	615	¢68 936 149 801,14
Monto Total \$	¢136 507 227,33	

Montos (en millones de colones) de procedimientos de compra tramitados en CompraRed -
Período 213



Fuente: Dirección de Aprovisionamiento de Bienes y Servicios. Sistema Compra Red. Ministerio de Hacienda.

En relación a los ahorros en el siguiente cuadro se presentan los ahorros estimados al mes de diciembre 2013:

Tipo Ahorro	Monto del Ahorro Diciembre
Procesal	Q3.350.640.438,97
Convenio Marco (Según metodología mensual CompraRed)	Q107,930,409
Total	Q3.350.640.438,97

• Los 3350,6 millones de colones se asocian al proceso de mejora de precios y la modernización de los procesos dado el cambio a compras electrónicas, durante el periodo comprendido.

• Los 107,9 millones de colones es de acuerdo a metodología de calculo establecida por el Ministerio de Hacienda con relación a la administración de los convenios marco y el ahorro generado con su utilización en la ejecución contractual.

Tipo de Ahorro fomentado por la competencia mercado	Monto del Ahorro
Servicios Contratación Nivel de Atención (Competencia de proveedores)	Q2.485.564.450,00
Total Ahorro	Q5.836.204.888,97

• En relación a los 2485.5 millones de colones es producto de la competencia promovida por la Institución apoyados en una plataforma electrónica.

c. Compras consolidadas

- **Opciones de negocio como solución integral para la Red de Servicios de Salud.**

La Gerencia de Logística ha realizado un trabajo de coordinación con la Red de Servicios de Salud con el fin de propiciar la identificación de oportunidades de negocio, de manera tal que por cada una de las necesidades de compra consolidadas previamente, se realiza en la actualidad un proceso de levantamiento de proyectos, siendo esta Gerencia la gestora estratégica, asesorando en temas de logística, de conformidad al objeto de contratación, tanto para la administración de riesgos como para garantizar de la mejor manera, una sana ejecución contractual, plasmado todo, desde el cartel y una transparente y fluida comunicación entre las unidades y los contratistas. Se generan compras con posibilidad de prórroga, donde en cada periodo, se vuelve a replantear el orden de prevalencia, en función de las mejoras de precios.

Lo anterior genera una dotación país más equitativa para todas las unidades, garantiza igualdad en la calidad, a su vez que se obtienen economías de escala y de tipo procesal, al consolidar las necesidades de compra y disminuir los trámites administrativos. A continuación se muestra matriz con la situación de los convenios marco/ compra consolidada:

*Cuadro Resumen.
Estado de Convenios Marco*

# de convenios	Estado	Tipo de productos	Administrador General del convenio / Compras Consolidadas
01	Ejecución a partir de noviembre 2013	<ul style="list-style-type: none"> • Guantes No Látex 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital México
03	Entregados	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo descartable para bombas de infusión • Catéter Vía central • Sustituto de Formalina 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital Dr. Calderón Guardia. • Hospital Raúl Blanco Cervantes. • Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios.
07	En desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia Endovascular (Hemodinámica). Cartel aprobado en elaboración fichas técnicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital Dr. Calderón Guardia.

# de convenios	Estado	Tipo de productos	Administrador General del convenio / Compras Consolidadas
07	En desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> • Insumos y accesorios para pacientes ostomizados. Cartel finalizado en revisión protocolo de ejecución de los que corresponden a la categoría almacenable. • Suturas. En proceso de consulta a la Red sobre los consumos • Gases medicinales. Se conformó la Comisión técnica, en confección del cartel y definición de la lista de códigos a incluir en el convenio. • Medicamentos NO LOM y lista complementaria Z. Análisis y revisión final al cartel considerando las consultas presentadas por los proveedores para proceder a solicitar el criterio técnico-legal a estas modificaciones. • Insumos para Maxilofacial La comisión Administrativa Local, está haciendo los ajustes al borrador de cartel. • Aparatos ortopédicos En proceso de aprobación de fichas técnicas, para dar inicio a la elaboración del cartel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios. • Hospital San Rafael de Alajuela. • Dirección Regional Huetar Atlántica. • Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios. • Hospital Dr. Calderón Guardia. • CENARE.

d. Producción industrial

● Integración y regionalización red de lavado institucional

La Gerencia de Logística mediante las siguientes estrategias de integración y regionalización, busca desarrollar una Red de Lavado institucional integrada, eficaz, eficiente, moderna y acorde con las necesidades de la demanda de ropa hospitalaria a un mediano y largo plazo.

Estrategias de Integración y Regionalización	
<p>Integración de la Red de Lavado institucional: esquema de evaluación, fortalecimiento y normalización, coordinado con el fin de maximizar los recursos disponibles y responder de forma oportuna a los requerimientos de los centros de salud, evaluando la capacidad instalada actual y determinando alternativas de administración de dicha capacidad, bajo el desarrollo y ejecución según los planes establecidos.</p>	<p>Regionalización de la Red de Lavado institucional: Debe entenderse la regionalización como un concepto puramente geográfico estratégico que se adapta a las necesidades de la CCSS para el procesamiento de la ropa hospitalaria y que, por ende, puede interpretarse como solución o herramienta para llegar a diferentes fines, como forma de facilitar el enlace, el soporte y acercamiento de las Lavanderías Institucionales ante una crisis, eventos adversos de la naturaleza o intervenciones sindicales.</p>
Acciones implementadas	
<p style="text-align: center;">Integración</p> <p>Creación y Validación y Capacitación del Manual de Operación de Lavanderías: Manual, creado, presentado, aprobado y publicado el 06 de diciembre del 2012, en DPI-1346-2012. Se logró capacitar al personal de las 24 lavanderías institucionales para un total de 519 funcionarios.</p> <p>Creación de Guía de Evaluación de Lavanderías Privada: Guía, creada, presentada y publicada en agosto del 2013.</p> <p>Reforzamiento de Infraestructura y Equipos. Estudios de factibilidad técnica y reemplazo (lavanderías Central y Neilly).</p> <p>Plan de puesta en marcha y asignación de lavado de ropa hospitalaria del CAIS de Siquirres presentado a la Dirección de Planificación.</p> <p>Presentación de Estudios de Condiciones de Operación de la Lavandería Hospital de Grecia.</p>	<p style="text-align: center;">Regionalización</p> <p>Proyecto de Traslado lavandería de Golfito a Ciudad Nelly: Presentación e Inicio de los estudios de pre-inversión. (Nelly) y compra de equipos en trámite.</p> <p>Proyecto de Construcción de Lavandería Regional del Pacífico Central: Inicio de los estudios y requerimientos del proyecto para el primer trimestre del 2014 en coordinación con la DAL.</p> <p>Proyecto de Construcción Lavandería Regional Central Metropolitana: Re-activación del Proyecto de construcción de la Lavandería Metropolitana. Actualmente se encuentra en proceso la elaboración de los estudios iniciales.</p>



Gerencia de Pensiones

Introducción

El Régimen de Invalidez Vejez y Muerte (RIVM) es el Seguro de Pensiones más grande del país y protege a cualquier trabajador sin distinción alguno ante los riesgos de vejez, invalidez y muerte.

Constituido como el primer pilar del Sistema Nacional de Pensiones a partir de la promulgación de la Ley de Protección al Trabajador; el RIVM es un seguro administrado con gran responsabilidad y transparencia, ante la mirada vigilante de todas las instituciones estatales relacionadas con el tema y de la ciudadanía en general.

Ante el reto de mantener al RIVM sano y sostenible financieramente, las autoridades periódicamente toman medidas de corto, mediano y largo plazo para lograr ese objetivo, prueba de ello es la reforma de consenso que se dio en el año 2005 y de la que hoy se comienza a ver los impactos.

Adicionalmente, y conscientes de que el Seguro de Pensiones es un seguro dinámico de acuerdo con el entorno económico - demográfico y que requiere de revisiones y ajustes, se trabaja en la contratación de un nuevo estudio actuarial, cuyos términos de referencia se han definido en conjunto con la Superintendencia de Pensiones a fin de garantizar la certeza de sus resultados, estudio que dará las pautas a seguir a fin de que nuestro RIVM siga proporcionando seguridad y solidez a muchas más generaciones de trabajadores costarricenses.

a. Pensionados del Régimen de IVM

El Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte a diciembre 2013, registraba un total de 192.694 de casos de pensionados, distribuidos de la siguiente manera: en el Riesgo de Invalidez 49.705 pensionados (crecimiento del 0.74%), en el Riesgo de Vejez 90.048 pensionados (crecimiento del 9.43%) y en Muerte 52.941 pensionados (crecimiento de 4.01%), para un crecimiento total de 5.57%

En la siguiente tabla se muestra la distribución por riesgo desde el año 2000 al 2013.



Con una inversión cercana a los \$6.900 millones, la Caja Costarricense de Seguro Social renovó por completo los quince quirófanos del hospital San Juan de Dios, equipando a ese centro médico con las salas de cirugía más modernas de la seguridad social. En la fotografía, la licenciada Laura Chinchilla Miranda, Presidenta de la República, da por inauguradas las modernas instalaciones. Le acompañan, a la izquierda, la Dra. Hilda Oreamuno, directora médica del centro, la Dra. Ileana Balmaceda Arias, presidenta ejecutiva de la institución y funcionarios del centro médico

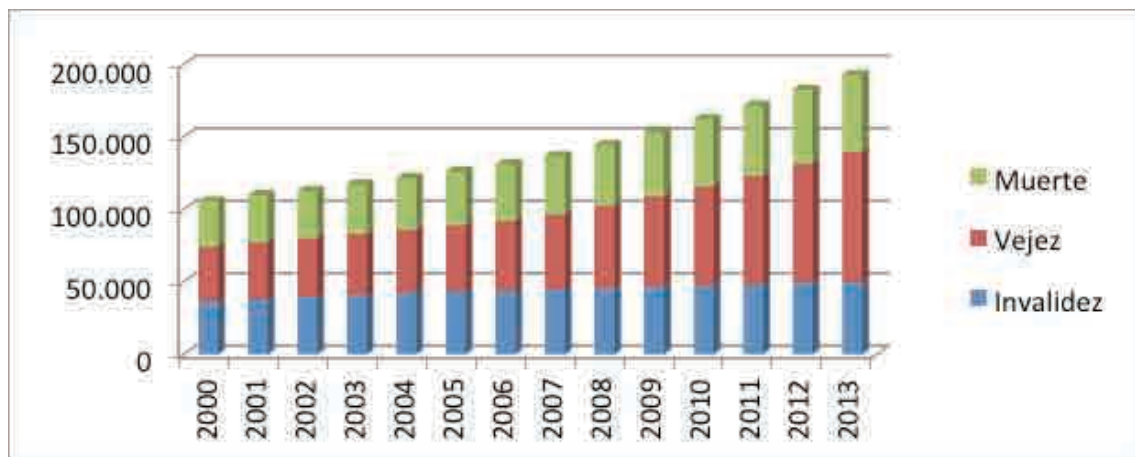
Cuadro No. 1
Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte. Casos en planilla ordinaria a diciembre de cada año
Periodo 2000-2013

Mes	Invalidez	Vejez	Muerte	Total
2000	36.503	38.051	31.120	105.674
2001	37.873	39.245	32.695	109.813
2002	39.588	40.533	32.625	112.746
2003	40.874	42.146	34.499	117.519
2004	42.436	43.684	35.854	121.974
2005	43.370	45.738	37.237	126.345
2006	43.797	48.513	38.759	131.069
2007	44.580	52.055	40.310	136.945
2008	45.571	57.008	42.027	144.606
2009	46.631	62.389	44.132	153.152
2010	47.520	68.433	46.118	162.071
2011	48.206	74.802	48.729	171.737
2012	49.339	82.287	50.902	182.528
2013	49.705	90.048	52.941	192.694

Fuente: Área de Informática, Dirección Administración Pensiones.

De acuerdo al gráfico se pueden observar dos tendencias muy marcadas, la primera es que el total de casos de pensiones para este periodo ha crecido de manera sustancial especialmente los casos de vejez y la segunda tendencia es que la importancia relativa del Riesgo de Vejez es mayor cada año, lo cual es de esperarse en un régimen de pensiones maduro.

Gráfico No. 1
Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte Casos en planilla ordinaria
A diciembre de cada año. Periodo 2000-2013



b. Cobertura contributiva IVM

La cobertura contributiva muestra el porcentaje de la población económicamente activa (PEA) en Costa Rica que se encuentra cotizando para el RIVM, el cuadro siguiente muestra este dato de forma mensual, alcanzando un porcentaje a diciembre del 2013 de 62.8%.

