

Memoria Comprensiva

Administración 1998 - 2002

1998-2002



Caja Costarricense de Seguro Social



**Caja Costarricense de Seguro Social
CCSS**



MEMORIA COMPRENSIVA

Mayo 1998 – Abril 2002



MAYO 2002

CONTENIDO

Acciones
estratégicas
sectoriales
e institucionales.
Pág. 1

Logros,
proyectos,
costos
financieros
y origen del
financiamiento.
Pág. 35

Acciones en
curso.
Pág. 45

Proyectos de ley
tramitados.
Pág. 48

Desafíos.
Pág. 51



PRESENTACIÓN

El año recién pasado, la Caja Costarricense del Seguro Social cumplió 60 años de existencia. 60 años de trabajar por la salud y la seguridad social en nuestro país. Lo que empezó como una idea y en una pequeña casa, se ha convertido en la institución más grande y más querida por los costarricenses. En una reciente encuesta, incluso, se le calificó como la entidad que más aporta a la democracia en nuestro país.

Durante los últimos cuatro años, a pesar de las limitaciones inherentes a la condición humana, hemos mantenido y fortalecido esa obra histórica. Los costarricenses así lo han constatado. Los logros y los datos lo confirman: somos el país de la América Latina con la más alta esperanza de vida y durante el año pasado la aumentamos, como nunca antes en un solo año en las dos últimas décadas (al pasar de 76.9 en 1999, a 77.48 en el 2000). Durante los últimos dos años, bajamos la mortalidad infantil a 10.5 por mil (en promedio), la más baja de la América Latina continental.

Durante los últimos dos años, aumentamos el número de pensiones del Régimen No Contributivo, como nunca antes en la historia de la Caja, desde la creación del citado régimen; durante estos años multiplicamos la inversión en infraestructura, en equipo, en compra de medicamentos, como nunca antes en la historia la institución.

Durante los últimos cuatro años, mantuvimos la recaudación sobre el crecimiento económico y la inflación, como nunca antes en un cuatrienio, durante los últimos 20 años y bajamos la morosidad por debajo del 3% anual (respecto al presupuesto total.)

Lo anterior se pudo realizar a pesar de dos huelgas injustificadas y de una crítica despiadada que nos acusó falsamente de desmantelamiento de la seguridad social, cuando precisamente hacíamos lo contrario y el número y los derechos de los trabajadores aumentaron como pocas veces en el pasado.



Costa Rica queda mejor preparada para seguir progresando

Los hechos y los datos desmienten aquella afirmación, la Caja ha seguido fortaleciéndose en el marco de un profundo proceso de reforma del modelo de atención (al terminar de asumir la atención primaria que antes correspondía al Ministerio de Salud) y de un cambio radical en la forma de organización institucional, de una institución centralista y cerrada a una institución pública más autónoma y desconcentrada, con un peso importante en la participación social, en la rendición de cuentas, en la aplicación de los compromisos de gestión, en la desconcentración, en la autonomía, en la personalidad jurídica instrumental, en la creación de las Juntas de Salud en todos los establecimientos que otorgan servicios de salud.

Asimismo se realizó la más importante reforma al régimen de pensiones de nuestro país (con la entrada en operación del II pilar de pensiones en aplicación de la Ley de Protección al Trabajador), desde la creación del régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y en el marco de la más relevante reforma a la Ley Constitutiva de la Caja desde su creación (con la modificación incorporada a la Ley de Protección al Trabajador, la construcción y entrada en operación del nuevo Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE), en un tiempo récord.)

Los costarricenses así lo han constatado, al reconocer a la Salud como el más importante logro de este Gobierno aunado a la infraestructura. Errores hemos cometido y tenemos todavía muchas limitaciones, pero no hay duda que hemos avanzado significativamente.

Durante estos cuatro años hemos sido testigos de una revolución profunda de nuestro sistema de salud y de seguridad social de una revolución silenciosa, a veces imperceptible, pero firme y duradera en nuestra organización de su Ley constitutiva, de su régimen financiero, y de nuestro régimen de pensiones.

Desarrollamos grandes reformas estructurales:

- Ley de Desconcentración de Hospitales y Clínicas de la CCSS.



-Autonomía y responsabilidad para nuestros centros de salud
-Juntas de Salud, electas y con potestades esenciales

- Ley de Protección al Trabajador.
 - Reforma de nuestro modelo de pensiones, con la incorporación de un segundo pilar de capitalización individual
- Reforma integral de nuestra Ley Constitutiva de la CCSS.
 - Creación y operación de un nuevo sistema de recaudación (SICERE)
 - Recuperación de la autonomía institucional, al salir de la Autoridad Presupuestaria
- Reforma de nuestro modelo presupuestario.
 - Modificación del presupuesto histórico al presupuesto prospectivo y por resultados
- Creación de instancias de control y evaluación.
 - Evaluación integral de los compromisos de gestión en todos los centros de salud de la institución (100%).
 - Creación de la Auditoría Médica
 - Creación de la Superintendencia de Servicios de Salud (SUGESS)
 - Extensión de las Contralorías de Servicios (de 12 a más de 102)
 - Renovación, fortalecimiento, elección y extensión de las Juntas de Salud (124)
- Ley de Derechos y Deberes de las personas usuarias de los servicios de salud estatales y privados.
 - Fortalecimiento de las contralorías de servicios en cada centro de salud.
 - Fortalecimiento de la desconcentración en los centros de salud



Costa Rica queda mejor preparada para seguir progresando

Esas reformas estructurales, han permitido y han sido paralelas al más importante incremento en el número de consultas, de cirugías, de medicamentos despachados, de EBAIS, de estudios de laboratorio, de inversión en infraestructura y de equipamiento, desde 1980.

En servicios hemos crecido más del doble o el triple del crecimiento de la población, en inversiones, en infraestructura y en equipo hemos duplicado y triplicado respectivamente la inversión correspondiente al cuatrienio anterior, al punto de que se ha podido invertir en estos cuatro años, el equivalente a lo invertido en los 16 años anteriores.

Hemos logrado importantes avances en el campo de la calidad, se han reducido las listas de espera (casi 30% en cuatro años), y las infecciones intrahospitalarias, se ha incrementado el giro cama, el porcentaje de cirugías ambulatorias; la cobertura y los servicios a la población (en términos reales), por encima del crecimiento de la población.

En el campo de las pensiones y en el área financiera también hemos mejorado; en ningún caso los gastos han superado los ingresos institucionales, las pensiones no han perdido su poder adquisitivo y el promedio de las mismas, es hoy un poco mayor en términos reales.

Obviamente, como obra humana que es, nuestra gestión tiene muchas limitaciones; quedan muchas cosas pendientes, nuevos retos y aspiraciones inalcanzadas. Las expectativas son siempre mayores a las necesidades y éstas, a su vez, superan las posibilidades y las capacidades personales de los jefes. Frente a cada avance, aparecen nuevos escollos y nuevas metas.

Queda pendiente la gran reforma, aunque se ha avanzado mucho en ese campo, es necesario lograr mayor humanización en la prestación de los servicios y mejorar el trato. Eso no se logra con leyes o decretos, aunque éstos ayuden, sino con actitudes y esquemas institucionales que promuevan y desincentiven la desidia y la corrupción. Queda mucho por hacer.

Necesitamos enfrentar la retórica interesada y los intereses económicos que quieren medrar a costa de la seguridad social. No se trata de



oponerse a la competencia ni a los legítimos intereses de los trabajadores, de los empresarios o de la sociedad; se trata de complementar esfuerzos sin violentar los principios y las reglas de un Estado Democrático y Social de Derecho, como quiere la Constitución.

Nunca en tan poco tiempo se ha hecho tanto por la salud y la seguridad social como en estos 4 años. Errores hemos cometido y tenemos todavía muchas limitaciones, pero no hay duda que hemos avanzado con el apoyo del pueblo de Costa Rica, del Presidente de la República, del Ministro de Salud y de los trabajadores y profesionales de la Caja Costarricense del Seguro Social. Falta mucho por hacer y lo hecho se debe a ellos, mucho más que al Presidente Ejecutivo.

Cumplo la misión contento por lo alcanzado, aunque nunca podremos saciar las ansias y los deseos de superación.

Lic. Rodolfo E. Piza Rocafort
PRESIDENTE EJECUTIVO
Caja Costarricense de Seguro Social



INTRODUCCIÓN

Con el propósito de rendir cuentas a la sociedad costarricense de las acciones en salud desarrolladas por la Caja Costarricense de Seguro Social y documentar correctamente el quehacer institucional, se confecciona la presente memoria comprensiva, que expone en términos generales las acciones estratégicas, los logros, los proyectos desarrollados, los costos financieros así como su origen de financiamiento, las acciones en curso, los proyectos de ley tramitados y los desafíos o retos que enfrentará la institución al futuro.

Cada una de las acciones desarrolladas, son congruentes con las políticas establecidas en el "Plan Nacional de Desarrollo Humano (PNDH)".

El desarrollo de los distintos componentes de la memoria, se orientan a brindar una explicación clara y transparente del uso de los recursos que fueron asignados, por vía presupuestaria, donación o transferencia; los mismos deben reflejarse en el accionar institucional, es decir informar lo relevante en términos de alcances y logros, sin menosprecio de las actividades de rutina, que absorben la mayor parte del presupuesto de la Nación.

Este documento servirá de insumo para conformar una memoria consolidada, que integre las políticas del presente gobierno, y exponga de una forma ejecutiva y transparente las experiencias y conocimientos acumulados, así como los logros y sobre ellos aplicar una visión futurista que facilite a las nuevas autoridades, identificar las acciones relevantes que ayuden al desarrollo del país.



I. ACCIONES ESTRATÉGICAS SECTORIALES E INSTITUCIONALES

1. Desarrollo Político Institucional

Como responsable de la atención a las personas y de la Seguridad Social, la Institución enfrenta de forma continua un proceso de fortalecimiento estructural con miras a aumentar la eficiencia, la eficacia y la productividad en los servicios de salud; lo que origina la formulación del Plan Estratégico Corporativo.

1.1. Plan Estratégico Corporativo

Este Plan Estratégico introduce como nueva modalidad el concepto de Corporativo, el cual permite "tomar, entre otras decisiones, las relativas a la generación o introducción de nuevos servicios, la definición de líneas de servicio que son estratégicos, la asignación de las actividades y recursos entre las unidades existentes y la calidad del producto esperado"¹.

Es un instrumento que orienta el quehacer institucional, acorde con los requerimientos del país y del proceso de gestión desconcentrada. Su estrategia corporativa "esta referida únicamente a un cambio en la organización y funcionamiento de la C.C.S.S., buscando fortalecer la desconcentración y autonomía con la consiguiente delegación, flexibilización y otorgamiento de nuevas responsabilidades en todos los ámbitos, posibilitando una gestión ágil en cada nivel al asignar y delimitar el campo de acción y permitir la rendición de cuentas"². El cual fue aprobado en sesión de Junta Directiva N°. 7438, artículo 18, del 4 de mayo del año 2000.

¹ CCSS, Plan Estratégico Corporativo, 2000. Pág. 7.

² Ídem, Pág. 8



2. Vigilancia de la Salud

2.1. Programas Especiales

• Detección Temprana del Cáncer de Cérvix

Este programa tiene como objetivo fundamental “controlar y proporcionar atención integral al paciente con cáncer, con énfasis es los cánceres de mayor relevancia epidemiológica”³.

El mismo busca “disminuir la incidencia del Cáncer a nivel nacional, reducir la mortalidad por cáncer en el país, aumentar la cobertura en la atención integral del cáncer, mejorar la calidad de los servicios de atención del cáncer y contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas afectadas”⁴.

• Tasa Mortalidad por Cáncer de Cuello del Útero

Después de las enfermedades respiratorias, la mortalidad femenina por causa de tumores malignos se distribuye de la siguiente manera: cáncer gástrico, de Mama y de Cuello Uterino. Sin embargo, en cáncer ginecológicos, esta patología ocupa el segundo lugar en incidencia.

Es de importancia institucional resaltar que la tasa de incidencia del cáncer invasor de cuello de útero, durante el año 1995, fue de 8,1 por cada cien mil mujeres y que en el año 2000, se redujo la mortalidad en un 29%; lográndose una mortalidad de 6.39 por cada cien mil mujeres (se han tratado aproximadamente 17.234 lesiones).

Cuadro N°. 1
**Mortalidad Cáncer
Cuello del Útero
1997-2000**
Tasa por 100.000 mujeres

Año	Total	Tasa
1995	150	8,99
1996	145	8,51
1997	147	8,10
1998	144	7,70
1999	135	7,05
2000	125	6,39

Fuente: Dirección Nacional de Cáncer

Lo anterior ha sido posible gracias a los esfuerzos institucionales y gubernamentales, con la implementación del Programa Nacional de Prevención y Atención Integral del Cáncer del Cuello Uterino, el cual ha permitido un aumento de la cobertura en la atención a las mujeres. Este plan ha enfatizado en aspectos como la promoción y prevención (primaria y secundaria), la capacitación del recurso humano, la participación social y los sistemas de información; entre otros.

³ CCSS, Dirección Nacional de Cáncer, Plan Nacional

⁴ Ídem.



• Tasa de Fecundidad

La frecuencia de nacimientos por mujer ha disminuido a lo largo del tiempo y es un indicador que ha evolucionado; por ejemplo: en los años ochenta había un promedio de 3,63 hijos por mujer en edad fértil, en el año 2000 es de 2,54.

• Cobertura

Con la implementación del plan, en el año 1999, se cubrió el 77.5% y en el año 2000 un 94% de la población meta. Este logro obedeció entre otras cosas al apoyo gubernamental, al equipamiento, la capacitación de personal de salud y comunal, la elaboración de protocolos y normas de atención y a la creación de la Dirección Nacional de Cáncer, a partir del año 2000, como el órgano ejecutor de los lineamientos y de las políticas institucionales en materia del cáncer.

