



2016

MEMORIA INSTITUCIONAL



Tabla de contenidos

Presentación	5
Estructura organizacional	6
Introducción	6
Miembros de Junta Directiva	7
Miembros de la Administración Superior	11
Misión Institucional	14
Visión Institucional	15
Red de Servicios de salud	16
Regionalización	20
Lista de establecimientos de salud de la CCSS	22
Listado de sucursales y agencias por región	23
Organigrama.....	25
Aspectos generales	26
Introducción	26
Cobertura	27
Comportamiento del gasto durante el 2016	30
Seguro de Salud gastos directos e indirectos y su relación	31
Estado de productos y gastos del Seguro de Salud	32
Balance de situación comparativo Seguro de Salud	34
Estado de productos y gastos Seguro de Pensiones	36
Balance de situación comparativo Seguro de Pensiones	38
Régimen no Contributivo de Pensiones estado de productos y gastos	40
Fondo Nacional de Mutualidad casos tramitados y pagos efectuados según tipo de asegurado	42
Producción en Salud	44
Gerencia Financiera	56
Introducción	56
Fortalecimiento de la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud	57
Gestión financiera institucional	59
Administración financiera	69
Asignación y optimización de recursos financieros	78
Gerencia Infraestructura	84
Introducción	84
Infraestructura	86
Equipamiento	100
Equipo Médico	102
Equipo Industrial	106
Tecnología de Información y Comunicaciones	109

Gerencia de Logística	120
Introducción	120
Implementación de Soluciones Tecnológicas Integradas.....	121
Normalización de los procesos de la Cartera de abastecimiento Institucional	125
Gestión de abastecimiento de bienes y servicios	128
Eficiencia en la gestión de producción industrial	130
Gerencia de Pensiones	132
Introducción	132
Pensiones del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte	133
Régimen No Contributivo de Pensiones	138
Calificación de Invalidez	141
Créditos Hipotecarios	143
Gestión de las inversiones	148
Comisión Nacional de Apelaciones	152
Sostenibilidad financiera del IVM	154
Prestaciones Sociales	158
Gerencia Administrativa	159
Introducción	159
De la gestión de la calidad	160
De los recursos humanos	164
De los servicios institucionales	178
De los sistemas administrativos	180
De la gestión jurídica	188
De las acciones efectuadas en materia de equidad de género	191
De la gestión informática	193
Del bienestar laboral	194
De la comunicación organizacional	198
Gerencia Médica	201
Introducción	201
Vigilancia de la salud	202
Programa de Sistemas Alternativos	210
Creación de Equipos Interdisciplinarios de Salud Mental	211
Resectorización	211
Coordinación Nacional de Servicios Farmacéuticos	212
Promoción de la salud	215
Proyecto Mesoamérica	215
Modalidades innovadoras	216
Gestión de los servicios	217
Listas de espera	222
Programa atención integral del cáncer	225
Fortalecimiento de las maternidades	228
Disposiciones varias	231
Estudios e investigaciones	234
Otras estrategias	235

Auditoría	236
Introducción	236
Área de Servicios Financieros	238
Área de Servicios de Salud	240
Área Servicios Administrativos, Abastecimiento e Infraestructura	243
Área Tecnología de Información y Comunicaciones	245
Área Gestión Operativa	247
Reformas reglamentarias	249
Reformas reglamentarias	249
CCSS festejó sus 75 años	252

“Esta memoria de la CCSS responde al mandato sagrado de rendir cuentas”

Uno de los significados de la palabra memoria alude a la imagen --o conjunto de imágenes-- de hechos o situaciones vividas que quedan en la mente. También, la acepción refiere la relación escrita de actividades en un periodo determinado. Ambos conceptos, imagen y recuento, conllevan el necesario y minucioso examen de las cartas de navegación del rumbo institucional que los tripulantes de la Caja Costarricense de Seguro Social hemos seguido y procurado cumplir en los últimos doce meses.