*Cuadro No. 2
Cobertura Contributiva con respecto a la PEA
datos mensuales, año 2013*

Mes	Cobertura
Enero	62,9
Febrero	62,9
Marzo	62,4
Abril	62,4
Mayo	62,4
Junio	62,2
Julio	62,2
Agosto	62,2
Setiembre	62,2
Octubre	62,6
Noviembre	63,0
Diciembre	62,8

Fuente: Dirección Actuarial y Económica. Área de Estadística

Durante el año 2013 tanto los patronos, trabajadores y masa cotizante presentaron un incremento en el total. La masa cotizante es la suma de salarios e ingresos reportados de población asalariada y trabajadores independientes respectivamente para un mes determinado, esta asciende a ₡589,570 millones, monto superior al año 2012, así también la cantidad de trabajadores cotizantes al RIVM aumentó a 1.411.804 personas, de la misma manera se reporta un aumento en los patronos inscritos para un total de 75.588, lo cual supera la cantidad registrada en el año 2012 de 76.722 trabajadores.

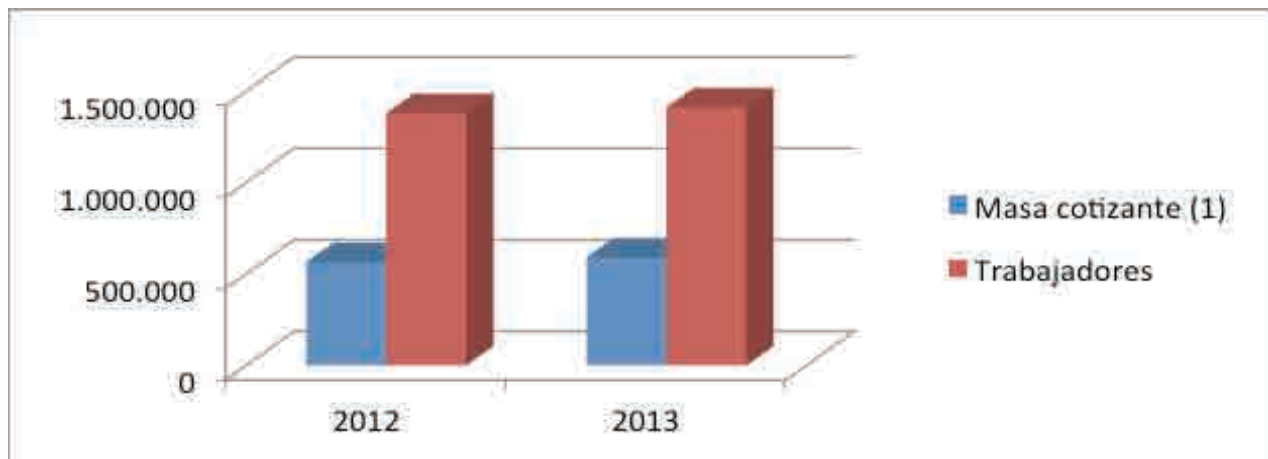
Cuadro 3
Patrones, trabajadores y masa cotizante por año, según sector institucional
 junio 2012-2013

Sector Institucional	Patrones		Trabajadores		Masa cotizante (1)	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Asalariados	76.616	78.483	1.043.934	1.061.312	510.592	524.727
Empresa Privada	65.339	65.825	835.888	843.862	321.296	342.261
Servicio Doméstico	10.059	11.440	13.234	13.948	1.907	2.043
Inst. Autónomas	1217	1217	141.918	151.036	151.120	142.061
Gobierno Central	1	1	52.894	52.466	36.269	38.362
No Asalariados	106	105	336.027	350.492	54.272	64.843
Cuenta Propia	-	-	279.718	296.044	47.154	57.036
Convenios Especiales	106	105	56.309	54.448	7.118	7.807
Total	76.722	78.588	1.379.961	1.411.804	564.864	589.570

Fuente: Dirección Actuarial Y Económica. Área de Estadística
¹ Cifras en millones de colones

A continuación se presenta esta información de forma gráfica.

Gráfico No. 2
Masa cotizante y trabajadores junio 2012- 2013
 según sector institucional



c. Régimen No Contributivo

El programa Régimen No Contributivo por Monto Básico presenta para el año 2013 un total de pensiones ordinarias acumuladas al mes de diciembre de 97.028, lo que representa un crecimiento de 4.1% de este año con respecto al año 2012.

En lo referente a la Ley 8769 (Parálisis Cerebral Profunda, Autismo, Mielomeningocele o cualquier otra enfermedad ocurrida en la primera infancia con manifestaciones neurológicas equiparables en severidad) el total de pensionados para este mismo mes es de 3.280, lo cual representa un crecimiento del 5.3%. Ambos programas tienen un total de pensionados de 100.208 personas, cantidad que se mantiene en aumento desde el año 2007.

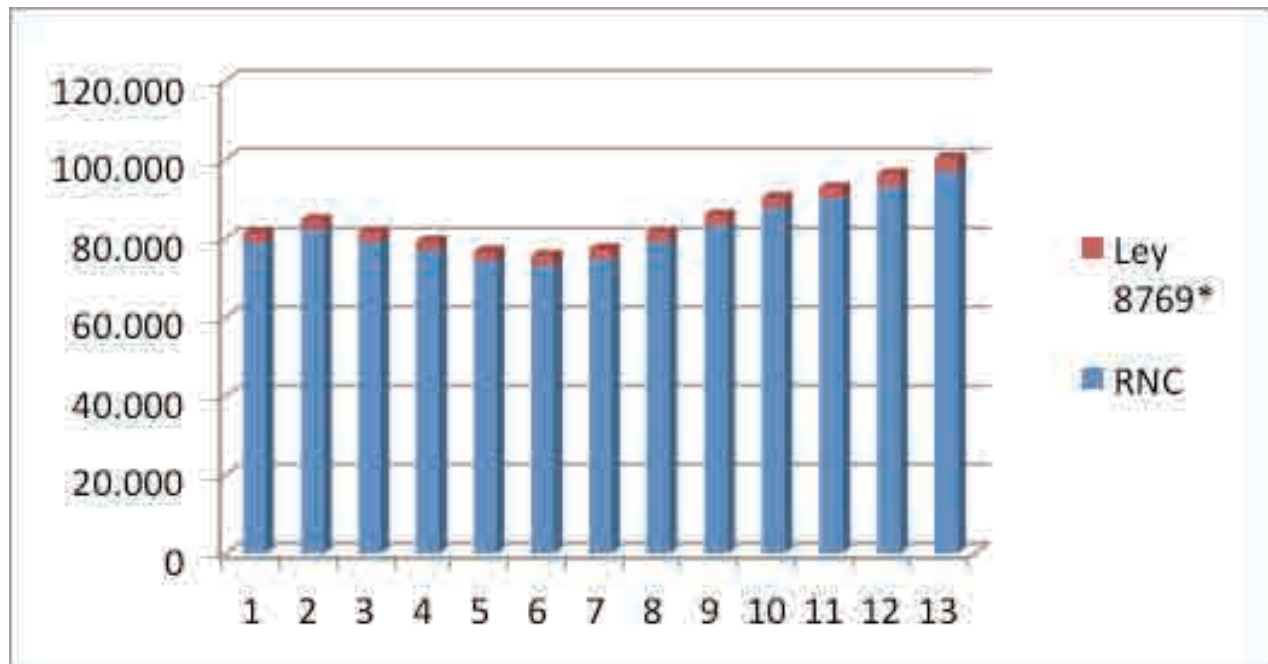
*Cuadro No. 4
Régimen No Contributivo
Número de pensiones Ordinarias y PCP
Período 2001-2013
Acumulado al 31 de diciembre de cada año*

Período	RNC	Tasa de Variación	Ley 8769*	Tasa de Variación	Total
2001	78.854		2.429		81.283
2002	82.116	4,1%	2.481	2,1%	84.597
2003	79.047	-3,7%	2.447	-1,4%	81.494
2004	76.804	-2,8%	2.434	-0,5%	79.238
2005	74.219	-3,4%	2.405	-1,2%	76.624
2006	73.146	-1,4%	2.398	-0,3%	75.544
2007	74.779	2,2%	2.406	0,3%	77.185
2008	79.005	5,7%	2.414	0,3%	81.419
2009	83.438	5,6%	2.446	1,3%	85.884
2010	87.654	5,1%	2.557	4,5%	90.211
2011	89.982	2,7%	2.815	10,1%	92.797
2012	93.182	3,6%	3.116	10,7%	96.298
2013	97.028	4,1%	3.280	5,3%	100.308

Fuente: Área Régimen No Contributivo

Gráficamente esta información se puede observar de la siguiente manera:

Gráfico No. 3
Régimen No Contributivo
Número de pensiones Ordinarias y PCP
Período 2001-2013
Acumulado al 31 de diciembre de cada año



d. Calificación de la Invalidez y Discapacidad

La Gerencia de Pensiones tiene adscrita la única dependencia competente a nivel institucional, para emitir el criterio de calificación del estado de la invalidez de los solicitantes de pensión por este riesgo en los diferentes regímenes de pensiones (IVM, RNC, Magisterio Nacional y Ministerio de Hacienda) y el criterio de discapacidad severa para la obtención de beneficios sociales, así determinado en leyes, reglamentos, circulares e instructivos de todo el país, tales como: valoraciones de discapacidad para optar por el beneficio de la Ley 8444 (exoneración de impuestos a vehículos para personas con discapacidad) y la Ley 8769 (Parálisis Cerebral Profunda, Autismo, Mielomeningocele o cualquier otra enfermedad ocurrida en la primera infancia con manifestaciones neurológicas equiparables en severidad); hechos que han aumentado la demanda de servicios.

Se presenta a continuación la producción de esta unidad médica de la Gerencia de Pensiones, en relación con los diferentes servicios de valoración médica, así como los porcentajes de aprobados y denegados de cada uno de ellos.

En lo que se refiere a la valoración de Invalidez y Discapacidad la producción que se muestra en el siguiente cuadro se refiere a los casos egresados tanto aprobados como denegados e incluye otros servicios por lo tanto no debe coincidir con las pensiones otorgadas, dado que esta labor es un insumo a tomar en cuenta dentro de todo el proceso de trámite de pensiones, para la obtención del beneficio y dependerá del cumplimiento de otros requisitos.

Realizada esta aclaración a continuación se presenta la cantidad de casos egresados en este proceso de calificación de la invalidez y discapacidad.

*Cuadro No. 5
Calificación de la Invalidez y Discapacidad
Casos egresados año 2013*

Riesgo o Beneficio	2013			
	Egresos	% Aprobados	% Denegados	% Sin Criterio*
Invalidez Régimen IVM	5,826	35,68	63,53	0,79
Invalidez para Pensión X Muerte	147	60,54	38,78	0,68
Invalidez Régimen No Contributivo	5,843	36,2	56,43	7,38
Invalidez Régimen Magisterio Nacional	211	36,02	63,03	0,95
Invalidez Régimen Ministerio de Trabajo	23	52,17	47,83	0
Invalidez Ley 8769	334	67,96	31,74	0,3
Discapacidad Seguro Familiar de Salud	1,359	68,21	31,57	0,22
Discapacidad Bono Familiar y medio de Vivienda	750	52,8	1,07	46,13
Discapacidad Ley 8444	53	30,19	43,4	26,42
Apelaciones Médico Legales	170	-	-	-
Total	14,716	40,82	53,38	5,8

Es importante explicar, que el proceso de valoración y calificación de la invalidez de la CCSS, es un proceso complejo que conlleva evaluación médica y psicológica del solicitante, de acuerdo con sus enfermedades o lesiones, fundamentada en la recopilación de toda la información médica relevante.

Principales causas de declaratoria de invalidez

Las enfermedades osteomusculares continúan siendo el primer lugar como causa de invalidez, tal y como se puede observar en el siguiente cuadro, sin embargo disminuyó su peso relativo ya que en el año

2011 estas representaban un 26.5%, en el año 2012 un 27.5%. y en el año 2013 bajó a un 22.48%. Los tumores malignos mantienen el segundo lugar en el año 2013, como causa de declaratoria de invalidez, al igual que en el año 2010 y el año 2012, ya que en el año 2011 ocupó la tercera posición, pero es notorio el porcentaje de crecimiento de un 3% en este grupo de enfermedades del año 2012 al 2013.

Las enfermedades del sistema nervioso central y periférico siguen manteniendo la tercera posición. Las enfermedades relativas al corazón y los trastornos mentales y del comportamiento, se han mantenido en los tres últimos años en el cuarto y quinto lugar, pero es importante indicar que el peso relativo de las enfermedades cardíacas aumentó en un 4.5 % en relación con el año anterior.