• Citologías

A partir del mes de noviembre de 1998, inicia operaciones el Laboratorio Nacional de Citologías; lo que permite a la Institución ubicarse como la única responsable del análisis de las citologías en el ámbito nacional.

Durante el período 1999-2001 y con la finalidad de dar impulso al programa para disminuir el cáncer de cérvix, se programaron 1.122.000 citologías de las cuales se han realizado 1.034.982, con un nivel de cumplimiento del 92.24%; el cual se considera satisfactorio.

Con la implementación del programa y la adquisición de equipo nuevo para realizar las coloscopías, se ha logrado reducir de 12 días a 7 días programados de espera para la cita de los exámenes.

Con la operación del Laboratorio Nacional de Citologías, se ha logrado reducir la espera de los resultados del examen programado de 30 a 20 días, es decir, un 33%.

Cuadro N°. 2
Tasa de Fecundidad
1995-2000

Año	Tasa
1995	2,78
1996	2,69
1997	2,68
1998	2,60
1999	2,60
2000	2,54

Fuente: INEC



• Detección Temprana de Cáncer de Mama

En el año 1997, la Institución disponía de cuatro mamógrafos en mal estado. A raíz de lo anterior y con el fin de detectar oportunamente el cáncer de mama y atacar a tiempo la morbilidad y mortalidad por esta causa, se programó la adquisición de catorce mamógrafos, de los cuales a diciembre del 2001 se han adquirido trece (se sustituyen los obsoletos), para un nivel de cumplimiento del 93%.

Cuadro N° 3
Mamógrafos según: ubicación y procedencia
2001

Lugar	Cant.	Procedencia
Hosp. San Juan de Dios	1	CCSS
Hosp. México	1	CCSS
Hosp. Calderón Guardia	1	CCSS
Hosp. De la Mujer	1	CCSS
Hosp. Heredia	1	CCSS
Hosp. Cartago	1	CCSS
Hosp. Puntarenas	1	CCSS
Hosp. Pérez Zeledón	1	CCSS
Hosp. Alajuela	1	Donación Nacional
Hosp. Liberia	1	Donación Nacional
Hosp. San Ramón	1	Donación Japón
Hosp. Ciudad Neily	1	Donación Japón
Clínica de Coronado	1	Donación AVON
Totales	13	

Fuente: Dirección Nacional de Cáncer

Adicionalmente este programa presenta otros avances tales como: finalización del equipamiento del Laboratorio Nacional de Citologías, centralización de citotecnólogos (con ello la lectura de las citologías), distribución de catorce Coloscopios (siete de ellos con video y siete sencillos), programa de recolección de citologías por correo, capacitación en la detección temprana de cáncer de cérvix y mama a un total de 9.278 personas entre funcionarios de salud y dirigentes comunales, entre otros.



En el año 2000, la Región Central Norte implementa el Plan Piloto (estudios previos determinaron que esta es la zona con mayor incidencia), el cual tiene como propósito "detectar y tratar oportunamente el cáncer de mama mediante un programa de atención integral establecido y coordinado por las instituciones que brindan salud en el país" ⁵.

Dentro del plan se escogieron doce cantones como prioritarios: Barva, Belén, Flores y Santa Bárbara de la provincia de Heredia y San Ramón, Grecia, Naranjo, Palmares, Poás, Valverde Vega, Atenas y Alajuela Centro y para el año 2001 se cubrieron todos, para un nivel de cumplimiento del 100%.

2.2. Inmunizaciones

"Históricamente a escala mundial, las enfermedades infecciosas inmunoprevenibles han sido una de las principales causas de morbilidad; sin embargo, en las últimas décadas su impacto negativo se redujo y se ha constituido en una de las principales mejoras en salud, en la mayoría de países" ⁶

En este campo se han realizado esfuerzos conjuntos entre el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social por prevenir (mediante las campañas de vacunación) enfermedades como la Difteria, la Tos ferina, el Tétano (DPT), la polio, la Hepatitis y la Haemophilus Influenzae. La cobertura poblacional promedio, en 1998 fue de un 70.4%, y en el año 2001 fue del 89.19%, lo que representa un aumento en la cobertura del 18,79 puntos porcentuales.

En este sentido y con el propósito antes indicado, se logró durante el periodo 2000-2001, una vacunación al 95% en niños con edades aptas para vacunar.

En el año de 1999, se inaugura la bodega de frigoríficos y la compra de un vehículo de refrigeración, lo cual garantiza un almacenamiento adecuado y una distribución periódica y oportuna de vacunas a los establecimientos de salud, que ha permitido mejorar en forma eficaz la cadena de frío en el ámbito institucional.

⁵ CCSS, Dirección Nacional de Cáncer, Plan piloto de cáncer de mama, noviembre 2001. Pág. 5.

⁶ CCSS, Plan de Atención a la Salud de las Personas (PASP) 2001-2006. Pág. 128.



2.3. Esperanza de Vida al Nacer

Se refiere al número de años que en promedio viviría un grupo de recién nacidos, si las condiciones de la mortalidad se mantienen constantes; así como la longevidad de los habitantes.

En las últimas cuatro décadas, Costa Rica ha aumentado en doce años este indicador, pasando en 1970 de 65.48 a 77.49 años en el año 2000, con un aumento porcentual del 18%; cifra que muestra el cambio en el desarrollo económico y social del país.

Con respecto a la esperanza de vida entre hombres y mujeres, existe una diferencia de aproximadamente cinco años más de vida en las mujeres. En el año 1997, los hombres contaban con una esperanza de vida de 74.09 años y para el año 2000 de 74.81 años. En 1997, la esperanza de vida para las mujeres estaba en 79.64 años y en el año 2000 en 80.29 años.

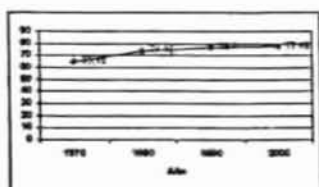
En el año 2000 se observa una diferencia entre hombres y mujeres de 5.48 años, en la cual se demuestra que las mujeres viven más que los hombres por factores como el estilo de vida, los patrones de crianza y la mayor presencia en los servicios de salud, entre otros.

La comparación del indicador de “la esperanza de vida al nacer” con otros países desarrollados se presenta en el Gráfico N°. 2, el cual permite observar que Costa Rica ocupa un puesto privilegiado o similar a la de países desarrollados y en otros casos, superior a países con un nivel de desarrollo similar al nuestro; por ejemplo: la esperanza de vida de Costa Rica en el año 2000 es igual a la de Estados Unidos y superior a Cuba (77), Chile (76) y Corea(76), entre otros.

2.4. Tasa de Mortalidad General

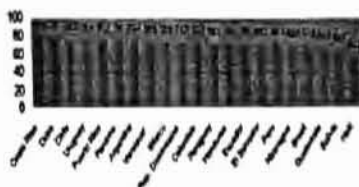
Esta tasa es otro indicador que ha evolucionado en forma positiva para la población, pasando de 4,22 muertes por cada mil habitantes en 1995 a 4,09 en el año 2000. Entre las principales causas de muerte en Costa Rica están las enfermedades del aparato

Gráfico N°. 1
Esperanza de Vida al Nacimiento
1970-2000



Fuente: INEC

Gráfico N°. 2
Esperanza de Vida al Nacer
América Latina
2000



Fuente: Indicadores Básicos 2000 OPS/OMS Costa Rica: INEC



circulatorio (cardiovascular), los tumores malignos, los accidentes, el traumatismo, el envenenamientos y la violencia y las enfermedades del aparato respiratorio y digestivo. El orden de las causas para todas las enfermedades citadas, se ha mantenido constante desde el año 1995.

2.5. Tasa de Mortalidad Infantil

La mortalidad de los niños durante los primeras etapas de vida, está asociado al aumento de la esperanza de vida. Para el año 2000 esta tasa se encontraba en 10.21 por mil nacidos vivos⁷, disminuyendo en un 23% en comparación con el año 1995, que se encontraba en 13.25. La disminución se debe a la sumatoria de elementos como los que se citan a continuación:

- Campañas de vacunación.
- Aumento de la consulta médica (cultura de atención).
- Incremento de servicios de salud en todo el país.
- Conformación de equipos de trabajo de alto nivel (estudio y análisis de factores que inciden sobre la mortalidad infantil).
- Recurso humano capacitado en "neonatología" (área rural y metropolitana).
- Control prenatal (promover el uso de vitaminas y de hierro).
- Equipamiento adecuado (unidad móvil completa para el traslado de los neonatos).
- Normativa general (atención obligatoria de la mujer embarazada y del niño).
- Mayor certeza en los diagnósticos.

Para el año 2001, la tasa de mortalidad infantil subió a 10.85 muertes por cada mil niños nacidos vivos y la mitad de estas muertes se produjo en los primeros veintiocho días de vida, a raíz de causas como: la distres respiratoria, las malformaciones congénitas y la prematuridad. A pesar de que este indicador subió con respecto al año 2000, se encuentra relativamente estable después de que experimentó un marcado descenso desde 1997.

Cuadro N°. 4
Tasa de Mortalidad General
1995-2000
Tasa por 1000 hab.

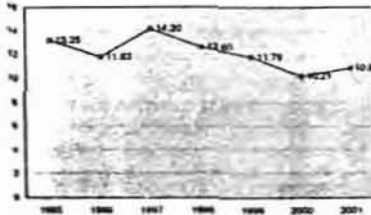
Año	Tasa
1995	4,22
1996	4,12
1997	4,12
1998	4,17
1999	4,19
2000	4,09

Fuente: INEC

7. Proyecto Estado de la Nación, Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible, séptimo informe 2000. Pág. 79.



Gráfico N°. 3
Evolución Mortalidad Infantil
Costa Rica, 1995-2001



Fuente: INEC

Con la implementación de acciones estratégicas como las citadas se han mejorado los índices de salud, la calidad de vida y el desarrollo económico y social del país; según se puede observar en la siguiente tabla:

Indicador	1995	2000
Esperanza de Vida	76,06	77,49
Tasa mortalidad General	4,22	4,09
Tasa mortalidad Infantil	13,25	10,21
Tasa mortalidad cáncer cuello útero	8,99	6,39
Tasa de fecundidad	2,78	2,54

3. Promoción de la Salud y Participación Social

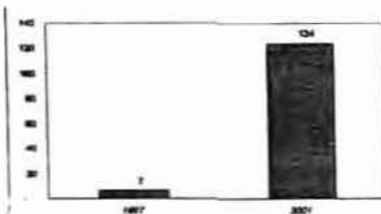
3.1. Consolidación de las Juntas de Salud

De acuerdo con la Ley 7852 y como parte del proceso de promoción de la salud y la participación ciudadana, se crean las Juntas de Salud "como entes auxiliares de los establecimientos de salud que presta servicios exclusiva o principalmente a la institución, con el propósito de mejorar los procesos de gestión para las prestaciones de servicios de salud, el desempeño administrativo y financiero, así como la promoción de la participación ciudadana" ⁸.

Las principales funciones de las Juntas de Salud son las siguientes:

- Colaborar con los directores de los hospitales y las clínicas en la elaboración de los anteproyectos y las modificaciones presupuestarias de estos centros conforme a las asignaciones presupuestarias y los límites que fije la Junta Directiva de la CCSS.
- Velar por la ejecución correcta del presupuesto aprobado.
- Emitir criterio sobre los compromisos de gestión del Centro de Salud, según el ordenamiento jurídico aplicable a la CCSS.

Gráfico N°. 4
Número de Juntas de Salud
Costa Rica, 1997-2001



Fuente: Dept. Información Estadística de Servicio Salud y FMO, 2001, CENS

⁸ CCSS, Junta Directiva, Reglamento de las Juntas de Salud, capítulo I, artículo I.



- Participar en la definición de las prioridades y políticas generales del hospital o la clínica en materia de inversión, contratación administrativa, y de promoción e incentivos para los trabajadores del centro de salud, acordes con las políticas de la CCSS.

Los integrantes de las Juntas de Salud se eligen por un plazo de dos años, desde la fecha de su designación. Las elecciones del año 1999, se realizaron con un total de 104 Juntas de Salud electas (sobrepasando la meta en cuatro juntas). En el año 2000 se consolidaron ochenta de las ciento cuatro elegidas y en el año 2001, funcionan ciento veinticuatro Juntas, cubriéndose satisfactoriamente la totalidad de los establecimientos.

4. Consolidación de la Atención Integral, con Énfasis en la Prevención

4.1. Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención

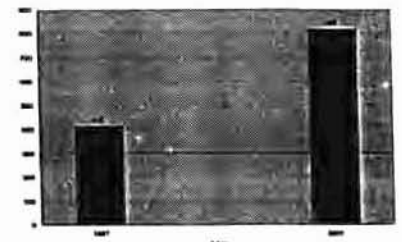
• Implementación de los EBAIS

Con el propósito de mejorar la calidad de los servicios de salud que se le brindan a la población, se ha incorporado un nuevo modelo de atención por medio de la conformación de Áreas de Salud y la implementación de los Equipos Básicos de Atención en Salud (EBAIS), situación que coadyuvará a lograr una mayor cobertura y un mejor abordaje de los problemas de salud de cada sector del país. Esta estrategia se inició a partir de 1995 y en el año 2001 se cuenta con un total de noventa y cinco Áreas de Salud y setecientos sesenta y nueve (769) EBAIS; implementándose durante el periodo 1997-2001 un total de 354 nuevos EBAIS, lo cual ha sido beneficioso para los habitantes del país.

• EBAIS funcionando

El Modelo de Atención Integral de Salud en el primer nivel, busca un cambio significativo de la oferta tradicional de servicios que ofrece la Institución, con el propósito de adecuarla a las necesidades de los diversos grupos de población.

Gráfico N°. 5
EBAIS en funcionamiento
Costa Rica, 1997-2002



Fuente: CCSS, Gerencia Modernización
Información a abril del 2002.