Además, esta memoria combina el valor narrativo con la verdad incuestionable de los números, de las cifras, de los registros, en el contexto de un amplio espectro, como es la dimensión universal de la estadística y, de la mayor importancia, incluye también el punto de partida en la formulación de las proyecciones y de los nuevos planes.

Pongo en sus manos la Memoria 2016 de la Caja Costarricense de Seguro Social con el legítimo orgullo del deber cumplido y, sobre todo, con la humildad de aceptar errores, si los hubiere, la disposición plena de corregirlos y de continuar con nuestra misión a favor de la prevención y de la salud colectiva. Como el ala protectora de toda Costa Rica, la Caja Costarricense de Seguro Social ratifica en este documento el compromiso institucional de fijar su impronta en el quehacer de los tiempos, con la mira y el alma puestas en el indeclinable afán de cumplir con nuestro deber.

Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal
Presidenta Ejecutiva CCSS



Estructura ORGANIZACIONAL

En este capítulo encontrará los componentes fundamentales que integran la organización de la Caja Costarricense de Seguro Social



a. Miembros de Junta Directiva

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



*De izquierda a derecha, de pie: Sr. José Luis Loría Chaves,
Lic. Rolando Barrantes Muñoz, Lic. Mario Devandas Brenes,
Dr. Óscar Ricardo Fallas.
Sentados: Lic. Adolfo Gutiérrez Jiménez, Ing. Marielos Alfaro Murillo,
Dra. María del Rocío Sáenz, Licda. Mayra Soto Hernández,
Lic. Renato Alvarado Rivera.*

Representantes del Estado

*Dra. M° del Rocío
Sáenz Madrigal
Presidenta ejecutiva y
presidenta de Junta Directiva*