Las enfermedades del sistema urinario al igual que en los años 2011 y 2012, continúan en el sexto lugar y las enfermedades visuales descienden al octavo lugar a partir del año 2012.

La Diabetes Mellitus con complicaciones cambia de la posición octava en el año 2011 a la posición séptima en el año 2012 y en el año 2013.

Las enfermedades del sistema digestivo pasaron del décimo lugar en el año 2011 al noveno lugar en el año 2012 y 2013. Las neumopatías crónicas permanecen en el décimo lugar en los últimos dos años.

Cuadro No. 6
Principales grupos de enfermedades invalidantes
Período 2011 – 2013

N°	Diagnóstico	2013		2012		2011	
		Casos	%	Casos	%	Casos	%
1	Osteomusculares	435	22,48	565	27,5	548	26,5
2	Tumores Malignos	367	18,97	325	15,8	321	15,5
3	Sistema Nervioso Central y Periférico	254	13,13	297	14,5	328	15,8
4	Enfermedades del Corazón	232	11,99	154	7,49	182	8,8
5	Trastornos mentales y del comportamiento	132	6,82	149	7,25	166	8
6	Vías Urinarias	132	6,82	119	5,79	115	5,6
7	Diabetes Mellitus	107	5,53	111	5,4	83	4
8	Enfermedades visuales	70	3,62	60	2,92	95	4,6
9	Sistema Digestivo	59	3,05	59	2,87	48	2,3
10	Neumopatías crónicas	31	1,6	35	1,7	49	2,4

Fuente: Registros SIP. Dirección Calificación Invalidez

e. Situación de las inversiones

Al 31 de diciembre de 2013, el monto de la cartera total de inversiones del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte ascendió a ¢1,692,598.57 millones, de los cuales el 93.72% (¢1,586,258.10 millones) pertenecen a inversiones en títulos valorados al costo. Por su parte, el saldo de las inversiones a la vista fue de ¢27,170.99 millones equivalente a un 1.61% de la cartera total, mientras que los préstamos hipotecarios y la cartera de bienes inmuebles reflejaron en su orden respectivo un monto de ¢53,698.22 millones y de ¢25,470.96 millones, en términos porcentuales representaron un 3.17% y un 1.50% del total de la cartera de inversiones.

*Cuadro No. 7
Cartera Total de Inversiones de IVM
Al 31 de diciembre 2013
En millones de colones*

Línea de Inversión	Monto	% Partic.
Títulos valores*	1.586.258,41	93,72%
Inversiones a la vista	27.170,99	1,61%
Préstamos hipotecarios	53.698,22	3,17%
Bienes inmuebles	25.470,96	1,50%
Cartera Total	1.692.598,57	100,00%

Fuente: Sistema Control de Inversiones

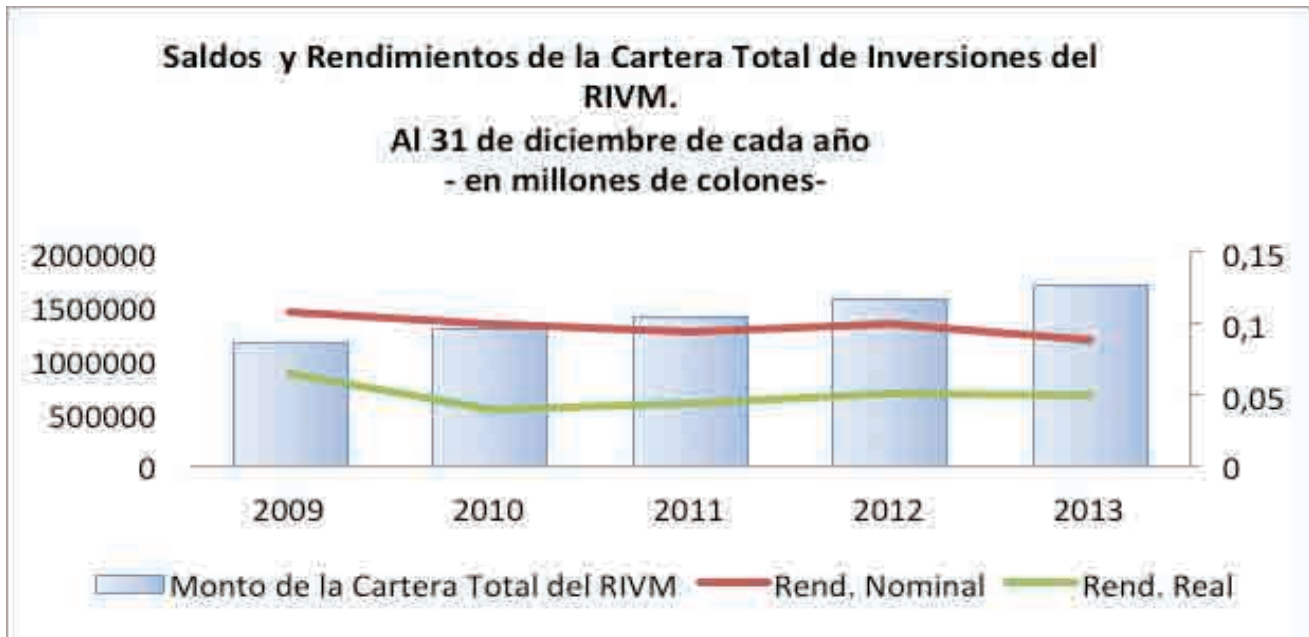
1/ Se calcula sobre la base de las inversiones a la vista, créditos hipotecarios y cartera de títulos valores que considera el valor al costo de los instrumentos

2/ Incluye Capital de Funcionamiento

El rendimiento nominal de la cartera total de inversiones al 31 de diciembre de 2013, fue de 8.82%, una vez descontada la inflación interanual alcanzada al 31 de diciembre 2013, se obtuvo una rentabilidad real del 4.96%.

El siguiente gráfico muestra el comportamiento de los últimos cinco años, del saldo y los rendimientos nominales y reales

Gráfico No. 4
 Saldos y Rendimiento de la Cartera Total de Inversiones del RIVM
 Al 31 de diciembre de cada año
 en millones de colones

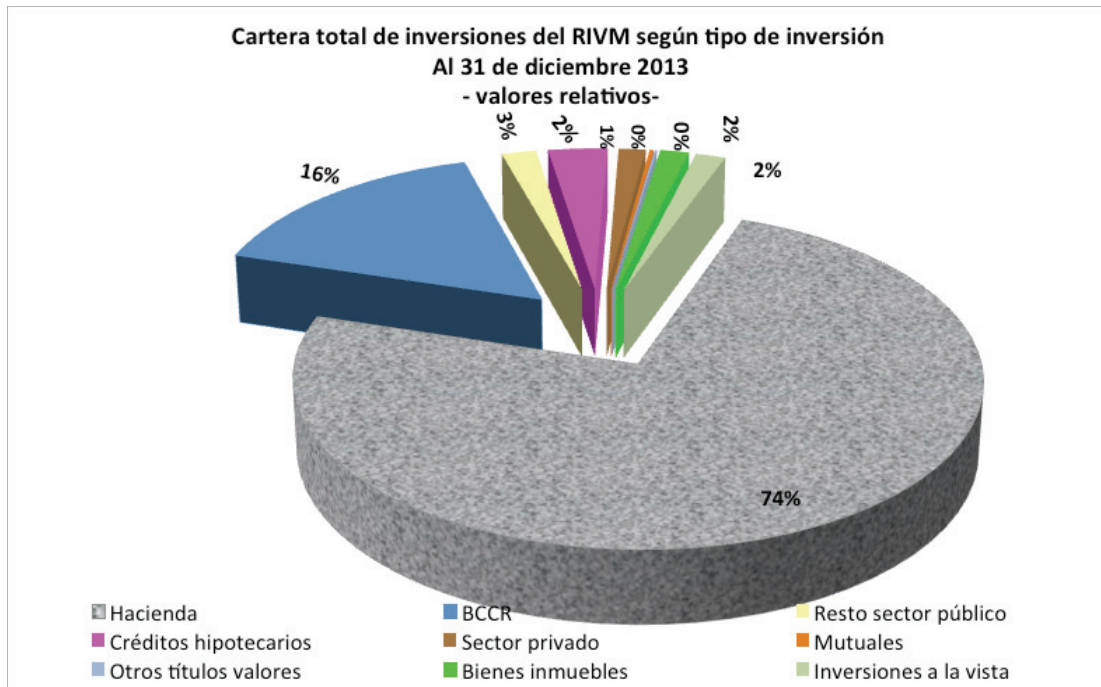


En lo relacionado con la diversificación de la cartera, debe señalarse que el tamaño de las reservas, así como las condiciones estructurales del mercado de valores costarricense inciden en que se mantenga un porcentaje importante de inversiones en el sector público, razón por la cual dicha cartera está compuesta en su mayoría por títulos valores emitidos por el Ministerio de Hacienda y el Banco Central de Costa Rica (BCCR), tal y como se desprende del siguiente gráfico:



La adquisición de dos nuevas gamma cámaras para el servicio de Medicina Nuclear el Hospital San Juan de Dios permitió realizar y optimizar exámenes con un diagnóstico más preciso sobre el riesgo cardíaco, para los asegurados adscritos a ese centro médico. En la foto, la Dra. Hilda Oreamuno, Directora del Hospital San Juan de Dios, recibe de manos del señor Abundio Gutiérrez Matarrita, presidente de la Junta de Protección Social, un cheque por 644.3 millones, dinero requerido para la compra del instrumental.

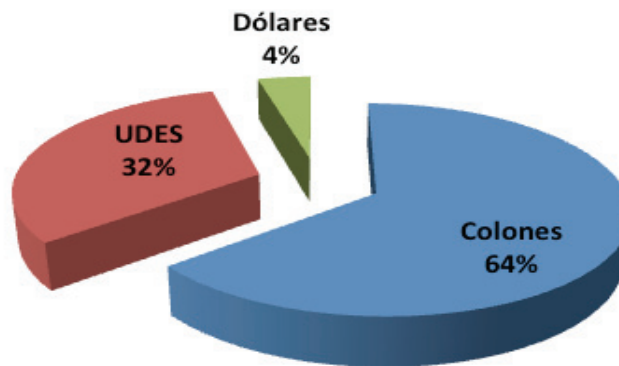
Gráfico No. 5
 Cartera total de inversiones del RIVM según tipo de Inversión
 Al 31 de diciembre 2013
 Valores relativos



Según el gráfico anterior, la cartera de títulos valores se compone de ₡1.586.258.41 millones, con un rendimiento nominal de 8.80%, donde el Ministerio de Hacienda y el BCCR representan el 90,08%.

Por unidad de cuenta, el 64,08% de la cartera de títulos valores corresponde a inversiones en colones, seguida por inversiones en Unidades de Desarrollo (UDES) con el 31,83% y dada la coyuntura económica, las inversiones en dólares representan el 4,10% de esta cartera

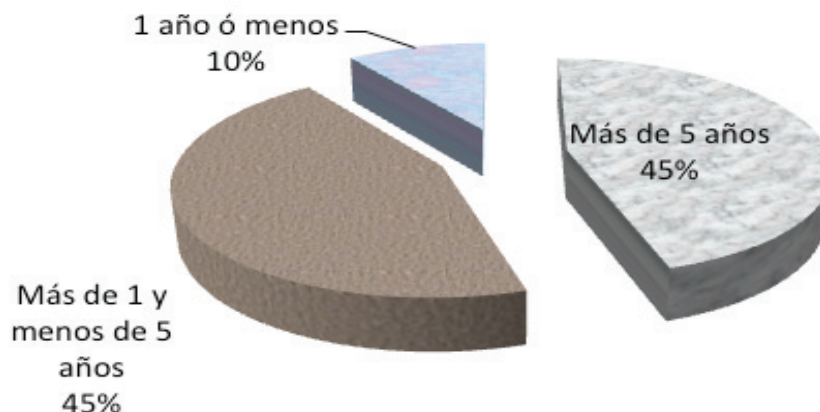
Gráfico No. 6
Cartera total de inversiones según moneda
Al 31 de diciembre 2013
Valores relativos



Cabe señalar que de estas tres unidades de cuenta (colones, UDES y dólares), son las inversiones en colones las que mayor rentabilidad generaron al 30 de diciembre del 2013.

El siguiente gráfico muestra la composición de la cartera de títulos valores según plazo, donde se observa que al 31 de diciembre del 2013 predominan los títulos valores a vencer en más de cinco años con 45,1%.