Nota: En total funcionan 808 EBAIS ubicados en todas las regiones (Huetar Norte, Pacífico Central, Chorotega, Huetar Atlántica, Brunca, Central Norte, Central Sur y en el Área Metropolitana); además, en los próximos meses entrarán en operación 54 EBAIS, para cubrir las áreas de: Desamparados, Tres Ríos, Oreamuno, Heredia, San Francisco de Dos Ríos, San Sebastián y Paso Ancho (entre otros), y cumplir con un total de 862 EBAIS funcionando.



Este modelo procura mantener y fortalecer los principios básicos de:

a) universalidad: debido a que "deberá cubrir o proteger a todos los ciudadanos, con sus servicios de atención a las personas y al ambiente de manera integral, incorporándolos al sistema con plenos derechos y deberes y sin limitaciones geográficas, sociales, económicas o culturales" ⁹;

b) solidaridad: decretando la obligatoriedad de los seguros sociales (Seguro de Salud y Riesgos de Trabajo) para toda la población, y

c) equidad; buscando "reducir las diferencias existentes en los niveles de salud, entre las distintas regiones y grupos de la población nacional con la pretensión de minimizarlas o evitarlas" ¹⁰ y "asegurar la igualdad de oportunidades en el acceso a la atención integral de la salud, oportuna, eficiente y de buena calidad, para iguales necesidades de los usuarios" ¹¹.

El Modelo se caracteriza por un "enfoque biopsicosocial del proceso salud-enfermedad; por una atención integral y continua de la salud de las personas y el ambiente, cuyo énfasis estará puesto en las acciones de promoción y prevención, fundamentadas en la estrategia de Atención Primaria" ¹². La oferta de servicios se realiza a través de las Áreas de Salud, del Equipo Básico de Atención Integral de Salud (EBAIS) y del Equipo de Apoyo.

Los EBAIS están compuestos por un médico general, un auxiliar de enfermería y un asistente técnico en atención primaria. Los Equipos de Apoyo estas conformados por un médico, una enfermera profesional, un odontólogo, un trabajador social, un nutricionista, un microbiólogo, un farmacéutico y un técnico en redes.

• *Población Cubierta por EBAIS*

Conforme la implementación de los EBAIS aumenta cada año, se ha logrado aumentar la cobertura de atención en salud a la po-

9 OCSS, Gerencia de División de Modernización, "Hacia un modelo de atención integral de salud", febrero de 1993, pp. 22.

10 Ídem.

11 Ídem.

12 Ídem.



blación nacional. En el año 1999 se alcanzó un 71%; en el año 2000 esta cifra se supera con un 83% y en el año 2001 se cubrió un 92% del total de la población equivalente a 3.522.988 habitantes, tal y como se puede observar en el gráfico N° 6.

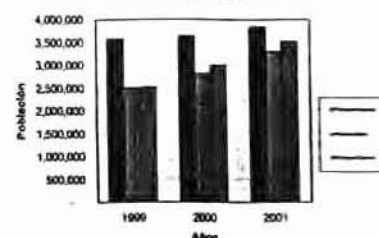
• Modelos de Gestión Alternativos

Dentro del marco del Modelo de Atención Integral de Salud y por mandato Constitucional, la Caja Costarricense de Seguro Social, es la responsable de la administración y la provisión de los servicios de salud, por lo tanto acuerda “contratar a terceros la prestación de servicios profesionales de atención integral de salud en el primer nivel de atención, bajo la estrategia de Equipos Básicos de Atención Integral en el Salud (EBAIS), con el objetivo de ampliar las coberturas y elevar los índices de salud de la población en las áreas geográficas definidas”¹³.

Durante el período 1998-2001, se contaba con la existencia de tres Áreas de Salud en esta modalidad que son: Barva, Pavas y Tibás; con un total de 35 EBAIS y que en conjunto atienden aproximadamente a 441.799 habitantes. Específicamente en el año 2001, entraron en funcionamiento tres Áreas de Salud más: Escazú, León XIII y La Carpio, con la operación de 15 EBAIS; las cuales atienden una población aproximada de 85.000 habitantes. Además durante el año 2001, entraron en operación con la Universidad de Costa Rica (convenio cooperativo), trece EBAIS para el cantón de Montes de Oca (San Pedro).

Actualmente la Institución cuenta con nueve Áreas de Salud y ochenta y seis EBAIS, que operan bajo la modalidad de contratación de servicios de salud por terceros, cubriendo una cantidad determinada de población adscrita, según se puede observar en el siguiente cuadro:

Gráfico N° 6
Población cubierta por
EBAIS funcionando
Costa Rica, 1999-2001



Fuente: CCSS, Dirección Planificación Cooperativa, Instituto Nacional de Estadística y Censo.

Cuadro N° 5
Modelos de Gestión
Alternativos
2001

Área de Salud	Cantidad de EBAIS	Población cubierta
Santa Ana (***)	6	36.319
Barva (*)	8	54.368
San Pablo (*)	5	19.453
Montes de Oca (**)	13	65.021
San Pedro (**)	12	59.384
Pavas (*)	11	82.266
Tibás (*)	16	59.910
Áreas de Escazú (***)	8	49.078
Área de Salud León XIII y Carpio (***)	7	36.000
Total	86	441.799

Fuente: CCSS, Subgerencia Médica de Hospitales y Clínicas Metropolitanas

(*) Cooperativas

(**) Universidad de Costa Rica

(***) Asociaciones de Servicios Médicos

13 CCSS, Gerencia de División Modernización y Desarrollo, Propuesta de cartel de licitación para “Compra de Servicios Integrales de Salud en el Primer Nivel de Atención para el Área Metropolitana”, Pág. 2.

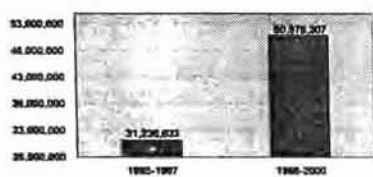


Gráfico N°. 7
Consultas atendidas en los
Centros de Salud
Costa Rica, 1998-2001



Fuente: CGSS, Departamento de Informática Estadística de Servicios de Salud

Gráfico N°. 8
Número de Consultas Atendidas
en los Centros de Salud
Según año, CGSS 1995-2001



Fuente: Departamento de Información Estadística de Servicios de Salud, CGSS, 2001.

5. Consolidar el Nivel de Atención Ambulatoria

5.1. Servicios Ambulatorios

Estos servicios se han fortalecido con la implementación del nuevo Modelo de Atención en el Primer Nivel y el reforzamiento de recursos en algunas especialidades del Segundo y Tercer Nivel, debido a que son cirugías que no requieren de hospitalización. El gráfico N°. 7 presenta las consultas otorgadas durante el período 1998 a 2001, mediante el cual se aprecia un aumento en el número de consultas de un 12,8%, que ascienden de 11.986.208 a 13.519.599 consultas en el año 2001.

En los diferentes niveles de atención ambulatoria (EBAIS, Áreas de Salud y Hospitales, entre otros), se han fortalecido campos como son los recursos humanos, físicos y tecnológicos; logrando realizar durante el año 2001 un total de 13.519.599 consultas, es decir, 1.533.391 consultas más que en el año 1998.

El impacto en la implementación del nuevo modelo en el primer nivel de atención y el reforzamiento de recursos en algunas especialidades del segundo y tercer nivel, ha sido positivo, según lo evidencia el Cuadro N°. 6.

Cuadro N° 6
Promedio Consultas por Habitante*
1995-2001

Periodo	Consultas	Habitantes	Promedio
1995	9.771.223	3.301.210	3,0
1996	10.339.292	3.367.455	3,1
1997	11.116.118	3.432.665	3,2
1998	11.986.208	3.496.423	3,4
1999	12.644.497	3.558.697	3,6
2000	12.728.003	3.622.171	3,5
2001	13.519.599	3.810.179	4

* Incluye Consultas generales, especializadas, urgencias, odontológicas y otros profesionales
Fuente: INEC
C.C.S.S. DAPE. Anuarios Estadísticos.



5.2. Consultas Médicas

Del período de 1995 al 2001, las cifras en relación a las consultas otorgadas se han incrementado en un 27,27%, pasando de 9.771.223 consultas en 1995 a 13.435.887 en el año 2001; con un incremento del 13, 36% en la población nacional, de 3.301.210 habitantes en 1995 a 3.810.179 habitantes en el 2001.

Para el periodo de 1995-1997, se brindaron 31.236.633 consultas y el período 1998-2001, la cifra ascendió a 50.878.307 consultas, con un aumento de un 62.93% y un promedio de 3.3 consultas por habitante.

6. Servicios de Hospitalización, Emergencias y Cirugía

6.1. Servicios de Emergencias Operando

A fin de ofrecer un servicio oportuno, de calidad resolutive en los servicios de emergencias y un aumento de la cobertura en beneficio de la población usuaria, se han fortalecido este tipo de servicios otorgándoles recursos físicos, tecnológicos, humanos y materiales; así como capacitando un total de sesenta y siete funcionarios entre médicos y enfermeras, para la atención de personas con traumas derivados de accidentes de tránsito y los cuales serán facilitadores en el proceso de capacitación para el resto de los funcionarios de los diversos establecimientos de salud.

El total de establecimientos que brindan atención de urgencias, con horarios de 24, 16, 12 y 8 horas; pasó de ciento diez en el año 1998 a ciento veinticuatro en el año 2001, es decir, se incrementó un 12.72% con el funcionamiento de 14 establecimientos más que en el año 1998.

El aumento en las consultas de urgencias pasó de 2.795.162 en 1998 a 3.518.486 en 2001, con un incremento porcentual del 25.88%. Con mayor grado de detalle, en el Cuadro N° 7 y el Gráfico N° 9, se presenta información desglosada por grupos de establecimientos.

Gráfico N° 9
Servicios de Emergencia Operando
Costa Rica, 1997-2001



Fuente: CESS, INPE Anuario Estadístico 1997
Departamento de Estadística, 2001

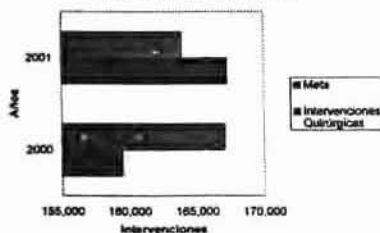


Cuadro N°. 7
Consultas Otorgadas y Servicios de Urgencia Operando
1997-2001

	1997		1998		1999		2000		2001	
	Urgencias	No urgencias	Urgencias	No urgencias	Urgencias	No urgencias	Urgencias	No urgencias	Urgencias	No urgencias
Consultas Totales	1.478.266	1.846.218	1.655.080	1.140.082	1.590.803	1.463.022	1.649.569	1.663.831	1.871.878	1.646.888
Hospitales	27		27		27		27		27	
Ciudad	32		23		13		9		10	
Ateneo de Salud	38		61		66		69		87	
Total de Establecimientos	103		110		106		105		124	

Fuente: CCSS, Anuarios Estadísticos 1998-2000-2001.
CCSS, Dept. Estadística

Gráfico N°. 10
Intervenciones Quirúrgicas Ejecutadas
Costa Rica, 2000-2001



Fuente: CCSS, Evaluación Compromiso de Resultados (SIRE)

6.2. Intervenciones Quirúrgicas Ejecutadas

El número de intervenciones quirúrgicas realizadas durante el año 2000 fue de 159.533, cumpliéndose un 95.47% de la meta programada. Durante el año 2001 se realizaron 167.275¹⁴ intervenciones, lográndose un 102.5% de cumplimiento.

6.3. Reducción en las Lista de Espera

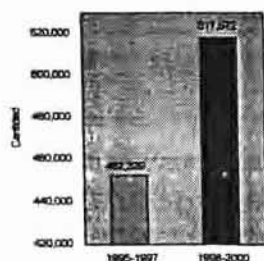
• Consulta Externa de Especialidades y Cirugías mayores

En el año 1998 se impulsa la estrategia de atacar el problema de la reducción de listas de espera, para lo cual se desarrollo un plan que fue cumplido a cabalidad y con gran éxito.

En el año 1999 se continuo con la reducción de las consultas y cirugías de especialidades críticas, mayores a tres meses; meta que fue cumplida con un 82% y 74% respectivamente. Lo anterior fue respaldado por la Presidencia Ejecutiva y la Gerencia de División Médica, al asignar mayores recursos financieros a los diferentes establecimientos que contaban con pacientes en espera.

Con el propósito de consolidar la reducción de las listas de espera, tanto en cirugía como en consulta especializada (en casos crí-

Gráfico N°. 11
Número de Cirugías Realizadas
en los Centros de Salud de la CCSS
según año.
CCSS, 1995-2000



Fuente: CCSS, Departamento de Información Estadística, Servicio de Salud, 2001

¹⁴ Incluye procedimientos.



ticos mayores a tres meses), se crea en el año 2001 la Unidad Técnica de Lista de Espera (UTLE) a cargo de la Gerencia de División Médica, iniciando el programa en el área de cirugía por medio de un diagnóstico (se detectaron 9.599 pacientes) y posteriormente con una campaña publicitaria, motivando al paciente a inscribirse en el mismo. Se atendieron mil ciento cincuenta y dos casos, basados en investigaciones de antecedentes a nivel mundial para establecer los criterios a aplicar; en la elaboración del Reglamento de Operación de la Unidad Técnica de Lista de Espera (UTLE), el cual fue aprobado por la Junta Directiva de la Institución en el año 2001 y en la elaboración de la boleta para el registro de pacientes interesados en ingresar al programa.

Con el mejoramiento de los servicios de emergencias, durante el año 2001 entraron en funcionamiento ciento veinticuatro servicios, los cuales atendieron en ese mismo año 3.518.486 consultas. En el caso de las consultas especializadas, se diagnosticaron 48.508 pacientes en espera, con plazos mayores a tres meses; no obstante se le dio prioridad a las cirugías.

Para la operación de la UTLE se destinó un total de ₡4.814 mil millones de colones y se ha dotado de recursos humano a los diferentes establecimientos de salud.