*Lic. Rolando
Barrantes Muñoz
Director*



*Dr. Óscar Ricardo
Fallas Camacho*



Representantes de los patronos



*Lic. Adolfo
Gutiérrez Jiménez*



*Ing. Marielos
Alfaro Murillo*



*Lic. Renato
Alvarado Rivera*

Representantes de los trabajadores

*Lic. Mario
Devandas Brenes
Movimiento Sindical*



*Sr. José Luis
Loría Chaves
Movimiento Cooperativo*



*Licda. Mayra del Carmen
Soto Hernández
Movimiento Solidarista*



b. Miembros de la administración superior

Gerencia Administrativa



*Lic. Rónald
Lacayo Monge*

Gerencia Médica



*Dra. María Eugenia
Villalta Bonilla*

Gerencia Financiera



*Lic. Gustavo
Picado Chacón*

Gerencia de Pensiones



*Lic. Jaime
Barrantes Espinoza*

Gerencia de Infraestructura y Tecnología



*Arq. Gabriela
Murillo Jenkins*

Gerencia de Logística



*Ing. Dinorah
Garro Herrera*

Auditor Interno



*Lic. Jorge Arturo
Hernández Castañeda*

Sub-Auditor Interno



*Lic. Ólger
Sánchez Carrillo*

c. Misión de la CCSS

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

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

d. Visión de la CCSS

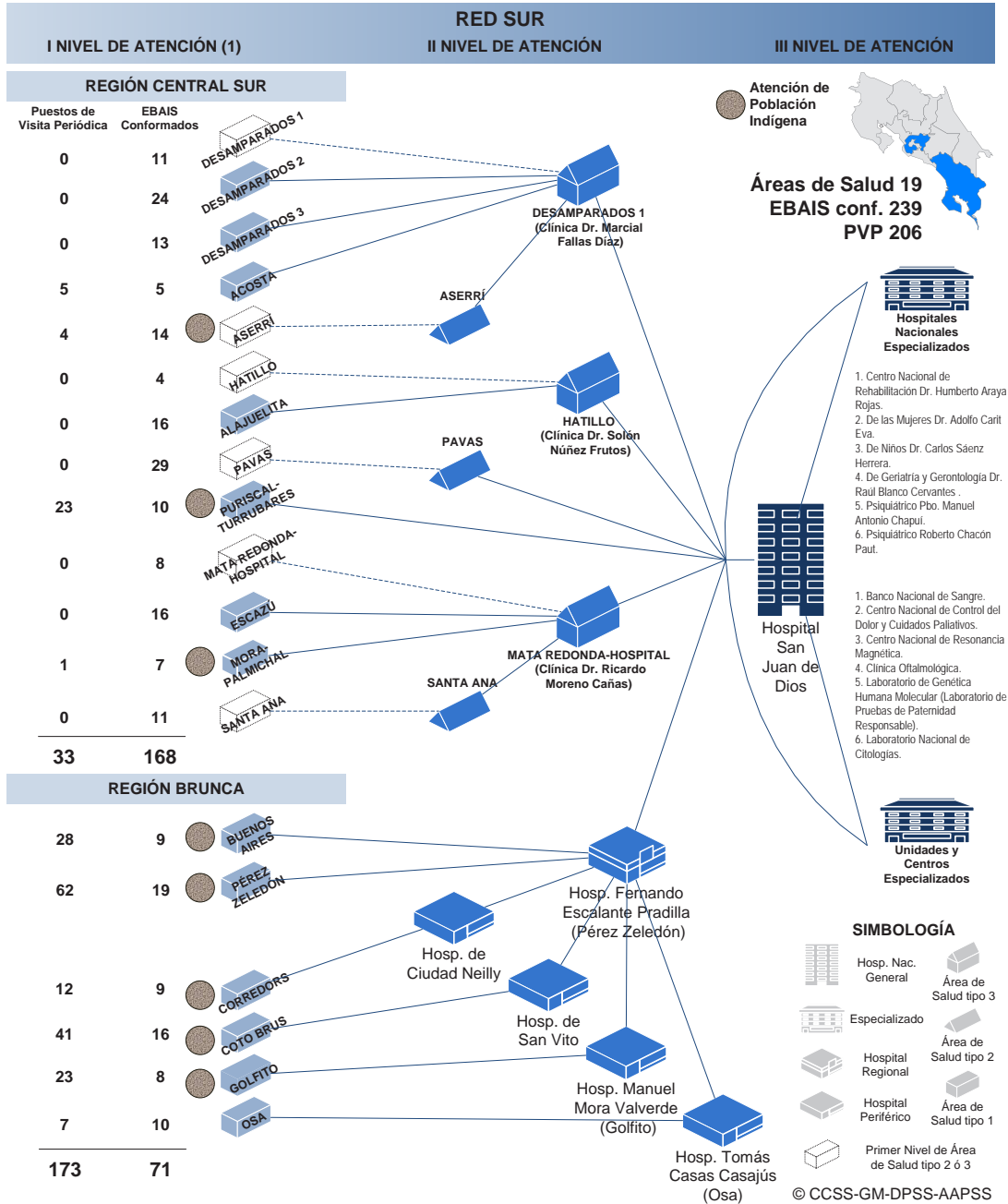
Seremos una institución articulada, líder en la prestación de los servicios integrales de salud, de pensiones y de prestaciones sociales, en respuesta a los problemas y a las necesidades de la población, con servicios oportunos, de calidad y en armonía con el ambiente humano.