Gráfico No. 7
Cartera total de inversiones del RIVM según plazo
Al 31 de diciembre 2013
Valores relativos



Gestión de riesgos RIVM

Concentración

En el caso de las inversiones del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, se han colocado los recursos mayormente en el Ministerio de Hacienda y Banco Central, con el propósito de minimizar la exposición al riesgo de crédito, cuya concentración entre ambos es del 90.1% de la cartera total de inversiones. al respecto se ha señalado la importancia de que se continúen realizando esfuerzos con el propósito de mejorar el tema de la diversificación del portafolio y se disminuya el riesgo de concentración.

Gráfico No. 8
Concentración en el Ministerio de Hacienda RIVM
Periodo enero a diciembre 2013

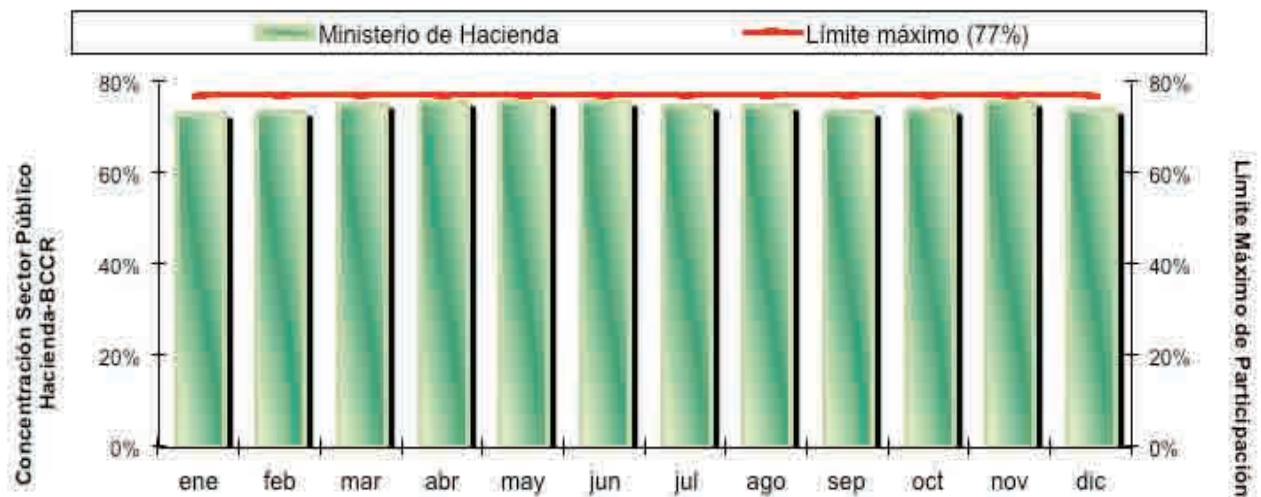
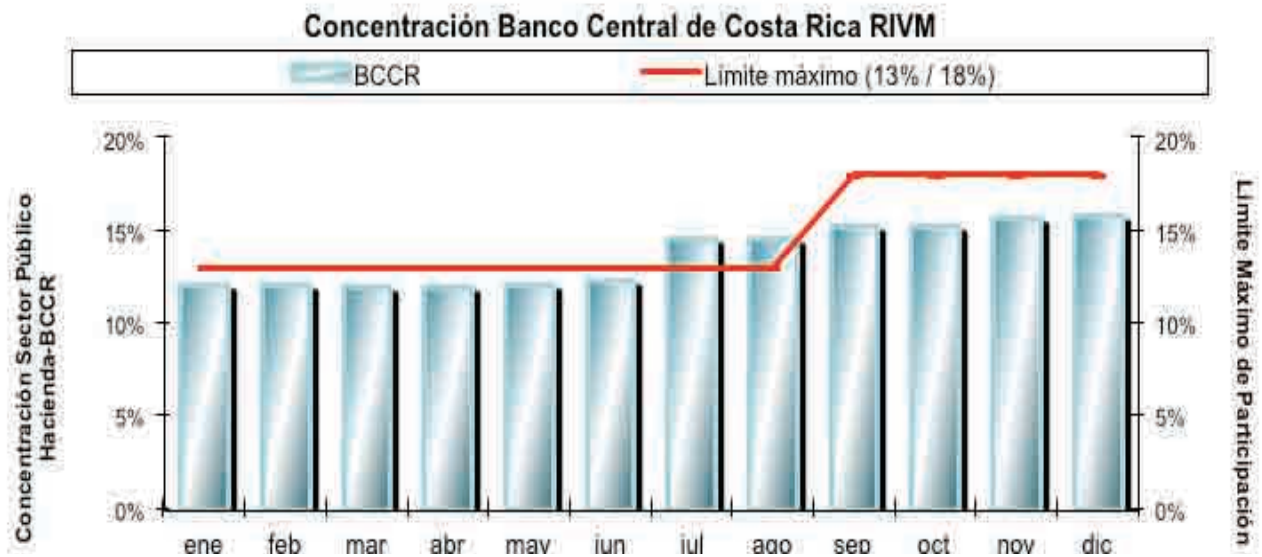


Gráfico No. 9
 Concentración Banco Central de Costa RIVM
 Periodo enero a diciembre 2013



Las inversiones que se mantienen al 31 de diciembre de 2013 de acuerdo con la Política de Riesgos (no se incluye Ministerio de Hacienda y Banco Central de Costa Rica) corresponden a emisores y emisiones con categoría de riesgo AAA (81.14%) y AA (18.86%) tal y como se aprecia en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 8
 Límites de exposición al Riesgo de Crédito Régimen de IVM
 Al 31 de diciembre del 2013

Variable	Calificación	Límites máximos	Situación Actual 1/	Monto inversión 2/	Porcentaje 3/
Índice de Crédito	AAA	100%	81,14%	49.862,19	3,14%
(Categoría de Calificación)	AA	70%	18,86%	11.588,36	0,73%
	A	50%	0%	0,00	0

Fuente: Área Administración de Riesgos

1/ Títulos del sector privado y del sector público financiero que cuentan con categoría de riesgo no incluye MH-BCCR

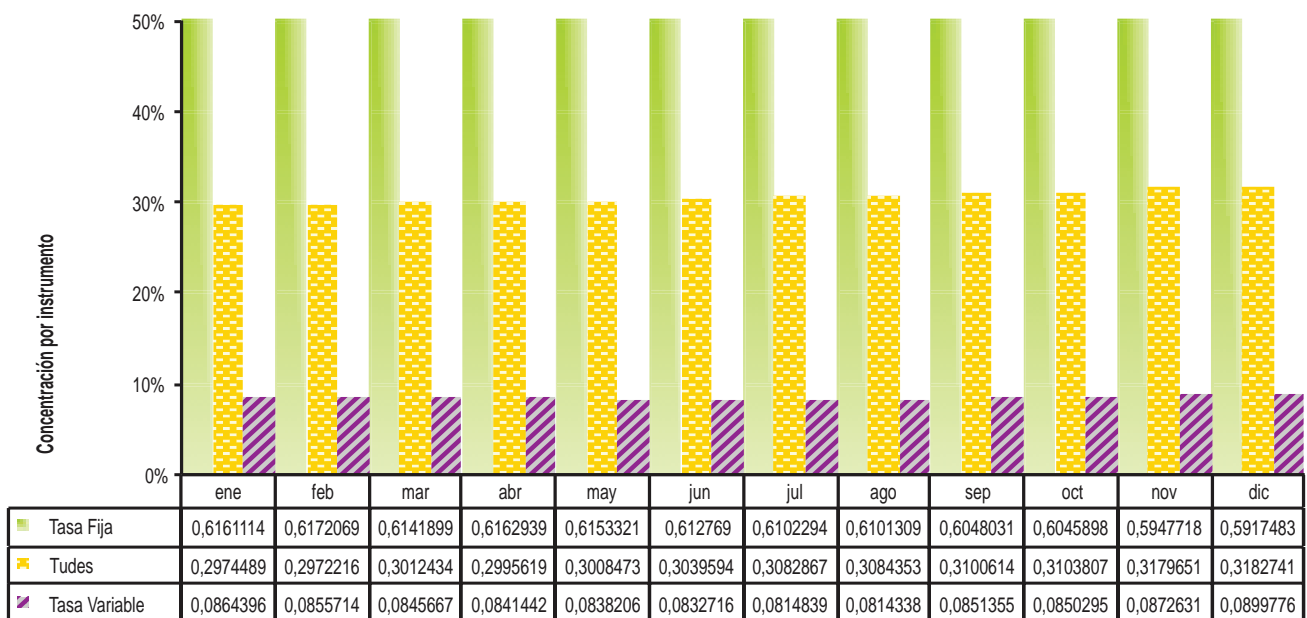
2/ En millones de colones

3/ Con respecto a la Cartera de Títulos Valores

Distribución de la cartera de títulos según tipo de tasa

Los títulos de tasa fija representaron en promedio un 61% del portafolio de títulos valores para el año 2013 (los cuales presentaron una tendencia decreciente a partir del mes de mayo del año en análisis), seguidos por los títulos en unidades de desarrollo con una participación promedio cercana a un 31% (los cuales por el contrario, han venido aumentando su participación) y en una menor proporción los títulos de tasa variable, con un porcentaje promedio cercano al 9%.

Gráfico No. 10
Distribución de la Cartera de Títulos por tipo de tasa
Periodo enero a diciembre 2013

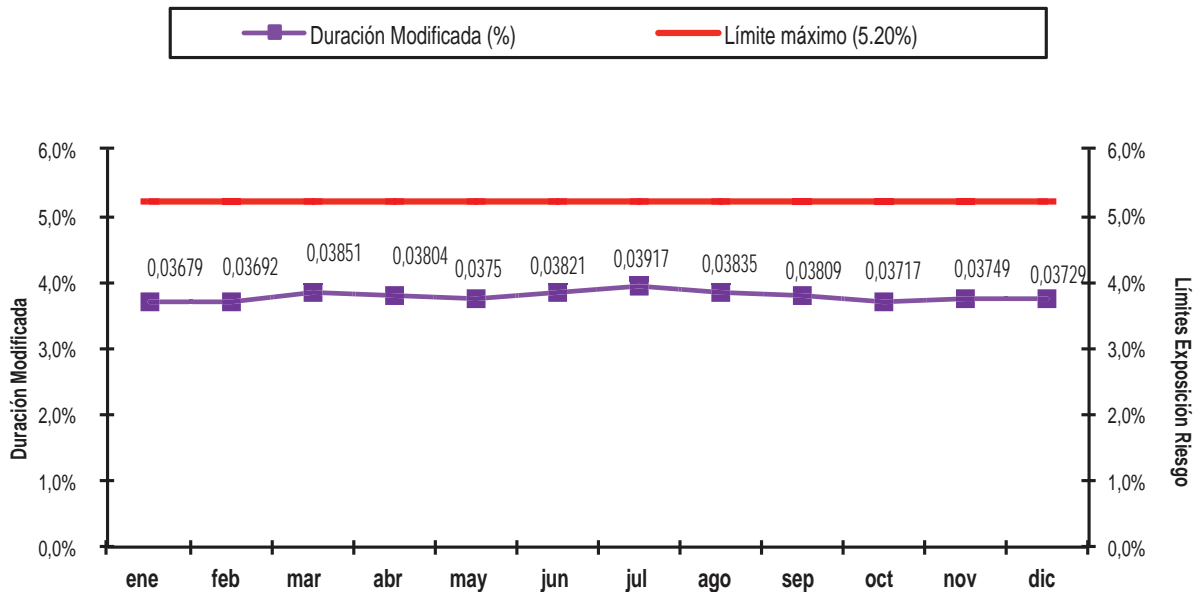


Fuente: Área Administración de Riesgos

Duración Modificada

El cálculo de la duración modificada para el mes de diciembre 2013 es de un 3.73%, lo que se considera como un buen resultado tomando en cuenta que la cartera está conformada mayormente por títulos de tasa fija y de largo plazo.

Gráfico No. 11
Comportamiento duración modificada RIVM
Periodo enero a diciembre 2013



Fuente: Área Administración de Riesgos

Además, los resultados de este indicador se mantuvieron por debajo del límite máximo establecido en la Política de Riesgos RIVM aprobada en el mes de febrero 2013, el cual es de 5.20%.

f. Créditos Hipotecarios

Resultados de colocación 2013

El año 2013, se caracterizó, por ser un año de reactivación de las colocaciones de crédito, la cual se dio a través de los dos instrumentos de crédito que fueron aprobados en el mes de junio de 2012, por la Junta Directiva de la Institución, mediante Artículo 9°, de la Sesión N° 8588, estos instrumentos han marcado un cambio positivo en la dinámica de colocación y han contribuido en forma significativa con la rentabilidad de la cartera hipotecaria del IVM, de conformidad con lo que estipula el numeral 39° de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Para el período 2013, el sistema de Préstamos Hipotecarios del Régimen Invalidez, Vejez y Muerte logró colocar un total de ₡8.461.5 millones, producto de la aprobación de 385 operaciones hipotecarias.