• **Proyecto de Telemedicina**

Dentro de los esfuerzos por llevar la consulta médica especializada a todos los rincones del país, se ha implementado el proyecto de Telemedicina en veintiocho establecimientos de salud, lo cual ayuda al aumento de la capacidad de resolución, al mejoramiento de la calidad en la atención brindada en los diferentes establecimientos de salud y a disminuir el traslado de pacientes.

Este proyecto fue diseñado en conjunto con el Ministerio de Salud, el Instituto Costarricense de Electricidad (ICE) y la Caja Costarricense de Seguro Social, con el objetivo de “llevar los servicios de la consulta médica altamente especializada a todos los rincones del país y de extender de igual forma los servicios de educación continua al personal de salud en todos los hospita-



les"¹⁵ El proyecto también opera en áreas como: "la interconsulta con especialistas, ya sea "en línea" o con la mitología de "store and forwarding", la atención de pacientes en servicios de urgencias, la capacitación interactiva, el seguimiento médico, quirúrgico y chequeo de medicamentos, el intercambio científico internacional, el acceso a la red mundial Internet y la comunicación inmediata al Ministerio de Salud de los casos urgentes de notificaciones obligatorias"¹⁶.

Inicialmente, el Proyecto se planteó con la realización de cuatro etapas, en las que se le haría entrega del equipo respectivo a treinta y dos establecimientos de salud, entre los años de 1998 y 1999. En la primera etapa se instalaron doce equipos en los Hospitales: Calderón Guardia, Nacional de Niños, Limón, Guápiles, Turrialba, Cartago, México, Monseñor Sanabria, San Carlos, en la Dirección de Informática del CENDEISSS y al Ministerio de Salud.

Para la realización de la segunda etapa, la entrega de los equipos se realizó en tres fases, con la instalación de once equipos en los hospitales: Siquiátrico, San Juan de Dios, Pérez Zeledón, San Vito, Ciudad Neilly, Golfito, San Ramón, Puntarenas, Quepos, Liberia y Nicoya.

La tercera etapa inicia en el año 2001, con la instalación de cinco equipos en los Hospitales de Upala, Los Chiles, Ciudad Cortés, CENARE y Blanco Cervantes. La meta era la instalación de nueve equipos (faltaron los hospitales de Alajuela, Heredia, Grecia y de Las Mujeres), lo que indica que se cubrió un 87.5% de lo programado. Actualmente se encuentran operando veintiocho establecimientos.

¹⁵ www.necsalud.sa.cr/telemed.htm

¹⁶ Ídem.



7. Agilidad y Calidad de la Gestión de los Servicios de Salud

7.1. Desconcentración Máxima en Áreas de Salud y Hospitales

Un logro importante del periodo 1998-2002 y que ha favorecido el desarrollo la gestión administrativa, es la aprobación de la Ley N° 7852 denominada “Ley de Desconcentración de los Hospitales y las Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social”, dada en la Presidencia de la República el 30 de noviembre de 1998 y publicada en el diario oficial La Gaceta, el día 24 de diciembre de ese mismo año.

Con esta ley los hospitales, las clínicas y las áreas de salud en máxima desconcentración contarán con “personalidad jurídica instrumental para el manejo y la gestión presupuestaria del órgano, para las contrataciones administrativas que deban realizarse con el propósito de cumplir sus objetivos y metas; y para el manejo y la organización de sus recursos humanos”¹⁷.

La personalidad jurídica instrumental le permitirá “al órgano desconcentrado la capacidad jurídica para decidir en nombre propio, dentro de su circunscripción territorial o competencia, sobre la materia propia de las competencias que le han sido trasladadas, como un medio para satisfacer de manera adecuada, eficiente y equitativa, los servicios integrales de salud que brinda la Caja a los usuarios, de conformidad con la legislación y normativa vigente”¹⁸.

Durante el año 2001, se encuentran en máxima desconcentración treinta y cuatro establecimientos entre hospitales y áreas de salud; los cuales se describen a continuación:

¹⁷ Ley No. 7852, artículo 9.

¹⁸ Ídem.



Gráfico N°. 12
Número de Centros Autónomos
con Máxima Desconcentración
y Personalidad Jurídica
Instrumental
Costa Rica, 1997-2001



Fuente: CCSS, Departamento de Información Estadística y Servicios de Salud y PNO, 2001

- Hospital William Allen
- Hospital de Golfito
- Hospital Guápiles
- Hospital Nacional de Rehabilitación
- Hospital Nacional Psiquiátrico
- Hospital Nacional de Niños
- Hospital Calderón Guardia
- Hospital San Juan de Dios
- Hospital México
- Hospital Raúl Blanco Cervantes
- Hospital Enrique Baltodano Briceño
- Hospital San Vicente de Paúl
- Hospital Escalante Pradilla
- Hospital San Carlos
- Hospital San Francisco de Asís
- Hospital Max Peralta
- Clínica del Dr. Solón Núñez
- Clínica Dr. Moreno Cañas
- Clínica Dr. Clorito Picado
- Áreas de Salud de Belén-Flores
- Áreas de Salud de Barranca
- Áreas de Salud de Zarcero
- Áreas de Salud de Palmare
- Áreas de Salud de Buenos Aires
- Áreas de Salud de Coronado
- Áreas de Salud de Chacarita
- Áreas de Salud de Esparza
- Áreas de Salud de Santa Cruz
- Áreas de Salud de Cañari
- Áreas de Salud de Abangares
- Áreas de Salud de Puriscal-Turubares
- Áreas de Salud de Los Santos
- Áreas de Salud de Naranjo
- Áreas de Salud de Peninsular

Con el fin de fortalecer este proceso y garantizar un buen manejo de los recursos, se ha capacitado recurso humano de las unidades desconcentradas, principalmente en materia de contratación administrativa; además de asesorías directas, monitoreos y evaluaciones periódicas.

7.2. Compromisos de Gestión

En el marco de la modernización Institucional, el Compromiso de Gestión se ha transformado en la herramienta que ha dinamizado e integrado los elementos de planificación estratégica, operativa y financiera. Es un instrumento que mejora la asignación de los recursos en los diferentes establecimientos, de acuerdo con el nivel de producción; además de promover la cultura de rendición de cuentas.

En el año 1997 se inicia con 12 establecimientos y el "proceso de adaptación cultural y organizativo generado por la implementación de los Compromisos de Gestión, tanto en el nivel central como en las respectivas unidades de salud, ha permitido contar con información básica y con el desarrollo de instrumentos esenciales para llevar adelante la función de Compra"¹⁹.

La implantación de los Compromisos de Gestión se ha realizado de una forma gradual, durante el año 1999 firmaron 60 estable-

¹⁹ CCSS, Gerencia División Administrativa, Dirección de Compra de Servicios de Salud, Informe de Compromisos de Gestión 2000. Pág. 3



cimientos de salud, para el año 2000 se firmó con 120 y para el año 2001 con 124 establecimientos.

Actualmente se cuenta con dos instrumentos automatizados de recolección de datos, uno para las áreas de salud y otro para los hospitales; los cuales permiten el cálculo de los indicadores y de las coberturas totales pactadas en el Compromiso. Asimismo, se ha desarrollado una base de datos que contiene la información de las coberturas y algunos indicadores para todas las áreas de salud y los hospitales (tablas de producción pactada y lograda).

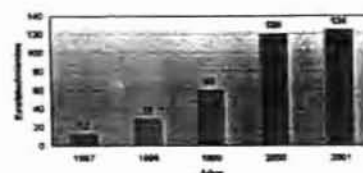
Los Compromisos de Gestión, con el cambio de modelo de gestión entre proveedor y comprador establecido desde 1997, le ha permitido a la Institución un avance cualitativo en la definición de la "Función de Compra, tanto en el papel del comprador como en el rol del proveedor y sus implicaciones en las condiciones de salud de la población, aspecto que se evidencia en el incremento de las coberturas, su calidad y la satisfacción de los usuarios"²⁰. Estos cambios también se ven reflejados en el incremento de la firma de compromisos de gestión con hospitales y áreas de salud, desde 1997 hasta el 2001.

Periódicamente se realizan evaluaciones de los Compromisos de Gestión, que tienen como objetivo determinar los resultados concretos en cada uno de los establecimientos de salud; además, es necesario evidenciar que estos compromisos se encuentran interrelacionados con el componente presupuestario.

7.3. Contralorías de Servicios de Salud

Con la creación de la Superintendencia General de Servicios de Salud (SUGESS), según acuerdo de la Junta Directiva en el artículo 8, de la Sesión N° 7336 del 27 de mayo de 1999, que la define como: "... un órgano fiscalizador de la garantía de calidad, la continuidad, la confiabilidad y oportunidad de la prestación de los servicios de salud que ofrece la Institución, de acuerdo con los parámetros de acreditación y protocolos de atención, definidos por el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Se-

Gráfico N°. 13
Evolución Compromisos
de Gestión
Costa Rica, 1997-2001



Fuente: CCSS, Dirección de Compras de Servicios de Salud.

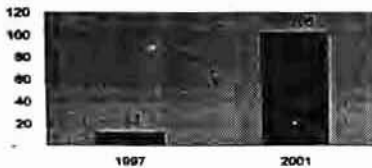
20 CCSS, Memoria Institucional 2000. Pág. 64.



guro Social²¹. De esta forma se asegura la supervisión y fiscalización interna de la calidad en la prestación de servicios de salud, ofrecidos por los distintos proveedores públicos y privados, de forma eficiente, eficaz y con calidad.

Como parte del proceso de fiscalización, en 1997 se contaba con doce contralorías de servicios de salud y para el año 2000 se conformaron ochenta y nueve contralorías, equivalente a un 171.15%. Durante el año 2001, se cuenta con 105 contralorías funcionando en distintos hospitales y áreas de salud (ver gráfico N° 14).

Gráfico N° 14
Número de Contraloría de
Servicios según año.
CCSS, 1997-2001



Fuente: CCSS, Departamento de Información Estadística de Servicios de Salud y P&O, 2001.

Con la creación de siete Intendencias Regionales y una Intendencia Metropolitana, se han diseñado y desarrollado metodologías de evaluación e indicadores que permitieron realizar durante el año 2000 ciento veintisiete evaluaciones de veintinueve que se tenían como meta, equivalente a un 438% y en el año 2001 se han realizado trescientos cuarenta evaluaciones generales de las cien programadas (240%). Estos instrumentos están dirigidos a evaluar la gestión de los proveedores de servicios de salud, en las áreas de oferta, demanda, proceso, resultados e impacto.

El impacto social generado por estas contralorías, repercute en la posibilidad de que el usuario disponga de este tipo de unidades en los diferentes establecimientos de salud, que atiendan sus reclamos o quejas sobre el servicio recibido, propiciando una oportuna respuesta a las situaciones planteadas. Es importante señalar, que existe un enlace con la Defensoría de los Habitantes, con el fin de que se canalicen las demandas de los usuarios presentadas a esta instancia, y sean atendidas por la Institución.

Con base en lo anterior, es importante señalar que las Contralorías de Servicios de Salud se preocupan por el trato humanizado a los usuarios; por lo que se destacan los siguientes logros:

- Diseño de indicadores en diez dimensiones de la calidad, con el fin de realizar las evaluaciones en aspectos como: oportunidad, continuidad, equidad-igualdad, seguridad, atención apropiada, confiabilidad, universalidad, solidaridad, exigibilidad de los derechos de los usuarios y satisfacción del usuario.

21 Sesión 7336, Junta Directiva de la CCSS, Artículo 8.



- Se elaboró material didáctico alusivo a: los deberes y los derechos de los usuarios, y a las acciones y competencias de la Superintendencia, el cual se distribuyó en el ámbito nacional.
- Elaboración del Proyecto de Ley sobre los “Derechos del Paciente en los Servicios de Salud Estatales y Privados”, el cual fue trasladado a la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa, para su respectivo estudio y análisis. Este proyecto nace con el deseo de regular los derechos y obligaciones de la persona; los cuales por un lado deben ser respetados por las instituciones, sus autoridades y quienes prestan sus servicios en ellas y por el otro, debe existir reciprocidad con el fin de que estas personas puedan responder a los requerimientos de los centros de atención que lo soliciten.

7.4. Oficinas Auxiliares de Auditoría

Esta Área se crea mediante acuerdo de Junta Directiva, en sesión 7278, artículo 2 del 19 de noviembre de 1998 y 7308 del 25 de febrero de 1999.

Con esta decisión, la Auditoría Interna inicia un proceso de extensión y ramificación de sus funciones, en concordancia con la promulgación de la Ley 7852 “Ley de Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social”; circunstancia importante en el apoyo y respaldo que la Auditoría Interna debe brindar a la Administración en este proceso de desconcentración.

Se crearon con el propósito fundamental de posibilitar “a nivel local el fortalecimiento del sistema de control interno, disminuyendo eventuales irregularidades y reforzando la labor asesora y preventiva de la Auditoría Interna”²²; esto por cuanto su ubicación sería en los hospitales o en lugares estratégicos cercanos a éstos. Esta medida ha facilitado las labores de vigilancia, control y fiscalización que le han sido asignadas por Ley a la Auditoría Interna.

²² CCSS, Manual de Organización y Funciones: Oficinas Auxiliares de Auditoría, junio del 2000, Pág. 1.



Con el establecimiento de estas oficinas, se constituye el marco de una labor preventiva que permita adecuar los servicios que brinda la Auditoría Interna a las necesidades de la Administración, ofreciendo nuevos servicios en educación, consultoría, auto evaluación y en la identificación de los riesgos.

Estas oficinas se han constituido en centros estratégicos de recepción de denuncias por parte de los usuarios internos y externos, evento que ocasiona un mayor acercamiento de la Auditoría Interna con las necesidades y problemas, tanto de los clientes internos como externos de la Institución.

En el Cuadro N°. 8 se observa como de doce oficinas, durante el año 2000 se instalaron diez (83.33%) y para el año 2001, se instalaron tres oficinas más.