e. Red de Servicios de Salud

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

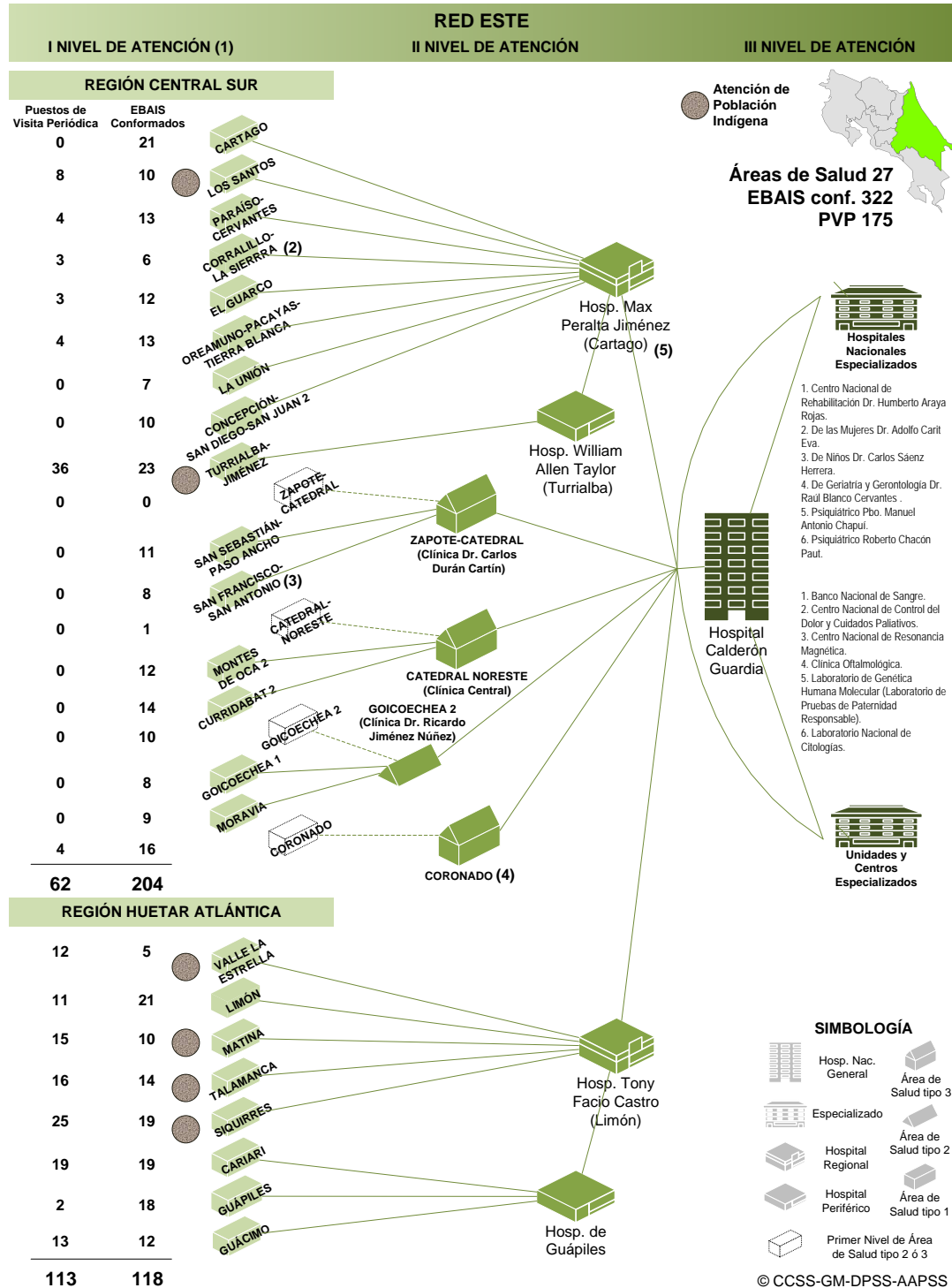
Los establecimientos de salud y dependencias de la Institución operan bajo un modelo de redes, con el soporte de un sistema de referencia y contra referencia entre las distintas unidades que se basa en protocolos de atención y relaciones de mutua colaboración. La CCSS ha definido tres redes de servicios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