Lo anterior, teniéndose una distribución de los planes de inversión ponderada, los cuales presentan un comportamiento similar al de años anteriores. La composición de la colocación anual, según el plan de inversión autorizado por el Artículo N° 7, "Reglamento para el Otorgamiento de Créditos Hipotecarios en el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte", es la siguiente:

Cuadro No. 9
Composición Colocación de Créditos Hipotecarios IVM
Según Plan de Inversión (líneas de crédito)
Al 31 de diciembre 2013
En millones de colones

Línea de crédito	Cantidad de Casos	Monto	Porcentaje
Construcción	73	¢1.860.3	22,00%
Compra de Casa	155	4.093.1	48,40%
Ampliación y/o Mejoras	42	641,1	7,60%
Compra de Lote	94	1.399.7	16,50%
Cancelación de Hipotecas	21	467,2	5,50%
TOTAL	385	¢8.461.5	100%

Fuente: Informes Mensuales Área de Crédito y Cobros, diciembre 2013.

Tal y como se puede observar en el cuadro anterior, el plan de inversión más utilizado en el Sistema de Préstamos Hipotecarios del Régimen IVM durante el año 2013, fue el denominado “compra de casa”, ya que se colocó un total de 155 créditos por un monto de ¢4.093.1 millones, lo que representa un 48.4% del total colocado; en segundo lugar se posicionó la “compra de lote” con un total de 94 operaciones hipotecarias cuyo monto alcanzó ¢1.39.7 millones (16.5% del total); la “Construcción” de vivienda ocupó la tercera posición con un monto superior de ¢1.860.3 millones producto de 73 créditos hipotecarios (22.%), posteriormente con una participación significativamente menor, se concedieron 42 créditos para “ampliación y mejoras” de viviendas por ¢641.1 millones (7.6%), y 21 operaciones hipotecarias para “cancelación de hipotecas” por un total de ¢467.2 millones, lo que representa un 5.5%.

Con base en el cuadro anterior, se aprecia como la colocación del 2013 fue en un 74.22% mayor que la del 2012, año en el que se colocó ¢4.856.6 millones, asimismo fue superior también en cuanto al número de operaciones con un 51.57%, por cuanto en el año 2012, se colocó un total de 254 operaciones de crédito.

En el cuadro siguiente se detalla la colocación hipotecaria del IVM durante el año 2013, según rangos monetarios:

Cuadro No. 10
Distribución colocación de créditos hipotecarios IVM
por rangos monetarios
Al 31 de diciembre de 2013 (Millones de colones)

Rangos Monetarios	Monto Colocado	Cantidad Casos	Porcentaje (s/casos)
Menos de ¢10 Millones	¢482.1	68	18%
De ¢10.1 a ¢15 Millones	1.102.2	84	22%
De ¢15.1 a ¢30 Millones	3.111.5	144	37%
Más de ¢30 Millones	3.765.7	89	23%
Totales:	¢8.461,5	385	100%

Fuente: Informes Mensuales Área de Crédito y Cobros, Diciembre 2013.

Del análisis del cuadro anterior, se desprende que el rango monetario más representativo dentro del proceso de colocación hipotecaria del año 2013, fue el comprendido entre ¢15.1 a ¢30 millones por un total de 144 operaciones hipotecarias, para un 37.4% del total. Igualmente importante de destacar, resulta el hecho de que el 77% del total de créditos hipotecarios IVM colocados durante el año 2013, correspondieron a montos menores a los ¢30 millones, con lo que se comprueba que mantiene la premisa de que el Sistema de Préstamos Hipotecarios del IVM, está dirigido principalmente a satisfacer las necesidades de vivienda de un segmento de la población catalogada como “clase media”.

Proceso de colocación hipotecaria del IVM año 2012, según ubicación geográfica

En términos de distribución geográfica, los resultados obtenidos al 31 de diciembre de 2013, demuestran que la provincia de San José registró el mayor número de créditos IVM aprobados en el año 2013, con 225 casos para un monto de ¢4.518,2 millones, y una participación relativa del 53.4%. Las siguientes provincias en orden de importancia de colocación fueron: Alajuela con 76 créditos por un monto de ¢1.348.8 millones (15.9% del total); Heredia con 41 créditos aprobados por la suma de ¢1.197,1 millones (14.1%); Cartago con una participación del 11% producto de la colocación de 46 créditos por un total de ¢905.7 millones.

Aunado a lo anterior, la provincia de Puntarenas logró la colocación de 8 casos por un monto de ¢171.2 millones; Limón con 13 casos por un total de ¢168.6 millones y finalmente Guanacaste en donde se aprobaron 11 créditos por la suma de ¢151.9 millones de colones.

En el cuadro siguiente, se presenta el detalle de la colocación por provincia de los Créditos Hipotecarios del IVM al día 31 de diciembre de 2013

Cuadro No. 11
Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte
Número de créditos y montos aprobados por provincia
al 31 de diciembre de 2013 (Millones de Colones)

Provincia	N° de Casos	Monto	Porcentaje
San José	225	4.518,2	53,40%
Alajuela	76	1.348,8	15,90%
Heredia	41	1.197,1	14,10%
Cartago	46	905,7	10,70%
Limón	13	168,6	2,00%
Puntarenas	8	171,2	2,00%
Guanacaste	11	151,9	1,80%
Totales	385	8.461,5	100,00%

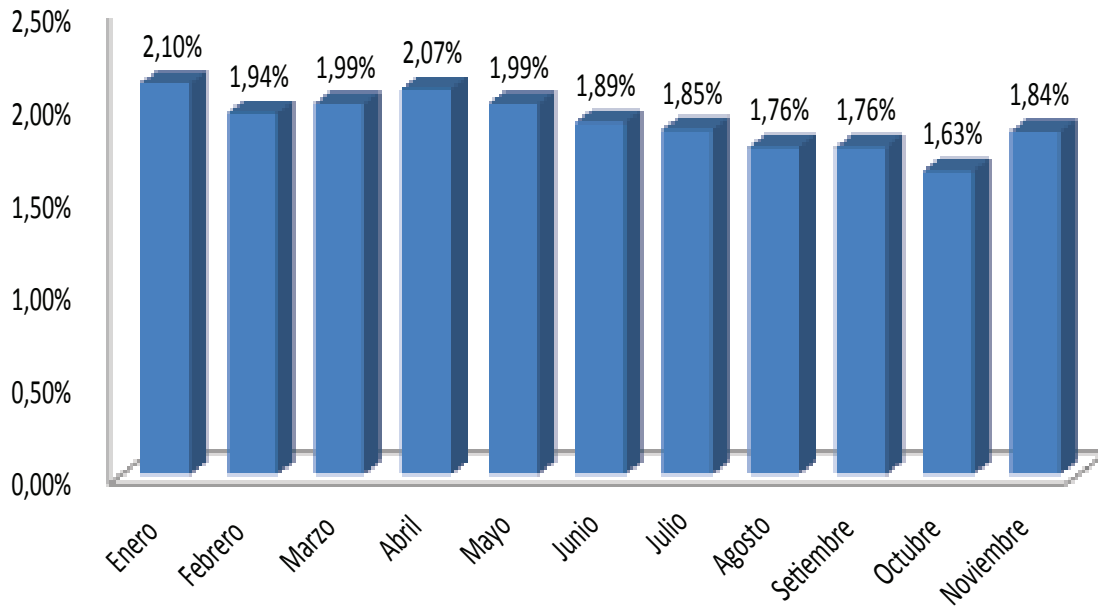
Fuente: Área de Crédito y Cobros, Diciembre de 2013.

El cuadro anterior muestra una concentración de colocación principalmente en aquellas provincias que conforman el Gran Área Metropolitana. San José, Alajuela, Heredia y Cartago; que concentran el 94% del monto de los créditos otorgados.

Morosidad de créditos hipotecarios IVM

El Indicador de Morosidad de la Cartera Hipotecaria del RIVM, mostró un comportamiento similar al de los últimos cinco años, manteniéndose durante el año 2013 en un rango que osciló entre el 1.63% y el 2.10%.

Gráfico N° 12
Indicador de morosidad cartera hipotecaria del RIVM
Período enero-noviembre 2013



Fuente: Subárea Gestión de la Cobranza, enero 2013.

Tal y como se puede observar en el gráfico anterior, el indicador de morosidad de la cartera hipotecaria del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, muestra un comportamiento dentro de los parámetros de riesgo normal considerados por la Superintendencia General de Entidades Financieras (SUGEF), por cuanto no supera el 3%, considerado como un límite prudencial.

Dicha situación se puede comprobar, del análisis del comportamiento mostrado por operaciones con morosidad mayor a 90 días, de la cartera hipotecaria del IVM durante el período comprendido entre los meses de enero y hasta noviembre de 2013.

En el mes de enero de 2013, se presentó el índice más elevado cuyo registro fue equivalente a un 2.10%; mientras que en el mes de octubre de 2013, se registró el nivel más bajo de morosidad mayor a 90 días, equivalente a 1.63%.

Resulta importante, indicar que durante los meses de mayo hasta octubre de 2013, el indicador mantuvo una tendencia decreciente, la cual que tuvo un leve incremento en el mes de noviembre 2013 (1.84%), como consecuencia de un efecto estacional.



Auditoría

Introducción

El Manual de Normas Generales de Auditoría para el Sector Público, define la auditoría como un proceso sistemático, independiente y profesional para obtener y evaluar objetivamente evidencia en relación con hechos y eventos de diversa naturaleza; con el propósito de comprobar su grado de correspondencia con un marco de referencia de criterios aplicables y comunicar los asuntos determinados, las conclusiones y recomendaciones a la respectiva Administración, con el fin de impulsar mejoras en la gestión, fortalecer la responsabilidad pública y facilitar la toma de decisiones.

A fin de cumplir con este enunciado, la Auditoría Interna realiza esfuerzos en el mejoramiento de la calidad de sus procesos, permitiendo que los productos generados sean proactivos y brinden valor agregado a las actividades que desarrolla la Administración Activa, los cuales están directamente relacionados con su aporte a la administración de riesgo, controles y procesos de dirección cumpliendo con la consecución de los objetivos de control interno: a) Proteger y conservar el patrimonio institucional contra cualquier pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal, b) Exigir confiabilidad y oportunidad de la información, c) Garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones y d) Cumplir con el ordenamiento jurídico y técnico.

En este contexto, el objetivo primordial de la Auditoría Interna es fortalecer, en el ámbito institucional, la transparencia, el mejoramiento de los sistemas de control, la eficiencia en el uso de los recursos y promover el desempeño efectivo de la gestión¹, razón por la cual las áreas de Auditoría que conforman este Órgano de Control, han enfocado sus actividades a desarrollar acciones efectivas de evaluación ex-ante, durante y ex-post, en materia de contratación, abastecimiento, infraestructura, equipamiento, financiero-contable, inversiones, pensiones, tecnologías de información y comunicaciones, entre otros temas, así como la verificación de la gestión estratégica y operativa de los servicios de salud, las sucursales y demás unidades locales de la institución, según se presenta a continuación:

a. Área de Servicios Financieros

Durante el período 2013, el área de Servicios Financieros, orientó sus actividades a la identificación de riesgos, los cuales, de acuerdo con su impacto se consideraron de alta relevancia, siendo comunicados a la Administración Activa como un insumo adecuado para la toma de decisiones en la gestión institucional, los cuales contribuyeron a la prevención de riesgos financieros y de liquidez; aspectos críticos y sustantivos relacionados con la situación financiera institucional, los registros contables y presupuestarios y las inversiones, lo anterior dentro del marco de lo que establecen los principios de contabilidad generalmente aceptados, las normas internacionales de información financiera, el sistema de control interno y demás política y normativa establecida.

El análisis del riesgo en el tema de las inversiones, es congruente con los principios insertos en el art. 39 de la Ley Constitutiva de la Caja, debido a que la inversión de los recursos deben realizarse

¹ Manual de Organización de la Auditoría Interna, Diciembre 2007

procurando el equilibrio necesario entre seguridad, rentabilidad y liquidez de acuerdo con su finalidad y respetando los límites fijados por la ley, es por esto que se indicó a la Dirección de Inversiones, la preocupación de esta Auditoría, al encontrarse montos pendientes de recuperación del Ministerio de Hacienda y el Banco Central de Costa Rica, bancos privados y de una empresa privada que totaliza ₡832.517.161,74, así como la estimación de intereses moratorios por ₡492.634.690,92, cuya suma total no recuperada corresponde a ₡1.325.151.852,66. Asimismo, no se logró estimar las sumas retenidas por concepto de exoneración del impuesto sobre la Renta aplicados a los títulos valores cero cupón emitidos por el Ministerio de Hacienda y Banco Central.