Cuadro N°. 8
Oficinas de Control Interno
2000-2001

	2000		2001	
	Avance	Meta	Avance	Meta
Oficinas de Control Interno	10	12	3*	3

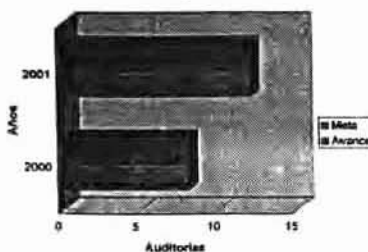
Fuente: CCSS, Dirección Planificación Corporativa.
CCSS, Compromisos de Resultados Gerenciales 2001

7.5. Auditoría Médica

Con la aprobación de la Junta Directiva en la sesión N° 7340, la Auditoría Médica inicia su operación en 1999, con el objetivo de "evaluar la calidad de la atención médica, fundamentado para ella en la aplicación y análisis de los indicadores institucionales vigentes, la revisión del expediente médico, compromisos de gestión y la satisfacción de los usuarios y prestadores de servicios"²³.

Como se observa en el Gráfico N° 15, durante el año 2001, la Auditoría Médica realizó doce investigaciones que le permitieron cumplir con el 100% programado.

Gráfico N°. 15
Intervenciones en Autoría Médica
Costa Rica, 2000-2001



Fuente: CCSS, Dirección Planificación Corporativa.

23 CCSS, Reglamento de la Auditoría Médica, Artículo 2.



El impacto originado con la creación de la Auditoría Médica, radica en que los funcionarios son conscientes de la autoridad delegada a ésta unidad de trabajo, con la potestad institucional de evaluar los procesos médicos, conforme lo establecen los protocolos de atención, lo que propicia un sentido más profundo de responsabilidad por mantener y mejorar la calidad en la atención médica.

8. Regímenes de Pensiones

El Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte es "obligatorio para los trabajadores asalariados de los sectores público y privado, con las excepciones hechas en los artículos 4º y 65º de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social y voluntario para todos los habitantes no asalariados del país, según las condiciones que dicte el reglamento respectivo" ²⁴ (la negrita no es de la cita).

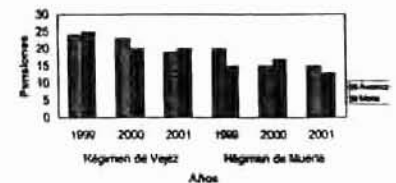
"Para todos los efectos del presente Reglamento, los trabajadores de ambos sexos, que cotizan o se encuentran pensionados en el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, se denominan asegurados. La cotización o aporte que se efectúa mensualmente a este Seguro se denomina cuota. Se registrará una sola cuota por cada mes, ya sea que el aporte provenga de uno o varios patronos" ²⁵.

8.1. Tiempo de Espera en Pensiones del Régimen de Vejez y Muerte

Como parte de la revisión integral de los mecanismos del Régimen de Vejez y Muerte, se incorporó la plataforma de Servicios y se realizaron modificaciones a los sistemas de cómputo.

El gráfico N°. 16 muestra el efecto positivo percibido a nivel central, con respecto al tiempo de resolución de las pensiones de vejez y muerte. Para el año 1999, se tenían establecidos como meta veinticinco días de resolución de la pensión de vejez y a raíz de los esfuerzos en este sentido, se logró realizar en veinticuatro días. En relación a la pensión de muerte, se redujeron los tiempos de espera, que eran de veinticinco días.

Gráfico N°. 16
Tiempo de Resolución de Pensiones Régimen de Vejez y Muerte
Costa Rica, 2000-2001



Fuente: CCSS, Compañer@s de Resultados Gerenciales (Dirección Planificación Corporativa (Datos a nivel central))

²⁴ CCSS, Reglamento del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, Artículo 2º, febrero del 1995.

²⁵ Ídem.

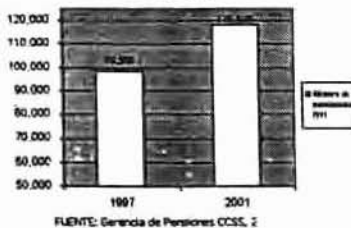


En el año 2001, el Régimen de vejez logró realizar el trámite de pensión en diecinueve días. Para el Régimen de muerte, a la fecha este trámite se realiza en quince días; debido a que se han desarrollado talleres de capacitación para las sucursales en su nuevo sistema. En promedio, durante el periodo 1998-2002 se ha alcanzado un 98% de la meta por vejez y un 90% por muerte.

Como parte de las modificaciones que se realizaron dentro de la plataforma de servicios, se incorpora el estudio de cotizaciones, el control de pagos y el fondo de retiro y trámite de IVM; con la finalidad de que se le ofrezca a los usuarios (afiliados y pensionados) todos los servicios que en materia de pensiones contributivas se puede brindar. Se implementó un manual de normas y procedimientos que organiza el control de las pensiones en curso de pago, la suspensión de beneficiarios y el proceso de cobro para recuperar recursos respectivos. Se elaboró una estrategia de mercadeo para mejorar el posicionamiento del Régimen y se inste a la afiliación y a la cotización; además de una propuesta de Estado de Aportaciones.

Durante el año 1997, se otorgaron 98.566 pensiones por IVM, en el año 2001 se otorgaron 118.320 pensiones, lo que corresponde a un incremento del 20.042%. Así mismo, En el año 1997 la pensión mínima era de ₡ 21.000,00 y la máxima de ₡ 226.056,00, para el año 2001, el monto mínimo de la pensión era de ₡ 34.407,00 y el máximo de 433.444,00, lo representa un incremento en el periodo 1997 - 2001 en la pensión mínima de 62.52% y en la máxima de 91.74% (Ver gráficos N° 17 y 18).

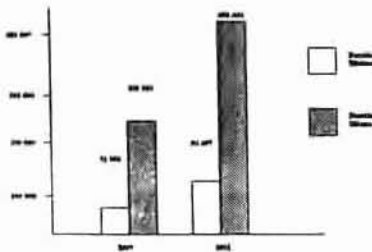
Gráfico N°. 17
Número de Pensionados
por IVM según año,
Costa Rica, 1997-2001



FUENTE: Gerencia de Pensiones CCSS, 2

Fuente: CCSS, Gerencia de Pensiones.

Gráfico N°. 18
Pensiones Máximas y Mínimas
Costa Rica, 1997-2001



Fuente: CCSS, Dirección Actuarial, 2002



8.2. Pensiones otorgadas en el año por el Régimen No Contributivo

Este es un programa de asistencia social que según la Ley N° 5662, su administración está asignada a la Caja Costarricense de Seguro Social, como un programa adicional al Seguro de Invalidez, Vejez Muerte.

Su objetivo principal es proteger a los costarricenses de escasos recursos económicos y que requieran del auxilio económico del Estado, siempre y cuando el ingreso familiar per capita resulte igual o inferior al monto de la canasta básica alimentaria, establecida por el Instituto Nacional de Estadística y Censos; la cual protege en forma prioritaria a las personas adultas mayores de sesenta y cinco años, personas con algún impedimento físico o mental, viudas desamparadas y menores huérfanos, entre otros, con un monto básico mensual de ₡10.000.00 (diez mil colones exactos).

Este Régimen es financiado con recursos del Fondo de Asignaciones Familiares, sistema que no es de carácter universal, pero sí se enfoca a satisfacer las necesidades muy básicas del 80% de la población adulta mayor y personas inválidas que se encuentran en pobreza extrema.

Con la creación de la ley de protección al trabajador, se universaliza para todos los pobres mayores de 65 años, la pensión por el régimen no contributivo y se crean fuentes de financiamiento permanentes. En el cuadro N° 9, se presenta el comportamiento de las pensiones del Régimen No Contributivo, las cuales van en aumento. Para el año 2000 se otorgaron 12.381 pensiones de las cuales 11.008 fueron nuevas y 1.373 reasignadas, para el año 2001 se superó la meta con un 10.08%; ya que se entregaron 10.134 pensiones, de las cuales 116 son reasignaciones y 10.018 son pensiones nuevas.

La distribución de las pensiones a nivel nacional es de 2.439 a la Región Central, 1.205 a la Región Huetar Norte, 1.552 a la Región Chorotega, 1.047 a la Región Brunca, 1.528 a la Región Huetar

Cuadro N° 9
Pensiones Otorgadas
Costa Rica, 1998-2001

	Nuevas Pensiones	Reasignaciones	Totales
1998	43	1.733	1.776
1999	36	1.830	1.866
2000	11.008	1.373	12.381
2001	10.018	116	10.134

Fuente: CESS, Gerencia de Personas, Régimen No Contributivo



Atlántica y 2.363 en el Departamento del Régimen No Contributivo.

Este programa a diciembre del año 2001, tiene una cobertura de 80.334 pensiones, de las cuales un 67.46% (54.196) son por vejez, un 26.01% (20.896) por invalidez, un 3.02% (2.421) por parálisis cerebral profunda y un 3.51% (2.821) por viudez, orfandad e indigencia.

8.3. Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE)

La ley de Protección al Trabajador se instrumentaliza mediante el diseño y la implementación del Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE), que promueve una nueva relación entre la Institución y los patronos, genera la evolución del concepto de patrono a cliente y mejora la calidad de los servicios. Estas son las medidas que pretenden hacer el sistema de facturación más flexible y ágil para los patronos:

- a) **Desarrollo de una plataforma de comunicación:** Instalación de una red entre las 72 sucursales de la CCSS. Esta permitirá la comunicación vía internet entre las sucursales para pagos, inclusiones y exclusiones de planilla y consultas de montos.
- b) **Planilla electrónica:** Software que calculará, después de incluir la información de planilla, el monto de deducciones y pagos a la Caja. Este programa se le facilitará a los patronos para eliminar la planilla "en papel"; el patrono envía la información por disquete o por internet.
- c) **Base de datos:** Creación de una base de datos con los asegurados (la operadora que seleccionó y la categoría de su ahorro en "voluntario", "obligatorio" y "extraordinario") y de un sistema de afiliación y traslado de operadoras, en caso que el cotizante desee cambiar.
- d) **Capacitación:** en una primera etapa, se capacitarán 300 personas para los nuevos sistemas de cobro. Después, la formación se ampliará a unas mil personas en todo el país.



- e) **Estaciones de servicio:** en las sucursales se pondrán computadoras a disposición de los patronos para que – si no lo pueden hacer desde sus centros de trabajo – actualicen su planilla y realicen la “facturación instantánea”.

- f) **Página Web:** se instalará un “link” en la página principal de la Institución (www.ccss.sa.cr) para realizar consultas patronales: información de estados de cuenta, trámites, casos de inspección, fechas de pago, montos, entre otros aspectos.

El SICERE “... llevará el registro de los afiliados. Ejercerá el control de los aportes del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, de Pensiones Complementarias, de Enfermedad y Maternidad; a los fondos de capitalización laboral; a las cargas sociales cuya recaudación haya sido encargada a la CCSS y cualquier otro que la ley establezca, de conformidad con el artículo 31 de la Ley Orgánica de la Caja Costarricense de Seguro Social” ²⁶.

Para finales del año 2001, se consolida la primera etapa del sistema en un 100%, con lo siguiente:

1. Análisis y requisitos del Sistema, Manual de Procedimientos y Modelo de Datos.

2. Diseño, desarrollo y prueba de la funcionalidad de los Sub-sistemas de Gestión del pendiente de cobro, gestión del Régimen Complementario de Pensiones, ajuste del Nuevo Sistema de Facturación Institucional (NSFI) para cumplir la funcionalidad requerida por la Ley y gestión del pendiente de pago.

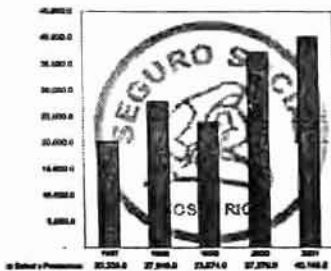
3. Implementación en oficinas centrales de la segunda etapa del SICERE.

4. Implementación centralizada de la facturación nacional e implantación del plan piloto del NSFI, en las siete sucursales incluidas en este plan.

²⁶ Ley de Protección al Trabajador, Capítulo 5, Artículo 58.



Gráfico N°. 19
Pagos del Estado Regímenes
de Salud y Pensiones
CCSS 1997-2001



*Cifras en millones de colones
Fuente: Dirección Financiero Contable

• Ingresos de los Seguros Sociales

Durante el periodo comprendido para los años de 1997-2001, la Institución ha mantenido en los seguros sociales el equilibrio financiero. Desde el punto de vista de los recursos, las mejoras en los procesos de recaudación, atención a la evasión de contribuciones y control de la morosidad han permitido un crecimiento promedio real superior al 5 % en los ingresos totales de los seguros.

De especial importancia resulta en estos ingresos, la atención de las obligaciones del gobierno, la cual ha venido mejorando significativamente en relación a periodos anteriores. La Ley de Protección al Trabajador No. 7983 estipula la obligación del gobierno a presupuestar y pagar todas las contribuciones a la Seguridad Social, lo cual ha venido a reforzar los ingresos provenientes de este sector, tal y como se muestra en el gráfico N° 19.

Como puede observarse, el Estado canceló en el año de 1997 ₡20,399 millones contemplando tanto el Seguro de Salud como el de Pensiones y para el año del 2001, ₡40,199 millones, con lo que obtenemos en términos relativos un 98% de crecimiento para el periodo en estudio.

Realizando la misma comparación de los pagos efectuados por el Gobierno para los Seguros de Salud y Pensiones, obtenemos que para el año 1997 ingresaron ₡15,760 millones y ₡4,579 millones respectivamente, y para el año 2001 se recaudaron ₡33,911 millones y ₡6,288 millones, lo que refleja un crecimiento de 115% para el Seguro de Salud y para el Seguro de Pensiones un 37%.

Cabe destacar que desde la entrada en vigencia del Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE) en marzo del año en curso, el Estado ha cubierto en su totalidad los conceptos obrero – patronales que componen la factura del Gobierno Central.

Por otra parte, el los recursos provenientes de las contribuciones del sector privado, que representan más del 50 % de los ingresos contributivos de los seguros también han mostrado un comportamiento positivo en términos reales, siendo en prome-



dio ligeramente superior al 5 % en el periodo mencionado. Los ingresos no incluyen las contribuciones de las instituciones autónomas ni otros ingresos.

• **Comportamiento de la Morosidad**

Como se observa en el gráfico No 21 el comportamiento de la morosidad patronal por concepto cuotas obreras y patronales, comparando el año 1997 (15%), con el año 2001 (10%), disminuyó cinco puntos porcentuales, debido a los programas desarrollados por Dirección de Inspección y la puesta en marcha de la Ley de Protección al Trabajador; la cual establece la modernización de los programas de recaudación y cobros, que influyen en este comportamiento.

8.4. Operadora de Pensiones de la Caja Costarricense de Seguro Social

El artículo 74 de la ley N° 7983 de Protección al Trabajador, establece "Autorízase la constitución de una sociedad anónima, con el único fin de crear una operadora de pensiones a cada unas de las siguientes instituciones: la Caja Costarricense de Seguro Social y el Banco Popular y de Desarrollo Comunal..."

De acuerdo con lo anterior, la Junta Directiva de la Institución, en la sesión N° 11377 del 15 de mayo del 2000, acuerda constituir la Operadora de Pensiones Complementarias y de Capitalización Laboral. Para el año 2000, con el oficio SP-1450, la Superintendencia de Pensiones autoriza su funcionamiento bajo los lineamientos establecidos en las leyes 7983, 7523 y sus reformas. La función básica de la Operadora de Pensiones, es establecer para cada trabajador afiliado, una cuenta de ahorro individual a su nombre. Esta cuenta puede tener varias subcuentas para el ahorro obligatorio, el voluntario y los extraordinarios. Los montos de esos ahorros deberán ser invertidos por las operadoras y esas utilidades serán para cada trabajador.

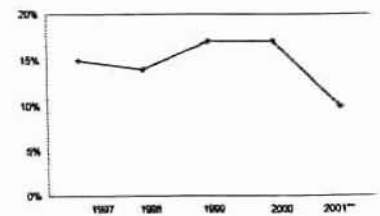
Existen actualmente varias operadoras de pensiones complementarias a nivel nacional, sin embargo la Operadora de Pensio-

Gráfico N° 20
Comportamiento Recaudación Sector Privado
CCSS 1997-2001



*Cifras en millones de colones
Fuente: Dirección Financiero Contable

Gráfico N° 21
Tasa de Crecimiento de la Morosidad
CCSS 1997-2001



** Estimación a diciembre 2001
Fuente: Dirección de Cobros



nes de la Caja Costarricense de Seguro Social, tiene la ventaja competitiva de que, por ley, sólo deberá cubrir los gastos administrativos. Esto significa que, después de pagar los salarios de los empleados de la operadora y los demás gastos propios de una empresa, las ganancias deberán repartirse entre los trabajadores que están cotizando para esta operadora de pensiones. Este elemento es de impacto social, ya que permite a la Institución posicionarse en este mercado altamente competitivo y otorgar más dividendos y mejores servicios a la sociedad costarricense.

8.5. Reglamentación y Operación en cambios en Recaudación

Con la implementación de la Ley de Protección al Trabajador en el año 2000, se presenta como meta realizar la reglamentación y operación en los cambios de recaudación en la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, situación que fue reforzada con la aprobación de los reglamentos del artículo 74 y el de Impugnaciones, los cuales fueron publicados en La Gaceta # 221, del 17 de noviembre del 2000.

Con el fin de mejorar la recaudación, la Gerencia División Financiera ha negociado con entidades financieras públicas y privadas; como por ejemplo: Banco Nacional de Costa Rica, Banco de Costa Rica, Banco Crédito Agrícola y BANCRECEN; entre otros.

9. Investigación y Desarrollo

Con el finalidad de aumentar la capacidad resolutive en los establecimientos de salud y de velar por el desarrollo continuo y sistemático del personal, en áreas que impacten de forma positiva en el desempeño de las actividades que se realizan en beneficio de los clientes internos y externos, se han creado oportunidades dentro del programa de postgrado en especialidades médicas. También en el área Informática, la capacitación cumplió su objetivo en campos como: Internet, Correo Electrónico, Administración de Redes y Usuarios de Redes, entre otros.



En convenio con la Asociación Holandesa de Médicos de Familia, a nivel regional se capacitaron médicos generales en Atención Integral y Gestión Local (primer y segundo nivel de atención), con el propósito de maximizar la capacidad de gestión en las diferentes autoridades locales.

Producto de la Comisión de Internado Universitario se otorgaron 390 becas para capacitación de profesionales en el área de medicina y de farmacia.

Como insumo en la toma de decisiones sobre los requerimientos que exige la Ley de Protección al Trabajador a la Caja Costarricense de Seguro Social y en relación al Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE), se implementaron estrategias que permitieran integrar en forma adecuada, racional y oportuna, los diferentes módulos o aplicaciones de la primera etapa del SICERE (fortalecer los sistemas de información y el desarrollo del modelaje de datos), mediante una plataforma de arquitectura abierta que mejore la facturación y recaudación institucional.

Con el propósito de que la Institución agilice sus procesos, se desarrollaron sistemas con "tecnologías robustas" y en ambientes WEB, como es el caso del SAC, el cual permitirá que los patronos presenten sus planillas en Internet. Se implementó una serie de sistemas o mecanismos electrónicos que faciliten la atención de los requerimientos de diferentes áreas, entre las que se destacan: el Plan Estratégico en Tecnologías de Información, el Sistema de Seguimiento de Informes de Auditoría, el Sistema de Análisis y Evaluación de Riesgos y el Sistema de Plataforma Institucional de Cajas, entre otros.

Se analizó y aprobó la nueva reglamentación para la investigación científica en la Institución, la cual incorpora las normas y los estándares internacionales.

10. Regulación y Acreditación

- Reglamento para el Funcionamiento de las Juntas de Salud Hospitalaria.



Aprobado por la Junta Directiva, sesión N°. 7322 de fecha 15 de abril de 1999.

Finalidad: Participación ciudadana para el mejoramiento de la gestión hospitalaria, mediante el funcionamiento de 124 Juntas de Salud.

- **Reglamento de la Actividad Clínica Docente en la Caja Costarricense de Seguro Social.**
Aprobado por la Junta Directiva, sesión N°. 7376 del 7 de octubre de 1999.
Finalidad: Velar por el desarrollo continuo y sistemático del personal, en beneficio de los clientes y de la Institución.

- **Departamento de Control de Calidad y Protección Radiológica.**
Aprobado por la Junta Directiva, acuerdo segundo del artículo 17, en la sesión N°. 7378 de fecha 14 de octubre de 1999.
Finalidad: desarrollar aspectos de seguridad y protección relativas a las prácticas médicas con radiaciones ionizantes.

- **Sistema Centralizado de Recaudación, según Ley de Protección al Trabajador, N°. 7983 del 16 de febrero del 2000.**
Finalidad: Modernizar el proceso de facturación y recaudación de las cuotas obrero patronales y realizar el traslado de las aportaciones del Fondo de Capitalización Laboral y del Régimen Obligatorio de Pensiones Complementarias a las Operadoras de Pensiones.

- **Reglamento al Artículo 74 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social. Decreto N°. 28770-MP-MTSS, del 6 de julio del 2000.**
Finalidad: Los diferentes sectores de la Administración Pública deben conocer en forma oportuna, la información relacionada con los adeudos; con el fin de que se verifique el grado de las obligaciones de la Seguridad Social, conforme lo establece la Ley N°. 7983.



- Reglamento para Investigación Clínica en los Servicios Asistenciales de la Caja Costarricense de Seguro Social.
Aprobado por la Junta Directiva, sesión N°. 7569 de fecha 9 de agosto del 2001.
Finalidad: Organización necesaria para la investigación biomédica dentro de parámetros éticos y científicos; asegurándose el respeto a la dignidad, derechos, seguridad y bienestar de las personas y para la promoción del desarrollo científico institucional de alta calidad.

- Reglamento para la Conformación del Comité de Vigilancia del Régimen de Pensiones de IVM.
Aprobado por la Junta Directiva, sesión N°. 7600 de fecha 15 de noviembre del 2001.
Finalidad: Supervisar y analizar la situación económica del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM), a fin de propiciar la sostenibilidad y el equilibrio financiero de régimen, según lo instruye el artículo 39 de la Ley de Protección al Trabajador.

- Reglamento del Sistema de Seguridad Radiológica de la Caja Costarricense de Seguro Social.
Aprobado por la Junta Directiva, artículo 12, sesión N°. 7613 del 10 de enero del 2002. Publicado en La Gaceta N°. 36 del 20 de febrero del 2002.
Finalidad: Establecer un marco general de conducta para todos los participantes del sistema de seguridad tecnológica, a fin de garantizar la seguridad y protección radiológica en las aplicaciones médicas que utilizan fuentes o generadores de radiaciones ionizantes.

- Catálogo de Equipamiento para los Tres Niveles de Atención Médica.
Reglamentación existente en materia de adquisición descentralizada de bienes y servicios (procesos de compra de equipo de baja y mediana tecnología en unidades médicas y no médicas), a fin de mejorar la gestión y agilizar el proceso de compra de equipo de menor complejidad.



- Creación de la Unidad de Bioética en el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS).
Finalidad: Se formó el Comité Institucional de Bioética e Investigación (CIBI)
- Manual de Organización de la Unidad de Campos Clínicos.
Se conformó el Consejo Superior de Campos Clínicos y treinta y dos Consejos Académicos Locales acreditados por el CENDEISS.

11. Protección y Mejoramiento del Ambiente Humano

Con la finalidad de fortalecer y orientar las actividades relacionadas con el saneamiento básico y ambiental en los establecimientos de salud de la Institución, se crea el Departamento de Saneamiento Básico y Ambiental, el cual normaliza la gestión integral de los desechos hospitalarios, anatomopatológicos y las sustancias químicas.

La planificación de las actividades y estrategias para disminuir las infecciones nosocomiales en los tres niveles de atención, originó su inclusión en el Plan Estratégico de Servicios de Salud.

La evaluación de zonas de riesgo y de recurso humano expuesto a accidentes por sustancias químicas peligrosas y su impacto negativo sobre el ambiente, influyó en la elaboración de un Plan Institucional para el Manejo Seguro de Productos Combustibles e Inflamables en Servicios de Anatomía Patológica; el cual logró una disminución importante entre el año 1999 y el 2001, pasando de un 52% a un 27% respectivamente.

Se otorgó capacitación al personal de cada establecimiento de salud para el manejo de los desechos sólidos, y se coordinó con las municipalidades locales en la gestión y tratamiento de éstos. Se elaboró la normativa para el manejo de residuos peligrosos, y se distribuyó más de 20.000 ejemplares.



En el último estudio realizado se estableció el volumen de desechos en los hospitales, las clínicas y las áreas de salud, el cual tuvo como resultado la disminución de estos contaminantes, de un 43% en 1995 a un 26% en 1999.

Se editó el documento de "Normas para el Manejo de los Desechos Hospitalarios", para lo cual se dotó de autoclaves a todos los establecimientos de salud para dar tratamiento a los desechos bioinfecciosos y otros insumos.

Por último, se realizan visitas de auditoría para certificar el manejo de los desechos sólidos en los hospitales y áreas de salud en todo el país.

II. LOGROS, PROYECTOS, COSTOS FINANCIEROS Y ORIGEN DEL FINANCIAMIENTO

1. Proyectos Estratégicos de Infraestructura

Los proyectos estratégicos de infraestructura se ejecutan en forma coordinada entre la Dirección de Proyectos de la Gerencia División de Operaciones y las Unidades Ejecutoras de la Dirección Desarrollo de Proyectos de la Gerencia de División Modernización y Desarrollo, como son:

- Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE).
- Empréstito Español.
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID)
- Banco Mundial.

2. Recursos Invertidos en Equipo e Infraestructura

Para garantizar la operación efectiva de la red de servicios de salud, durante el periodo 1999-2001, se ha invertido entre equipo e infraestructura la suma aproximada de \$38.940,55 millones. En los Cuadros N°. 10 y 11, se muestran los recursos invertidos en equipamiento e infraestructura, por unidad ejecutora.



Costa Rica queda mejor preparada para seguir progresando

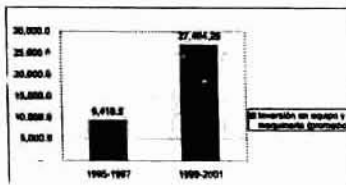
Para los años 1999 y 2000, se invirtió en equipamiento la suma de ₡ 13.158,98 millones y ₡ 9.374,51 respectivamente, lográndose cumplir satisfactoriamente las metas para ambos años. Durante el año 2002 se programó como meta la utilización de ₡ 15.000 millones.

Cuadro N°. 10
Inversión en Equipo en millones de colones
1999-2001

Inversión	1999	2000	2001	Total
Equipamiento Institucional	1.991,40	1.027,73	2.453,10	5.388,71
Proyecto C.C.S.S. - BCIE	7,91	25,98	98,16	132,05
Proyecto C.C.S.S. - BID	11,55	375,66	57,65	444,86
Proyecto C.C.S.S. - Banco Mundial	271,85		52,94	324,79
Proyecto España	952,13	5.579,54	830,10	7.421,77
Equipamiento desconcentrado	7.030,01	4.045,27	3.988,27	14.016,00
Seguro de Pensiones	55,56	37,86	53,98	147,40
Total de equipamiento	10.319,32	10.747,72	7.502,30	27.494,26

Fuente: CCSS, Sistema de Control de Presupuesto

Gráfico N°. 22
Inversión en Equipo
en millones de colones
1995-2001



Fuente: CCSS, Gerencia de División Financiera, 2001.

Como referencia se incluye el gráfico No. 22, que muestra la inversión en equipo correspondiente a los trienios 1995-1997 y 1999-2001.