Desde la perspectiva presupuestaria, el principal riesgo que enfrenta el Seguro de Salud es la sostenibilidad financiera. En este régimen, la liquidez está muy ligada a la venta de los títulos cancelados por el gobierno como pago de la deuda del Estado, así como de la cancelación de las deudas que mantiene el gobierno con la Caja, dineros que son fundamentales para lograr el equilibrio financiero de este Régimen. La situación financiera del régimen, en cuanto a liquidez resulta muy limitada y se necesita de análisis permanente de los flujos para evitar iliquidez o tomar medidas alternativas como las que se han tomado en el pasado en cuanto al pago de proveedores.

El régimen de Pensiones, de acuerdo con su importancia en cuanto al porcentaje de financiamiento que representan en las partidas de ingresos las contribuciones y los ingresos por intereses producto de las inversiones, las áreas más críticas lo representan el análisis de los ingresos corrientes, en especial los ingresos tributarios (ingreso por concepto de contribuciones) e ingresos no tributarios (ingreso producto de los intereses que generan las inversiones).

El Seguro de Pensiones, viene generando excedentes, sin embargo, ha sido de preocupación para la Auditoría Interna, el hecho de que en algunos meses del período 2013, los gastos han ido creciendo proporcionalmente mayor a los ingresos, comportamiento que se considera bastante riesgoso y desfavorable desde el punto de vista de equilibrio financiero y actuarial, debido a que dicho régimen se caracteriza por ser de capitalización colectiva, donde la generación de excedentes y su adecuada capitalización son elementos claves para el mismo.

En lo que respecta al RNCP, desde su creación en 1974 FODESAF, ha financiado los programas sociales para la población en condiciones de pobreza, sin embargo



Gracias al convenio suscrito entre la Caja Costarricense de Seguro Social y la Junta de Desarrollo Regional de la Zona Sur, se fortalecerán los servicios médico-quirúrgicos de esa región de nuestro país. El acuerdo garantiza la inyección de cerca de ₡5 000 millones durante los cinco años que dure el convenio, lo que permitirá emprender un total de catorce proyectos.

desde 1996, estas transferencias se han caracterizado por ser incompletas e inoportunas principalmente en lo que se refiere al tributo de impuestos sobre ventas, afectando directamente este programa, debido a que la recaudación de impuestos se reduce en momentos de crisis y recesión económica.

La cartera de crédito hipotecario del RIVM, ha sido objeto de múltiples evaluaciones por los diferentes órganos de fiscalización, lo que ha generado una serie de disposiciones, recomendaciones y /o requerimientos, muchas de las cuales se encuentran pendientes o en proceso. Este hecho podría incidir en el programa de créditos hipotecarios, dadas las deficiencias en los sistemas, la reestructuración, los riesgos operativos y técnicos, entre otros aspectos determinados en las evaluaciones.

Las intervenciones a los Estados Financieros fueron orientadas a valorar la razonabilidad de la sostenibilidad financiera tanto del SEM como del IVM. Resultado de la intervención a los estados financieros del Seguro de Salud, se observó que en el período 2011 - 2012, hubo un “exceso de productos sobre gastos” dado que los Ingresos crecieron en una proporción mayor a los gastos. En cuanto al Seguro de Pensiones, se determinó que en el período 2011 - 2012, los ingresos crecieron en una proporción inferior en relación con los gastos. Además, los “excedentes” han venido en descenso disminuyendo en el 2012 por debajo de las cifras que se obtuvieron entre los períodos del 2005 al 2011.

Con respecto al registro contable, es importante indicar, que la responsabilidad sobre el Sistema de Información Financiera de la entidad recae en la Gerencia Financiera, la cual debe velar por la estabilidad y sostenibilidad económica y financiera de la institución y proporcionar información oportuna y confiable sobre la situación financiera de los Seguros de Salud y Pensiones; razón por la cual se ha informado en el análisis de las cuentas bancarias, la existencia de transacciones sin depurar que no se concilian en forma oportuna; se determinó inconsistencias y/o debilidades originadas principalmente por la ausencia de conciliación y revisión de la información (movimientos) que se consignan en las subcuentas que conforman la cuenta de mayor 134-00-3.

En cuanto a las intervenciones en otros fondos, se buscó valorar la sostenibilidad financiera, y la exposición al riesgo de liquidez. En cuanto al Fondo de Retiro de los Empleados de la Caja (FRE) y el Fondo de Ahorro y Préstamo (FAP) son dependencias de la Caja y supervisados por la SUPEN, las evaluaciones programadas coadyuvan en analizar la adecuada administración y evaluación de los riesgos inherentes que son sujetas las inversiones.

b. Área de Servicios de Salud

En materia de salud, durante el 2013, se evaluaron y analizaron diferentes temas, comunicando a la administración activa los resultados de los hallazgos y las respectivas recomendaciones, de lo cual se detalla a continuación:

Se evaluó la organización y funcionamiento del Programa Institucional de Donación y Trasplante de órganos, tejidos y células, comprobando que no existe a lo interno, una estructura organizacional

formalmente establecida para el desarrollo de esta actividad; además no se dispone de normativa o procedimientos debidamente avalados para los procesos de extracción, manejo, conservación y transporte de órganos y tejidos, en los diferentes centros médicos. En la última década, la cantidad de procedimientos realizados muestra un comportamiento creciente de los trasplantes de córnea, riñón y médula ósea, mientras que los de corazón, hígado y hueso, presentan un decrecimiento, incluso se evidencia que recientemente no se reportan cirugías de este tipo.

Respecto a la Promoción de la Salud, se fiscalizó el cumplimiento de las políticas, estrategias y acciones institucionales, así como su contribución a posicionar el componente, como un eje fundamental del Primer Nivel de atención, determinando que aún cuando existe interés, el desarrollo es limitado y con resultados poco esperados, quizás una pérdida de relevancia a través del tiempo, considerando que se han excluido de los planes institucionales acciones relacionadas con este tema, al punto que en el Plan Estratégico Institucional 2010-2015, solo se incluye una acción que mezcla los componentes de la Prevención de la Enfermedad y Promoción de la Salud, sin que exista claridad sobre las acciones a ejecutar; así también se determinó, que en el Plan Táctico de la Gerencia Médica, para el período 2010-2015 solamente se definió una acción a desarrollar sobre los citados componentes.

Por otra parte, la Auditoría realizó evaluaciones en el tema de metrología, entendida como la ciencia de las mediciones, procediendo a revisar la aplicación de rutinas de verificación y calibración a los equipos médicos utilizados para la prestación de servicios de salud en general, así como los controles metrológicos implementados en el abastecimiento de insumos de alto consumo, determinado que las regulaciones nacionales en el tema de metrología están enfocadas a esfigmomanómetros, termómetros, instrumentos de pesaje y controles en abastecimiento de combustibles, que si bien a nivel institucional existen dos áreas que efectúan este tipo de controles, se carece de lineamientos propios que permitan a los diversos centros médicos disponer de guías o protocolos de mantenimiento preventivo y correctivo que incluyan aspectos de medición y calibración, dejando esta responsabilidad en el nivel operativo, situación que puede generar un mayor costo en cuanto a la calibración de equipo médico especializado.

Se evaluaron los Servicios de Patología, tanto en el hospital México como en el Hospital San Vicente de Paul en aspectos relacionados con la organización, funcionamiento y gestión, evidenciando situaciones comunes ligadas a estos servicios. Los parámetros con los que actualmente se planifica la prestación de servicios en estas unidades médicas especializadas y con los que se establece la capacidad de producción, no se han actualizado desde hace 15 años. Asimismo, en el tema de la gestión de los recursos debe fortalecerse el control que justifique el uso y pago de del tiempo extraordinario para el procesamiento de biopsias y contribuir con la emisión oportuna de los diagnósticos.

Se analizó la gestión del Servicio de Emergencias del hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, el cual brinda aproximadamente 150 mil atenciones al año y un crecimiento aproximado del 11%. No obstante, debe fortalecer su funcionamiento, con mayor proactividad y liderazgo, a fin de asegurar el óptimo aprovechamiento de los profesionales médicos disponibles, mejorar los niveles de producción a partir del fortalecimiento de los procesos de planificación, organización, conducción, dirección y control, que permitan mejores decisiones para optimizar los recursos, tanto a nivel del Servicio, como de Red.

En lo que corresponde a servicios farmacéuticos se realizaron evaluaciones en unidades de los tres niveles de atención, áreas de salud, hospitales regionales y nacionales, determinado en términos generales, la importancia de fortalecer los controles en la adquisición de fármacos y especialmente de las fechas de vencimiento a fin de obtener su uso racional, evitando pérdidas económicas, ya que este tipo de insumos tienen un alto costo para la institución.

En el hospital Dr. Rafael Angel Calderón Guarida, el estudio evidenció debilidades en la gestión técnico-administrativa y funcionamiento del Servicio de Farmacia, que reflejan la ausencia de una adecuada dirección y conducción en los procesos de planificación, organización, supervisión y control, especialmente en las condiciones de almacenamiento y conservación de los fármacos ya que las prácticas no son las más adecuadas, debido a los problemas de infraestructura, situaciones que afectan la calidad de los servicios farmacéuticos ofrecidos por la institución a los pacientes.

De acuerdo con el tema de compra de servicios, se evaluó el cumplimiento de las cláusulas del contrato suscrito entre la Caja y COOPESALUD R.L. referente a la prestación de servicios integrales en el primer nivel de atención reforzado en el Área de Salud de Pavas. Se determinó la necesidad de ajustar, por parte de COOPESALUD R.L., algunos aspectos para fortalecer la prestación de Servicios, entre ellos: el control de paciente atendidos, manejo del ausentismo, indicadores de gestión, sustitución de citas y horas programadas y utilizadas por los profesionales médicos, que permita ofrecer a la población, mejores niveles de cobertura, eficiencia, eficacia y calidad de los servicios.

Se evaluó el Plan Global de Inversiones, específicamente el Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red de Servicios de la CCSS. Al respecto, se procedió a verificar la razonabilidad de las acciones iniciales adoptadas, referentes a los estudios de pre factibilidad relacionados con la prestación de los servicios de radioterapia para la población adscrita de los Hospitales San Juan de Dios, Nacional de Niños y Nacional Geriátrico y Gerontológico; comprobando que órganos de la misma Gerencia Médica, involucrados en la ejecución de este proyecto con un costo estimado de \$ 14.000.000.00 (catorce millones de dólares), presentan posiciones diametralmente opuestas respecto a la pertinencia, ubicación, alcances y justificación; una instancia en su condición de Director del Proyecto y la otra instancia técnica responsable de la planificación de la oferta de servicios de la Institución, según la misma estructura organizacional



Gracias al esfuerzo conjunto realizado entre la Embajada de los Estados Unidos, la Fundación Ana Ross y la Caja Costarricense de Seguro Social, se inauguró el moderno mamógrafo del Hospital Tony Facio Castro. Este equipo, valorado en \$90 000, permite optimizar el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno contra el cáncer de mama en la zona Atlántica del país.

de ese nivel gerencial, lo que obliga a un replanteamiento de los estudios que se están presentando como insumos para adoptar la decisión de la factibilidad de este proyecto.

Como aspecto estratégico se evaluó la planificación de los proyectos de inversión en infraestructura de mediana y alta complejidad, así como la revisión y análisis de los procedimientos para la elaboración de los productos de las etapas de planificación y diseño de obra física, observando la necesidad de fortalecer el proceso de conducción técnica en la administración de los proyectos, entendido como una figura que debería realizar las labores de planificación, organización, dirección, control y documentación; analizar e informar sobre las consecuencias de los cambios o desviaciones; integrar los trabajos técnicos de cada Gerencia y dependencias implicadas, lo cual conlleva mantener la trazabilidad de los proyectos desde la idea original, hasta la puesta en marcha y la evaluación ex post.

La necesidad de ordenar el proceso de gestión de proyectos en la Institución es indispensable y encuentra fundamento en los montos aprobados para el Portafolio de Inversiones en Infraestructura y Tecnología, aproximadamente \$660 millones para 333 proyectos en el periodo 2009-2013, \$800 millones para 201 proyectos en el periodo 2012-2016, y \$587 millones para 176 proyectos en el último balanceo (2013-2017).

c. Área Servicios Administrativos, Abastecimiento e Infraestructura

En cumplimiento del Plan Anual Operativo 2013, el área Servicios Administrativos, Abastecimiento e Infraestructura orientó sus actividades de fiscalización a los procesos sustantivos de la institución relacionados con el abastecimiento de bienes y servicios, infraestructura, recursos humanos, inspección y cobros, mediante los cuales emitió las recomendaciones para el fortalecimiento y mejoramiento de la gestión institucional.