Cuadro N°. 11
Inversión en Infraestructura en millones de colones
1999-2001

Inversión	1999	2000	2001	Total
Dirección de Desarrollo de Proyectos	2.027,84	1.669,60	1.807,44	5.504,89
Proyecto C.C.S.S. - BCIE	633,80	558,60	155,09	1.347,49
Proyecto C.C.S.S. - BID	49,05	2.070,05	3.335,30	5.454,40
Obras menores locales	-	10,58	144,48	155,06
Otras unidades	-	17,78	-	17,78
Total de Infraestructura	2.710,69	4.326,61	5.442,31	12.479,62

Fuente: CCSS, Sistema de Control de Presupuesto

Como referencia se incluye el gráfico No. 23, que muestra la inversión en infraestructura correspondiente a los trienios 1995-1997 y 1999-2001.



3. Dirección de Desarrollo de Recursos Físicos

Esta dirección es responsable de ejecutar proyectos de infraestructura a nivel nacional. Para el año 1999, se logró un grado de avance del 90% en lo relacionado con desarrollo de infraestructura estratégica; sobrepasando la meta en 25 puntos porcentuales (65%).

Para los años 2000 y 2001 se programó ejecutar 37 proyectos estratégicos, de los cuales un 76% se programaron en el 2000 y un 24% (9 proyectos) en el 2001. En el Gráfico N° 24, se presenta el avance logrado en dichos proyectos, observándose que en el año 2000 la meta alcanzada fue de un 95.9%. Durante el periodo (1999-2001) esta Dirección presenta en promedio un avance del 90.25% con un nivel de cumplimiento por tanto del 108,3%.

• Proyecto C.C.C.S. – BCIE

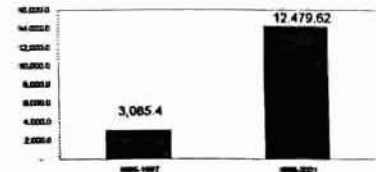
a) Construcción del Hospital de Heredia

El proyecto inició en el año 2000 y en el año 2001 se aprueba por parte de la Junta Directiva un primer borrador de intenciones entre la Caja Costarricense de Seguro Social, Universidad de Costa Rica y Universidad Nacional de Heredia, para conceder la operación del mismo. La Administración de su ejecución es responsabilidad de la Unidad Ejecutora C.C.S.S.–BCIE, la cual se encuentra realizando el anteproyecto y cartel de licitación para contratar el diseño, construcción y equipamiento de este establecimiento, con la modalidad de llave en mano. Dicha construcción tendrá un área aproximada de 29.000 m², para un costo total aproximado de \$31 millones.

b) Construcción Centro Especializado Oftalmológico

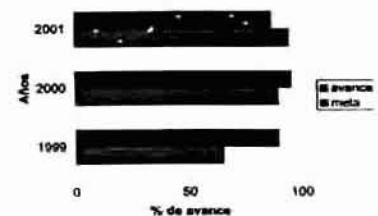
Se ha iniciado la etapa construcción y el proyecto cuenta con un grado de avance de un 28%, el costo del proyecto es de 550 millones de colones.

Gráfico N° 23
Inversión en Infraestructura
en millones de colones
1995-2001



Fuente: CCSS, Gerencia de División Financiera, 2001

Gráfico N° 24
Metas vs. Avance de
Proyectos Estratégicos
1999-2001





c) Construcción Zona 5 del Hospital de Liberia

Para el año 2001 se programó la construcción de esta zona y actualmente cuenta con un 32% de avance en la construcción, con un costo de 328 millones de colones.

• Proyecto C.C.S.S. – BID

a) Construcción Hospital de Alajuela

Este centro hospitalario adjudicó el diseño, la construcción y el equipamiento de la obra, con la aprobación de la Junta Directiva en la sesión 7503 del 6 de diciembre del 2000. Durante el año 2001, la misma cuenta con un grado de avance de un 20%, logrando que la meta se cumpla en un 100%. El coto total aproximado de la obra es de US\$ 34.382.964,00.

b) EBAIS

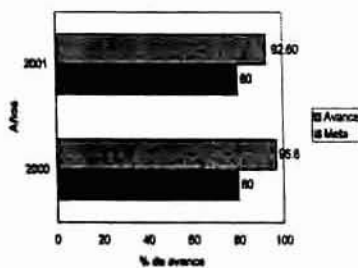
Como parte del fortalecimiento del primer nivel de atención para la implementación del nuevo modelo se programó entre los años 1999-2001 la construcción de 73 sedes entre EBAIS, Visita Periódica y Áreas de Salud. De estas 73 sedes, 23 se construyeron en el año 2000 bajo la dirección de la Unidad Ejecutora CCSS – BID logrando un 96.8%, sobrepasando la meta del 80% de construcción en 16.8 puntos porcentuales.

Para el año 2001 se programaron realizar 50 sedes de EBAIS las cuales cuentan, en promedio con un porcentaje de avance del 92,60 en su construcción, superando la meta en 12.6 puntos. El Gráfico N°. 25 muestra la estrategia implementada bajo la construcción de infraestructura menor, en forma desconcentrada, la cual agiliza el proceso y baja los costos.

• Proyecto CCSS - Banco Mundial

El Proyecto de Modernización, financiado con recursos del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF), ha teni-

Gráfico N°. 25
Metas vs Avance de Edificaciones
para EBAIS proyectos CCSS-BID,
CCSS BCIE y en forma
deconcentrada
2000-2001



Fuente: CCSS, Programa Mejoramiento de los Servicios de Salud, Unidad Ejecutora del Proyecto CCSS-III) y CCSS-BCIE.



do una importancia cardinal en el desarrollo de la Caja Costarricense de Seguro Social. Ha estado involucrado directa e indirectamente en todas aquellas estrategias ejecutadas por la institución para adaptarse a los nuevos escenarios políticos económicos y sociales que dominan al mundo y al país.

La readecuación del modelo de atención se condujo bajo la dirección del Proyecto de Modernización y ha tenido réditos inquestionables en virtud de que se acercaron los servicios a la población, se aumentó la equidad en la institución y se está redimensionando el primer nivel de atención en el contexto institucional.

La reasignación de los recursos financieros ha sido otra de las propuestas planteadas dentro del Proyecto de Modernización, cuya finalidad es lograr una mayor articulación entre la producción de las diversas unidades institucionales y el presupuesto que se les asigna. En este tema se han dado pasos significativos entre ellos, el desarrollo de los Compromisos de Gestión.

En el plano del fortalecimiento institucional, este proyecto ha coordinado y participado en acciones de gran trascendencia para el Seguro Social, el Sector Salud, el país y el mundo. No es por casualidad que este proceso de reforma se haya constituido en un referente para países como República Dominicana, Ecuador y el Salvador. En tal sentido, es importante destacar aquellos proyectos de mayor envergadura.

• **Modernización en el Sistema de Compras**

La contratación del Sistema Básico de Información en Suministros ha sido liderada por el Proyecto de Modernización y la Gerencia de Operaciones, y tiene un costo cercano a los \$393 mil. Se aprobó una consultoría cuyo propósito fundamental fue establecer en la Institución, un sistema moderno de información de suministros, que le permitirá agilizar el proceso de compras (registro, hasta la entrega y distribución). Este sistema se constituye como un instrumento vital para la administración y vendrá a reemplazar el esquema institucional actual. Con el propósito de



que este cambio cuente con el respaldo operativo de sus usuarios, paralelamente también se trabaja en un proceso de sensibilización y definición de los diferentes para alcanzar el éxito deseado.

• **Apoyo al Proceso de Desconcentración**

Con la finalidad de que el proceso de desconcentración sea todo un éxito, se estableció el sistema de consultorías y de intervenciones de jefes del Hospital Carlos Haya de Málaga de España, que son hospitales públicos y que se encuentran desconcentrados; con el propósito de que los entes desconcentrados puedan fortalecerse en aquellos aspectos en los que tienen autonomía instrumental. Se elaboraron diagnósticos y se plantearon propuestas para mejorar la gestión clínica, establecer cuadros de mando y mejorar la contratación administrativa.

• **Modernización en el Proceso de Facturación**

El introducir un Nuevo Sistema de Facturación Institucional (NSFI), permitió que la Institución asumiera las obligaciones que le demandó la Ley de Protección al Trabajador. La primera etapa del Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE), ha dado excelentes resultados y se ha convertido en una herramienta muy ágil y flexible que ofrece un sin número de ventajas a todos los actores involucrados, porque se obtendrá información más segura, confiable y oportuna.

• **Continuación de la Reforma**

El Sector Salud de Costa Rica, se prepara para iniciar un segundo proyecto de reforma que tiene como propósito continuar el proceso de transformación iniciado anteriormente. Se pretende expandir la desconcentración, mejorar el ciclo de adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos e insumos y fortalecer el marco que regula al sector. De igual forma, la obtención de mejoras sustantivas en la calidad de la atención, la reducción de los tiempos y listas de espera y la implantación de un sistema de información para la gestión en salud.



Para lograrlo, el Proyecto de Modernización gestionó la aprobación de un préstamo con el Banco Mundial, por un monto de \$23,5 millones. Este se conforma de dos componentes básicos: Diseño y Desarrollo de Políticas de Salud y Monitoreo, Evaluación y Gestión del proyecto. El primero tiene por finalidad mejorar la eficiencia, la efectividad y la calidad de la atención que diariamente reciben miles de costarricenses y el segundo medir el impacto de todas las actividades mediante la utilización de indicadores diseñados con ese propósito.

• **Fomento a la Participación Social**

Las Juntas de Salud, constituyen uno de los logros trascendentales de esta gestión, pues por primera vez la Institución se abre a un control social de gran importancia en un proceso de desconcentración, mediante mandato de la ley 7852.

El Proyecto de Modernización asumió responsabilidades como el proceso de capacitación e inducción de los nuevos miembros, el rol de los facilitadores y la creación de una estructura de soporte que permitiera el funcionamiento de estos órganos. Se pretende que la institución mejore su calidad y eficiencia y se acerque a las necesidades de la población planteadas por estos órganos auxiliares.

• **Inversión en Equipo**

En este periodo, el Proyecto de Modernización gestionó la compra de equipo para el primer nivel de atención (Áreas de Salud y sedes de EBAIS); por ejemplo: equipo de refrigeración, odontológico, laboratorio clínico, enfermería, mobiliario médico y de oficina. La inversión realizada asciende a \$1.5 millones. Se compraron un total de 2926 equipos.



- **Transformaciones en el Hospital**
Dr. Rafael Angel Calderón Guardia

El Proyecto de Modernización invirtió recursos técnicos, económicos y humanos en la elaboración de una propuesta de gestión de cambio para el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.

Este proceso implicó el diseño de toda una estrategia de sensibilización hacia las diferentes estructuras jerárquicas institucionales sobre la importancia del cambio. Se trabajó en el rediseño de los procesos y en efectuar transformaciones en la estructura administrativa de este centro hospitalario, con el único afán de modernizarlo y adaptarlo a las necesidades de la Institución y de la población que recibe los servicios. La pretensión de las autoridades hospitalarias es que este centro médico se convierta en un hospital modelo, que pueda ser emulado por otras entidades institucionales.

- **Proceso de Comunicación**

El Proyecto de Modernización en conjunto con la Dirección de Comunicación Organizacional, han desarrollado una serie de estrategias y esfuerzos para consolidar los Comités de Comunicación en los Hospitales, externalizar las fortalezas institucionales y aumentar conciencia para que los diferentes establecimientos de salud, adquieran un conocimiento amplio de las acciones institucionales.

- **Competencia en la Provisión de Servicios**

Por medio del Proyecto de Modernización, se abre la posibilidad de ofrecer servicios en el primer nivel de atención, a cargo de proveedores privados; mediante la introducción de un esquema de competencia en un sistema público de salud. Con este se ven favorecidos alrededor de ochenta mil personas que habitan en las localidades de Escazú, La Carpio, León XIII y Garabito.



• Incentivos Institucionales

La Caja Costarricense de Seguro Social se encuentra en un proceso de modernización, debido al fortalecimiento de la desconcentración hospitalaria y de las Áreas de Salud. Mediante los Compromisos de Gestión y de resultados, las altas autoridades institucionales obtendrán una medición cualitativa y cuantitativa del cumplimiento de las metas.

La tendencia hacia la productividad y la eficiencia en la gestión de salud, conducen a la búsqueda de nuevos esquemas que retribuyan a los funcionarios la dedicación y el esfuerzo; siempre y cuando sean vinculados con el desempeño.

Debido a lo anterior, en el año 2001, la Junta Directiva de la Institución aprobó un Sistema de Incentivos Grupales, para el cual se efectuó un análisis exhaustivo de las variables utilizadas en la distribución de incentivos a los diversos equipos institucionales. Se pretende instaurar un enfoque que valore la productividad de los "equipos de trabajo" durante un período de un año y si es merecedor, obtendrá un reconocimiento en efectivo (no salarial) que será destinado para realizar mejoras en las condiciones de trabajo. Este proyecto induce a adoptar una cultura retributiva, vinculada al desempeño de los funcionarios.

• El Plan de Atención de Salud a las Personas (PASP): un Paso en el Ordenamiento de la Oferta de Servicios

Su elaboración estuvo a cargo de un equipo de profesionales en diversas disciplinas, que efectuó una investigación cualitativa y cuantitativa a fin de obtener un diagnóstico sobre los verdaderos problemas de salud que afectan a la sociedad costarricense (estadísticas de mortalidad, morbilidad, egresos hospitalarios, consultas y atención de urgencias, entre otros puntos), para determinar los paquetes básicos de los servicios de salud que la Institución ofrecerá a la población asegurada; con base en las políticas corporativas establecidas.



• Proyecto CCSS – España

Con la creación de la Ley No. 7683 del 20 de agosto de 1997, se inicia el “Programa Nacional de Renovación del Sistema Hospitalario de la CCSS, Proyecto España”. Se realizó un convenio de crédito ante el Instituto de Crédito Oficial del Reino de España y la CCSS y del convenio de financiamiento entre la CCSS y el Banco Bilbao Vizcaya S.A. El monto de cada crédito USA \$20.000.000,00, para un total de USA \$40.000.000,00.