En lo que respecta al abastecimiento de bienes y servicios, se observa la necesidad de actualizar las regulaciones vigentes en materia de aprobación interna de los contratos, debido a que esta actividad se desarrolla con base en el Reglamento de Refrendos del año 2000 y la Ley y Reglamento de Contratación Administrativa anterior, que incluían aspectos no vigentes actualmente, por lo cual se requiere la aprobación de un instrumento normativo que regule esta actividad.

En materia de compras urgentes promovidas en el Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios, se evidencia contrataciones que tardan entre 7 a 56 días hábiles para culminarlas, lo cual no es concordante con los fundamentos apremiantes que les dieron origen, tema que debe ser valorado por la Administración Activa. Igualmente se considera necesario establecer mecanismos de control para verificar la ejecución de los procesos, debido a que persiste el deber de monitorear y supervisar las actividades que se realicen.

Además, los estudios revelan la importancia de fortalecer los mecanismos para garantizar la confiabilidad de la información incluida en el Sistema Integrado de Actividad Contractual de la Contraloría General

de la República, siendo relevante la implementación de planes para aseguramiento de la calidad de la información incluida en el citado sistema.

En lo que concierne a la compra de reactivos para los laboratorios clínicos de la institución, las evaluaciones permiten concluir que se requiere desarrollar los procesos para identificar las necesidades de pruebas efectivas y equipos para los laboratorios clínicos institucionales, y perfeccionar los criterios utilizados en la selección, distribución e instalación de los equipos en los distintos centros de salud, además, de diseñar y divulgar lineamientos que orienten la gestión ante el cambio en la contratación a prueba efectiva.

En la evaluación de la venta de medicamentos a entes externos, se observa la inexistencia de procedimientos oficializados a nivel institucional para regular esta actividad, lo cual no permite a la administración estandarizar las actividades del proceso de recepción, verificación y aprobación en la venta de medicamentos, ni facilita la orientación del personal a cargo de estos procesos, lo que afecta los posteriores procesos de fiscalización.

La evaluación de proyectos de obra pública, también evidencia la necesidad de desarrollar rigurosos procesos de inspección de las edificaciones, con el propósito de garantizar que se ejecuten con calidad y en concordancia con lo pactado. Igualmente se observa que es necesario mejorar la formulación de los presupuestos de los proyectos y desarrollar a nivel institucional los procedimientos y protocolos para la atención de emergencias en infraestructura dañada por desastres naturales, tecnológicos o humanos.

En cuanto a la gestión de recursos humanos, los estudios evidencian que el pago de tiempo extraordinario se ha convertido en una de las partidas en las que se consume una cantidad importante de los recursos financieros de la institución y al adquirir una connotación permanente se muestra un gasto en constante crecimiento. Al respecto, la administración necesita establecer indicadores de productividad que le permita analizar el rendimiento del funcionario durante la jornada extraordinaria y ordinaria. También, se determina que debe reforzarse las actividades de control de los pagos para evitar erogaciones inadecuadas o improcedentes, que podría representar pérdidas a la institución.

También en esta temática, se determina de alta relevancia, regular y controlar la gestión de pago del incentivo de carrera profesional, para lo cual se considera pertinente analizar la sostenibilidad financiera en el mediano y largo plazo del sistema actual, así como lo razonable desde el punto de vista financiero y técnico de las metodologías utilizadas para otorgar los puntajes, las opciones que podrían ser valoradas por la administración para los nuevos funcionarios que ingresen a laborar a la institución, con el propósito de determinar si corresponde efectuar un replanteamiento de la forma en la cual ha venido otorgándose esta retribución salarial.

En cuanto al otorgamiento de incapacidades, la Auditoría manifestó a la administración que debe mejorar los mecanismos de control, debido a que se observa el incumplimiento de disposiciones normativas en el pago del rubro de beneficio especial (Diferencia del 100% del salario ordinario devengado por el trabajador y el subsidio por enfermedad del 60%). Al respecto es conveniente revisar las vulnerabilidades que pueda presentar el Sistema Registros Control Pago de Incapacidades –RCPI, el cual permite la inclusión de dos o más boletas de incapacidad otorgadas en una misma fecha

para una misma persona, situación que puede propiciar pagos dobles por concepto de subsidios y beneficios especiales. También se evidencia en esta materia, la importancia de actualizar la normativa de control y pago de las incapacidades de los empleados de la C.C.S.S emitida en 1996.

En materia de inspección y cobros, los estudios muestran que se debe continuar fortaleciendo las acciones de cobro por servicios médicos ante riesgos excluidos, asimismo, mejorar la oportunidad en la notificación de prevenciones de pago a trabajadores independientes morosos, situación de alto riesgo, debido a que conforme transcurren los años es más difícil para la institución localizar al trabajador independiente y notificarlos, aspecto que podría impactar en el patrimonio institucional.

Se evidencia también en las investigaciones realizadas que la administración activa requiere fortalecer los mecanismos de control interno para ubicar a los trabajadores independientes y asegurados voluntarios, según sus ingresos reales, además, procurar que el modelo de cotización vigente sea consecuente con el bloque normativo, disminuyendo así, los riesgos que pudieran impactar negativamente la sostenibilidad financiera de la institución, en este contexto, se consideró conveniente la ejecución de un análisis integral de la figura de aseguramiento colectivo, su funcionalidad y la conveniencia para la Institución de mantener este tipo de modalidad de seguro y de considerarse pertinente, diseñar, aprobar y divulgar la normativa específica para orientar, controlar y monitorear la aplicación de la figura de aseguramiento colectivo.

d. Área Tecnología de Información y Comunicaciones

El Plan Anual Operativo establecido en el Área de Tecnologías de Información y Comunicaciones para el período 2013, definió actividades orientadas a fiscalizar y asesorar a la Administración en la gestión de las tecnologías de información, las cuales apoyan la ejecución de procesos institucionales en mejora de la eficiencia y eficacia aplicadas.

En torno a la gestión estratégica de las tecnologías de información y comunicaciones, se evidenció específicamente para el Plan Táctico de Tecnologías de Información y Comunicaciones (PTTIC) la necesidad de definir con claridad elementos como roles, responsabilidades, riesgos, costos estimados para los proyectos incluidos, e integración con otros instrumentos de planificación institucional (PEI 2010-2016, entre otros), así como la importancia de establecer mecanismos que permitan el seguimiento, monitoreo y actualización de ese documento.

Así mismo, fueron evaluados los avances logrados por la Administración en torno al Proyecto Expediente Digital Único en Salud (EDUS), evidenciando oportunidades de mejora en cuanto al cumplimiento de las actividades inherentes a su plan de puesta en marcha. Además, las instancias encargadas de la conducción del proyecto no han definido la estrategia de fortalecimiento para la infraestructura tecnológica institucional, misma que garantice un adecuado funcionamiento del EDUS.

Sobre la implementación de los sistemas EDUS en el I Nivel de Atención, a agosto 2013, solamente 350 EBAIS (35%) disponen de los enlaces de comunicación necesarios, y en un 11% se han implantado los

sistemas de información para ficha familiar (SIFF), identificación, agendas y citas (SIAC) y expediente en salud (SIES). De igual forma, se evidenciaron debilidades en torno a la estandarización de procesos en salud para el II y III Nivel de Atención y la participación de representantes de la Gerencia Médica en labores vinculadas al desarrollo de sistemas y la capacitación de los funcionarios para el manejo de los aplicativos.

En relación con el mismo proyecto, fueron emitidas observaciones respecto a los mecanismos de control a emplearse para la aceptación de infraestructura instalada por Radiográfica Costarricense S.A. (RACSA) en establecimientos institucionales (AD-ATIC-17738), sobre el análisis de la factibilidad del proyecto EDUS, en cuanto al avance en los sistemas de información en salud para el II y III nivel de atención, así como del cumplimiento de lo planificado para la puesta en marcha del EDUS.

En lo que se refiere a los sistemas de información computadorizados, el Centro Nacional de Citologías opera actualmente con una herramienta obsoleta, en la cual los mecanismos de seguridad informática aplicados a los datos almacenados y procesados no permiten garantizar su integridad. Asimismo, la Administración trabaja en una propuesta llamada CITO, cuya construcción no ha cumplido con un marco metodológico en cuanto a planificación, desarrollo e implantación y al 2013, no ha sido sometida a pruebas técnicas para determinar el grado de atención a las necesidades de ese establecimiento especializado.

De igual forma, se analizó la operacionalidad del Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES), el cual presenta un atraso del 76% con respecto a la cantidad de EBAIS en los que debe funcionar esta herramienta. Además, se evidenció la necesidad de consolidar la información capturada y procesada por esos sistemas, a fin de permitir la creación de nuevas soluciones para la toma de decisiones. Por otro lado, es fundamental la participación activa de la Gerencia Médica en labores como el establecimiento de normativa vinculada con el expediente en salud, la delegación de responsabilidades sobre el manejo de la información, la definición de metodologías para el registro de la información, supervisión y acompañamiento a los Comités de Usuarios, entre otros aspectos.

En relación con el Sistema Integrado de Pagos (SIPA), se evidenció que dicho software mantiene una lógica de ocho años atrás, cuando los pagos eran mayormente efectuados con cheques, ocasionando que no se adapte a las necesidades actuales de la Institución. Asimismo, fueron identificadas inconsistencias en su operacionalidad,



El licenciado Gustavo Picado Chacón, gerente financiero de la Caja Costarricense de Seguro Social, ubicado a la izquierda, recibe el cheque simbólico que respalda el pago, de parte de la Liga Deportiva Alajuelense, de \$551,5 millones por concepto de cuotas obrero-patronales adeudadas. Inicialmente, las instituciones habían firmado un arreglo de pago con un plazo de seis años, sin embargo, con esta gestión, el club de fútbol lo liquidó en tan solo dos.

tales como la falta de controles automatizados para las facturas sin retención de impuesto de renta, duplicación de transacciones, aviso de proveedores morosos y calidad e integridad de la información en general.

También, fueron revisados los procedimientos existentes para el monitoreo en la asignación de usuarios y perfiles del SICERE a los funcionarios de las Direcciones Regionales de Servicios de Salud y Financieros, logrando determinar que esas instancias no han implementado mecanismos que permitan la verificación periódica de dicha información, así como la existencia de usuarios activos en SICERE correspondientes a funcionarios que ya no laboran para la Institución, o bien, que trabajan actualmente en instancias donde dichos permisos no son compatibles con su puesto.

En cuanto a la seguridad informática a nivel institucional, se ejecutó una evaluación respecto a la operación del Módulo Integrado de Seguridad (MISE), componente empleado para facilitar la gestión integrada y centralizada del esquema de seguridad de la CCSS en diversos aplicativos. A ese respecto, se logró evidenciar la ausencia de una estrategia que propicie la inclusión de nuevos sistemas con el MISE, así como oportunidades de mejora en torno a la conformación de las contraseñas utilizadas para el ingreso a dicho componente, y sus manuales de usuario.

Respecto a ese mismo eje temático, fue valorada la gestión institucional de los planes de continuidad en TIC, evidenciando la ausencia de una estrategia que propicie la administración, gestión y articulación de los planes de continuidad en la CCSS. Asimismo, se identificaron oportunidades de mejora respecto a la administración de los riesgos, carencia de indicadores para el monitoreo y seguimiento de esa documentación técnica, y la no realización de ensayos sobre sus planes por parte de las unidades adscritas a la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones (DTIC).

En relación con la plataforma tecnológica central, a cargo del área de Soporte Técnico, se evidenció la necesidad de mejorar los mecanismos de control establecidos para el contrato de mantenimiento preventivo y correctivo, y la oficialización del plan de continuidad de las TIC para los equipos computacionales. De igual forma, la Institución no dispone de un sitio alternativo el cual pueda utilizarse como contingencia ante fallas o eventos en el centro de datos principal.

Además, los equipos principales (Core) de comunicaciones se hospedan en el piso 11 del Edificio Jenaro Valverde, aun cuando la Institución alquila instalaciones certificadas para albergar dichos equipos (CODISA). De igual forma, la Administración no ha atendido en forma oportuna recomendaciones emitidas por la firma de auditoría externa Carvajal y Colegiados en las Cartas de Gerencia CG1-2008, CG1-2009, CG4-2010 y CG1-2012, relacionadas con la plataforma tecnológica central.

Igualmente, han sido emitidas observaciones en torno a temáticas de relevancia institucional, tales como: la eventual implantación de software libre en la CCSS (AD-ATIC-23913), la gestión administrativa de plazas con perfil tecnológico destacados en las unidades adscritas a la Gerencia Financiera y Médica, la valoración de alternativas en torno a la contratación del hospedaje para el Centro de Datos Principal, la integridad de los datos registrados en el Sistema de Gestión de Suministros SIGES y en el Sistema Integrado de Pensiones, los riesgos inherentes a la finalización del contrato de mantenimiento

preventivo y correctivo de la plataforma tecnológica central, sobre la integración del Sistema Integrado de Farmacia (SIFA), de Contabilidad de Suministros (SICS) y el SIGES; así como de la utilización del correo electrónico como medio de comunicación oficial en la CCSS.

e. Área Gestión Operativa

El Área Gestión Operativa en el período 2013, brindó cobertura a temas estratégicos de importancia para el nivel local y regional, en la prestación de Servicios en Salud, Servicios Administrativos, Servicios Financieros, Contratación Administrativa, Infraestructura y Equipamiento Médico, Tecnologías de Información y Comunicaciones.

En relación con el tema de Servicios de Salud, se evaluaron las acciones emprendidas por la Administración Activa para la promoción de la salud y prevención de la Detección Temprana del Cáncer de Mama. En cuanto a la consulta externa especializada, se recomendó promover políticas y acciones que busquen el fortalecimiento de los mecanismos de control interno implementados en la Unidad evaluada, a fin de ofrecer servicios de calidad al usuario y en la consulta vespertina y su relación con la consulta externa y los servicios de urgencia, las recomendaciones emitidas comprenden valorar la conveniencia de continuar o no, con la consulta vespertina durante el tercer turno y en lo referente el servicio de emergencias se recomendó realizar un estudio que incluya todos los costos invertidos en el traslado de pacientes a otros centros hospitalarios, para diagnósticos médicos por medio de TAC y que sirva de base para la eventual dotación de ese equipo; analizar los motivos de consultas reiteradas de pacientes en el Servicio de Emergencias y garantizar una solución integral a la salud de esos asegurados; así como disminuir las estancias prolongadas por internamiento de pacientes en Emergencias.

Para el tema de las listas de espera, se recomendó ejecutar el proyecto de actividades médico quirúrgicas requerido para la disminución de las listas de espera y atención oportuna de los pacientes; presentar ante los superiores jerárquicos, la solicitud de formación y/o dotación de nuevos profesionales para el hospital, ordenar la actualización de los registros de las listas de espera de los pacientes referidos al segundo nivel de atención. En lo referente a los Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, para el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, se recomendó la realización de un estudio técnico mediante el cual se analice la productividad, la participación del personal médico y técnico en cuanto a horas contratadas, utilizadas, reportes realizados y otros aspectos estadísticos, establecer un programa de supervisión constante, efectivo y documentado, sobre las actividades realizadas, que permita fortalecer la gestión gerencial y administrativa de esa Unidad de Trabajo; efectuar un estudio que determine los motivos por los cuales en reiteradas ocasiones se generan fallas en los equipos.

Respecto al tema de Servicios de Salud Administrativos, se evaluó el uso de los recursos energéticos así como las políticas de contención del gasto, recomendándose establecer un plan, por escrito, que contemple aspectos básicos, tales como responsables, revisión de parámetros y de políticas a cumplir en materia presupuestaria y de control del gasto establecidas por Junta Directiva.

En lo atinente al tiempo extraordinario y cumplimiento de horarios, se recomendó que las Jefaturas de Servicio presenten los estudios y justificaciones que permitan obtener una seguridad razonable en cuanto a la necesidad planteada; realizar un estudio general de las actividades y funciones ejecutadas por el personal, emitir un recordatorio a todo el personal, respecto de la obligatoriedad de cumplir con la jornada laboral (ordinaria y extraordinaria). En el tema de Validación de Derechos se recomendó que la Gerencia Financiera finalice el documento normativo sobre los procedimientos de facturación, recaudación y cobro a no asegurados, y establezca el rol y las funciones que deberán ejecutar los diferentes actores del proceso. El tema de pago de traslados y hospedajes de pacientes se solicitó que se le brindara un seguimiento integral en el Control Interno que deben de establecer todos los responsables del proceso.

En cuanto a los Servicios Financieros en Sucursales, en la temática de Cobro Administrativo y Judicial, se recomendó analizar la concentración de funciones incompatibles en el Área de Cobros de las Sucursales, gestionar la recuperación de la morosidad patronal que se encuentra con firmeza administrativa y judicial; establecer los mecanismos de control pertinentes sobre la fecha de recepción de los informes de los Abogados Externos remitidos a la Sucursal. Se llevaron a cabo los estudios sobre el tema de anulaciones de adeudos patronales, trabajadores independientes y asegurados voluntarios. En cuanto al proceso de cierre de negocio por mora, se indicó la necesidad de identificar y mejorar los tres elementos primordiales que han generado falta de eficiencia en el proceso de cierre de negocios, tales como; la ausencia de control en los procedimientos, la forma fragmentada en los procesos, y los tiempos prolongados en el trámite de los expedientes. En cuanto a las pensiones se recomendó disminuir los tiempos de respuesta en la atención de una solicitud, definir criterios técnicos de priorización y distribución para las pensiones nuevas por otorgar, tomando en consideración los índices de pobreza humana, índice de desempleo, entre otros que emite el INEC, gestionar que todo trámite de endoso o aprobación de pensiones a nivel de Sucursales sea debidamente aprobado en el Sistema Integrado de Pensiones, implementar un programa de control periódico, con el fin de que a través de un mecanismo de muestreo al azar se pueda verificar que los pensionados en curso de pago mantengan la condición requerida para percibir dicho beneficio.

En lo que respecta a la Gestión de Contratación Administrativa, se evaluó el control interno en materia de compra de bienes y servicios por terceros, y se recomendó que en las contrataciones excluidas de los procedimientos ordinarios, la decisión inicial del proceso debe hacer referencia a los estudios legales y técnicos en los que se acredita que se está ante un supuesto de prescindencia de los procedimientos ordinarios; además se recomendó coordinar la implementación de actividades de control que permitan corroborar el cobro efectivo a los proveedores sancionados; se realice de inmediato la gestión correspondiente para recuperar los montos de dinero dejados de percibir; verificar que los plazos de entrega establecidos en el acto adjudicación y orden de compra sean congruentes para efectos de verificar el debido cumplimiento de la ejecución contractual; y mantener una vigilancia estricta de los plazos de cumplimiento de los contratos y calendarios de entrega, de tal forma que se advierta oportunamente posibles incumplimientos por parte de los proveedores.

En las evaluaciones efectuadas en materia de Infraestructura y Equipamiento, el mantenimiento preventivo y correctivo de equipo médico e industrial, se analizó y recomendó implementar la estrategia de unificación de compras de repuestos y equipo médico a nivel regional, promover contratos, programas o actividades que garanticen el brindar mantenimiento preventivo y correctivo al equipo médico que se determine como clave en la atención de los pacientes; invertir los recursos económicos asignados en las partidas relacionadas con el mantenimiento y adquisición de equipo, en la satisfacción de los objetivos para los cuales fueron gestionados.

En cuanto a la seguridad contra incendios y otros eventos naturales, se recomendó cumplir las recomendaciones emitidas por la Subárea de Gestión del Aseguramiento; dotar de los sistemas de seguridad o recursos financieros necesarios que permitan resguardar el patrimonio institucional; verificar la frecuencia con la cual debe realizarse la recarga de los extintores; proceder al desarrollo y ubicación de diagramas de rutas de evacuación, delimitación de zonas de seguridad y la instalación de lámparas de emergencia; así como identificar y reparar situaciones de riesgo eléctrico u otras que se detecten. Complementariamente se evaluó el mantenimiento, protección y seguridad en casa de máquinas y calderas donde se da un abordaje sobre el correcto funcionamiento de los equipos de estas unidades, así como el debido mantenimiento preventivo y correctivo.

Respecto a Tecnologías de Información y Comunicaciones, el mantenimiento preventivo y correctivo de TIC fue analizado y se recomendó mantener los equipos de cómputo en óptimas condiciones de limpieza, a fin de evitar problemas de atascamiento, degradación de velocidad o ruido de los componentes móviles (ventiladores, disipadores de calor y otros), que pongan en riesgo el procesador central (CPU) ante un eventual recalentamiento; valorar los niveles de reemplazo de los equipos de TIC con más de 5 años de uso en la prestación de servicios de salud, implementar parámetros que permitan conocer la satisfacción del usuario sobre el servicio brindado en materia de soporte informático; disponer de un plan o documento formal por cada mantenimiento de equipo de cómputo programado; diseñar un mecanismo efectivo de supervisión y control de las condiciones especiales y cláusulas del cartel; evaluar el cumplimiento de los objetivos trazados en el plan de mantenimiento preventivo y correctivo de equipo de cómputo y valorar el traslado y custodia de los repuestos al Servicio de Proveeduría.

A través el Sistema de Registro, Control y Pago de Incapacidades (RCPI), se evaluó el tema de pago de incapacidades y se recomendó verificar el control de seguridad establecido en los plazos de caducidad de las contraseñas generadas en dicho sistema; analizar la seguridad de acceso al RCPI; bloquear temporalmente a los usuarios del RCPI, cada vez que los funcionarios disfruten de vacaciones, incapacidad y otros, establecer una bitácora que registre el detalle de las interrupciones de enlace o conexión en el Servicio de Plataforma de la Sucursal, con el fin de que se identifiquen los eventos y situaciones externas que afectan su continuidad. Se analizó la conectividad (estado actual de la Red de Datos y Enlaces Tecnológicos de las Unidades Ejecutoras con Oficinas Centrales de la CCSS), recomendándose establecer las medidas de protección suficientes consideradas en las Políticas y Normas Institucionales de Seguridad Informática, a fin de minimizar los riesgos inherentes a las condiciones actuales en que funciona la gestión informática, que en todo proceso de construcción o remodelación de infraestructura, se solicite dentro de las condiciones cartelarias, la certificación de la red de datos.



Reformas Reglamentarias

Reformas Reglamentarias

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
1	8620	24-01-13	SOLPUB- N°62754	29-01-13	N°17.800	29-01-13	33	15-02-13

ASUNTO: Revalorización número 64 de los montos de pensiones en curso de pago del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM).

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
8	8620	24-01-13	SOLPUB- N°62755	29-01-13	N°17.796	29-01-13	33	15-02-13

ASUNTO: Procedimiento para la atención de denuncias por hostigamiento laboral.

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
21	8647	27-6-13	SOLPUB- N° 62756	03-07-13	N°36.159	2-7-13	142	24-07-13

ASUNTO: Revaloración de pensiones en curso de pago del Programa Régimen no Contributivo.

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
16	8651	18-07-13	SOLPUB- N°62757	22-07-13	N°38.254	22-07-13	163	27-08-13

ASUNTO: Revalorización número 65 montos de pensiones Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
35	8654	08-08-13	SOLPUB- N°62758	13-08-13	N°40.804	13-08-13	166	30-08-13

ASUNTO: Reforma artículos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9,10, 11, 12,14,16,17,18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29 del Reglamento para el Cierre de Negocios por Mora en el Pago de las Cuotas. |

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
27	8658	29-08-13	SOLPUB- N°62803	11-09-13	N°41.938	11-09-13	195	10-10-13

ASUNTO: Reforma Integral del Reglamento para el Funcionamiento de las Comisiones Técnicas de Normalización y Compra del Sistema de Suministros.

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
7	8659	05-09-13	SOLPUB- N°62760	06-09-13	---	---	195	10-10-13

ASUNTO: Modificación al Reglamento para la Conformación y otros aspectos del Comité de Vigilancia del Régimen de Pensiones de Invalidez, Vejez y Muerte.

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
2	8679	18-11-13	SOLPUB- N°62801	21-11-13	N°57.517	25-11-13	239	11-12-13

ASUNTO: Ajustes en el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM), con vigencia a partir del 01 de diciembre del año 2013.

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
26	8682	28-11-13	SOLPUB- N°62802	04-12-13	N°57.557	04-12-13	9	14-01-14

ASUNTO: Ajuste a la base mínima contributiva para los trabajadores independientes y asegurados voluntarios, afiliados individual o colectivamente.

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
23	8683	5-12-13	SOLPUB- N°62804	11-12-13	N°57.584	11-12-13	9	14-01-14

ASUNTO: Reforma al artículo 23 del Reglamento de Invalidez, Vejez y Muerte.