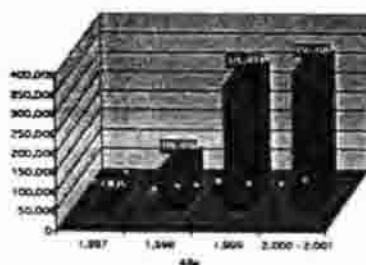
En la licitación pública internacional N° LPI-97-0001, se programa la adquisición y funcionamiento de 3828 equipos, se realizó de la siguiente forma:

No. Equipos	I Etapa	%	II Etapa	%
Equipos entregados	3546	100	283	100
Equipos Instalados	3479	98.11	258	91.2

Distribución de Equipos por Regiones

Instituciones	I Etapa				II Etapa			
	Equipos	%	Monto	%	Equipos	%	Monto	%
Hospitales Nacionales	756	21.3	10.812.096	31	73	25.8	1.026.765	20.5
Central Norte	463	13	4.229.100	12.1	72	25.4	930.272	18.6
Central Sur	377	10.6	2.888.541	8.2	19	6.7	673.751	13.5
Clinicas Periféricas	172	4.9	1.795.909	5.1	0	0	00	0
Huetar Atlántica	362	10.2	3.283.163	9.4	15	5.3	307.808	6.1
Huetar Norte	206	5.8	1.716.652	4.9	9	3.2	305.025	6.1
Brunca	394	11.1	3.579.641	10.2	31	11	539.197	10.8
Pacífico Central	293	8.3	2.725.734	7.8	30	10.6	833.804	16.7
Chorotegea	403	11.4	3.575.283	10.2	18	6.4	347.303	7
Otros	120	3.4	392.897	1.1	16	5.6	37.092	0.7
TOTALES	3546	100	34.998.515	100	283	100	5.001.016	100

Gráfico N° 26
Población Beneficiada
1997-2001



Fuente: Unidad Ejecutiva CCSS-CCCE

4. Población Beneficiada

El desarrollo e implementación de estos proyectos, beneficia de forma directa a la población asegurada a nivel nacional, como se aprecia en la gráfica, para el año 1998 se benefició a una población de 106.096 personas. Para el período comprendido entre los años 2000 – 2001, la población beneficiada es de 356.206 personas, lo que representa un crecimiento porcentual del 235.74%.



III. ACCIONES EN CURSO

La Caja Costarricense de Seguro Social tiene un papel medular en la transformación y modernización de su accionar en la gestión de los servicios de salud, según se evidencia a continuación:

- Implementación y seguimiento de diversas acciones tales como: el Plan Estratégico Corporativo (PEC), el Plan de Atención en Salud a las Personas (PASP), el Plan Estratégico de Servicios de Salud (PESS) y el Plan de Promoción de la Salud (PPS); se pusieron en marcha como parte de la estrategia de Reforma del Sector Salud.
- Desarrollo técnico y financiero de proyectos como: infraestructura y equipamiento institucional ("Gobierno Fidlandés - CCSS", "BID-CCSS", "BIRF-CCSS" y "BCIE.-CCSS"), los compromisos de gestión, la consolidación del primer nivel de atención, el proceso de desconcentración, las juntas de salud, el fortalecimiento del nivel central y la separación de funciones (compradora y proveedora); los cuales han tenido un impacto institucional en todos los niveles y han generado subproductos de enorme trascendencia que se han consolidado y permitido a los establecimientos de salud avanzar en aspectos de organización, producción, calidad y coberturas.
- Transformaciones en la organización interna y la cultura organizacional, mediante herramientas científicas que permitan determinar cómo está el clima organizacional en las diferentes instancias y que ofrezcan a los clientes mejoras cuantitativas y sustantivas.
- Seguimiento y evaluación de la calidad del trabajo que se realiza en los diversos establecimientos de salud. Los procesos de evaluación se han sistematizado y se ha avanzado en los mecanismos de pago a las unidades prestadoras de servicios (permite detectar diferencias entre unidades prestadoras de similar naturaleza). Existe una mayor preocupación por el cliente, se acortan los plazos de espera, se



instauraran procedimientos ambulatorios y se reducen las estancias hospitalarias; entre otros.

- Desarrollo del proceso de Desconcentración Administrativa (Ley 7852, de Desconcentración de Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social), el cual permite a la Institución operar en treinta y cuatro centros con el sistema de máxima desconcentración; manteniendo el mismo marco jurídico.
- Desarrollo del proceso de formación y capacitación en Seguridad Social, el cual permitirá a los niveles superiores, liderar los cambios institucionales requeridos para mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud. La finalidad de éste es el trabajo en dos propuestas:
 - a) Establecer un programa formativo sobre la seguridad social en escuelas y colegios.
 - b) Aplicar un proceso de inducción a todos los funcionarios de la Institución, en la filosofía y aplicación laboral de los principios de la Seguridad Social.
- Elaboración de un padrón de la Seguridad Social (etapa de diseño), que se nutrirá del registro de nacimientos, defunciones, electoral e inmigrantes. La base de datos se conformará con aproximadamente cuatro millones de habitantes, para dotar a los asegurados de un carné único que les posibilite la libre elección de los servicios que ofrece la Seguridad Social (la correcta aplicación dejaría obsoletas las órdenes patronales). Antes, deberá implementarse una fase de sensibilización y de socialización entre los asegurados.
- Automatización del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, el cual permitirá lograr que los trabajadores acudan a cualquier sucursal y en un corto plazo, puedan saber cuántos años han cotizado, la fecha probable en la que les tocará acogerse a la pensión, así como el número de cuotas que les falta por completar. Dentro de esta línea de superación



y servicio, será posible entregar los estados de cuenta a todos los afiliados.

- Analizar las variables que permitan asegurar la sostenibilidad del Régimen de Pensiones (el aumento en la edad de retiro, el aumento de la prima y la disminución de beneficios, entre otros), es una acción que tiene como propósito de resolver los desequilibrios financieros que arrastra el Fondo de Retiro de Pensiones de los trabajadores de la Institución.
- Lograr que los adultos mayores se incorporen a la vida productiva del país; para lo que se impulsan políticas y programas orientados a lograr una mejor calidad de vida en aspectos como convenios con universidades estatales, sistemas de tiquetes de transporte público, capacitación de los funcionarios públicos en la atención preferencial de los adultos mayores, musicoterapia, agricultura práctica, baile popular, talleres culturales y turismo social; mediante los cuales se busca promover la salud física y mental de los mayores de 65 años.



IV. PROYECTOS DE LEY TRAMITADOS

Entre la globalidad de proyectos presentados y aprobados ante la Asamblea Legislativa, en este apartado se presentan los de mayor trascendencia para la Caja Costarricense de Seguro Social, durante la administración Rodríguez Echeverría.

Título	Ley N°	Aprobada	Propósito
Código de la Niñez y la Adolescencia	7739	06/02/1998	Reafirma los derechos universales de interés superior del niño y del adolescente, que por ley le corresponden, vela porque sean sujetos de derecho. Otorga a estos sujetos, derechos congruentes con su etapa de desarrollo, atención médica y especializada gratuita en cualquier centro de salud de la Institución.
Creación del Instituto Costarricense contra el Cáncer	7765	04/06/98	Se pretende centralizar acciones complejas de diagnóstico y tratamiento del cáncer en Costa Rica, con el propósito de otorgar servicios con calidad, eficiencia y eficacia.
Desconcentración de los Hospitales y las Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social	7852	24/12/98	La ley pretende alcanzar cuatro grados objetivos: 1) Otorgar a los hospitales, centros y áreas de salud personería jurídica instrumental, para permitirles mayor autonomía en: a) La definición presupuestaria b) El manejo de los recursos humanos, dentro del respeto de los derechos de los profesionales y otros servidores de la Institución. 2) Constituir las juntas de hospitales, centros y áreas de salud, de manera que se dé representación a los distintos sectores de la comunidad donde funcionan.



Título	Ley N°	Aprobada	Propósito
			<p>3) Permitir el paso de los compromisos de Gestión a verdaderos contratos entre la Caja Costarricense de Seguro Social y cada uno de los centros y áreas de salud, donde se establezcan compromisos y obligaciones recíprocas y se avance hacia una verdadera descentralización administrativa, siempre dentro del marco de la ley y de las políticas generales de la Institución.</p> <p>4) Establecer un sistema de control y supervisión de calidad, oportunidad, eficiencia, humanidad y seguridad de los servicios que prestan los centros de salud de la Caja, mediante el establecimiento de la Superintendencia de Centros de Salud, creada por la Junta Directiva de la Institución.</p>
Ley de Protección al Trabajador	7983	16/02/2000	<p>Esta ley fortalece la autonomía de la Caja Costarricense de Seguro Social, al modificar la forma de elegir a los representantes de los patronos y de los trabajadores ante su Junta Directiva y eliminar las ataduras de las directrices de la autoridad presupuestaria. Este cambio se resume en seis áreas:</p> <p>a) Recaudación: Se crea el Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE), que será responsable de la facturación de los fondos de pensiones y cesantía y su respectivo traslado a las Operadoras de Pensiones Complementarias.</p> <p>b) Ley Orgánica de la Caja: Se cambia en aspectos como conformación de la Junta Directiva, las funciones de los inspectores de leyes y reglamentos, las políticas de inversión y se refuerzan las multas.</p>



Costa Rica queda mejor preparada para seguir progresando

Título	Ley N°	Aprobada	Propósito
			<p>c) Régimen No Contributivo: se universaliza para todos los pobres mayores de 65 años y se crean fuentes de financiamiento permanentes.</p> <p>d) Trabajadores independientes: se establece que los trabajadores independientes (abogados, médicos, asesores, agricultores, comerciantes, entre otros) deben integrarse al Sistema Nacional de Pensiones. El plazo que se fija es de cinco años.</p> <p>e) Operadora de pensiones: la Caja creará su propia Operadora para administrar los fondos de capitalización individual de los trabajadores que así lo deseen. Esta se conformará como una sociedad anónima y tendrá las mismas funciones que cualquier otra OPC. Con esta ley, la Institución se convertirá en un canal para que los fondos de capitalización individual y de cesantía lleguen en forma correcta a las operadoras.</p>



V. DESAFÍOS

La Caja Costarricense de Seguro Social a logrado avances importantes en materia de salud en este último cuatrienio y por ello cuenta con un lugar privilegiado en relación a indicadores de salud (iguales o superiores a países desarrollados), pero existen acciones en proceso que le permitirán su posesionamiento estratégico en cuanto a índices de salud, como por ejemplo:

- Desarrollar procesos internos de modernización y cambio en los servicios hospitalarios y en los servicios ambulatorios especializados; así como continuar fortaleciendo el emergente proceso de atención primaria en todo el territorio nacional.
- Completar la cobertura al 100% de la población costarricense con Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS).
- Mejorar la coordinación entre los tres niveles de atención, con la finalidad de reducir las listas de espera en el segundo y en el tercer nivel de atención. También mejorar la referencia y la contra referencia
- Mejorar y universalizar los sistemas de información a nivel institucional, con el propósito de que las áreas de salud puedan responder a cabalidad, con las demandas planteadas por la comunidad, los compromisos de gestión y otras instancias institucionales.
- Definir el rol de asegurador público, con el propósito de la Caja Costarricense de Seguro Social elija el paquete esencial de los servicios de salud que ofrecería a la población asegurada. Se deben establecer lineamientos para redefinir y actualizar el paquete, con base en aspectos como el perfil epidemiológico y el Plan de Atención de Salud a las Personas, entre otros.



- Reestructuración del Nivel Central y definición de los roles gerenciales, a fin de determinar los papeles de las gerencias compradora, proveedora y financiadora.
- Adecuar el rol de las Direcciones Regionales Médicas, con respecto a los nuevos escenarios institucionales.
- Promover alternativas de hospitalización con la finalidad de mejorar la satisfacción, reducir los costos y mejorar la calidad.
- Consolidar los cambios organizacionales en el nivel hospitalario, los cuales se deben expresar mediante resultados, como por ejemplo: la oportunidad y la calidad de la atención, evolucionar el concepto de atención integral; entre otros.
- Los Establecimientos de Salud deberán constituirse en órganos con imputación presupuestal; es decir, que acudan en forma directa a la Contraloría General de la República a discutir y a defender sus proyectos de presupuesto.
- Posicionar la planificación estratégica dentro de la Institución es, precisamente, uno de los mayores desafíos que se identifican en el tema de la Modernización.
- Establecer adecuadamente estrategias para profundizar en la promoción de la salud, ya que es la mejor estrategia para enfrentar los problemas crónicos, emergentes y re-emergentes que afectan a la población.
- Mejorar la identificación interna con la corporación, en el plano de la Cultura Organizacional (que el trabajador de la Institución se identifique con la misma y el sentido de pertenencia sea acorde con la finalidad de los servicios que se prestan).



Elaborado por:

Licda. María del Rocío Martínez Hidalgo,
Consultora Interna

Lic. Víctor Rugama Madriz,
Consultor Interno

Asesoría y Conducción:

Dr. Juan Carlos Sánchez Arguedas
Gerente División Modernización y Desarrollo

Dr. Danilo Medina Angulo
Asesor de la Presidencia Ejecutiva

Lic. Eduardo Aguilar Jiménez, MBA.
Director Dirección Desarrollo Organizacional

Lic. Albán de la O Espinoza, MBA.
Jefe Departamento Estructura y Sistemas Funcionales,
Dirección Desarrollo Organizacional

Colaboración:

Lic. Mario Saavedra,
Unidad Ejecutora Proyecto España.

Licda. María Isabel Solís,
Proyecto Modernización

Licda. Marielos Piedra Gómez, MBA
Directora Planificación Corporativa

Presidencia Ejecutiva, CCSS.
Gerencia División Modernización y Desarrollo.
Gerencia División Financiera.
Gerencia División Médica.
Gerencia División Administrativa.
Gerencia División Pensiones.
Gerencia División Operaciones.



Presidencia de
la República

Esta es la Costa Rica de hoy: un país abierto al progreso