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



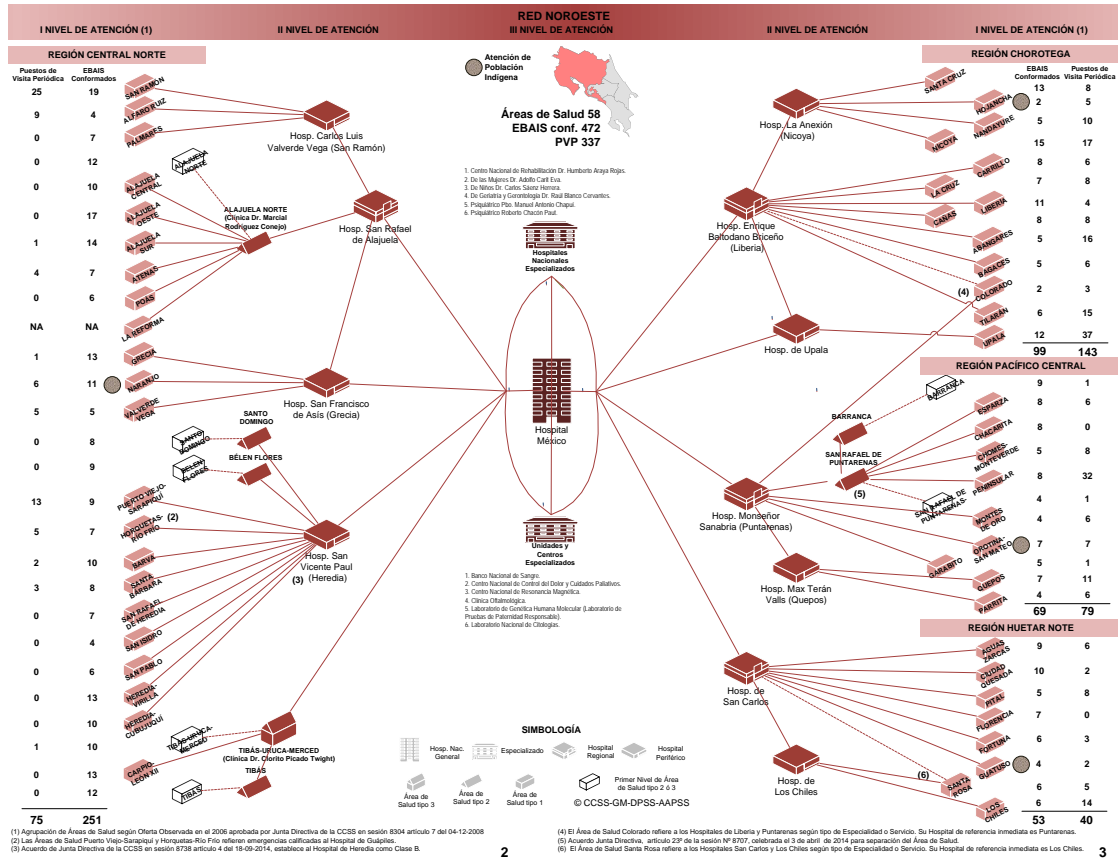
(1) Agrupación de Áreas de Salud según Oferta Observada en el 2006 aprobada por Junta Directiva de la CCSS en sesión 8304 artículo 7 del 04-12-2008

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



(1) Agrupación de Áreas de Salud según Oferta Observada en el 2006 aprobada por Junta Directiva de la CCSS en sesión 8304 artículo 7 del 04-12-2008
 (2) En el Área de Salud Corralillo-La Sierra la población del cantón 103 Desamparados tiene como Establecimiento de referencia inmediato al Área de Salud Desamparados 1
 (3) En el Área de Salud San Francisco-San Antonio la población del distrito 10305 San Antonio (100 %) y del distrito 11804 Tirrasas (2,26 %) tiene como Establecimiento de referencia inmediato al Área de Salud Desamparados 1
 (4) Acuerdo de Gerencia Médica (GM 7411 del 01-02-2011) establece al Área de Salud Coronado como una tipo 3.
 (5) Acuerdo de Junta Directiva de la CCSS en sesión 7548 artículo 7 del 17-05-2001, establece al Hospital de Cartago como Clase A.

Red Noroeste: Incluye 57 áreas de salud, todas las de la región Central Norte, Chorotega, Pacífico Central y Huetar Norte. Incluye 458 ebáis conformados, siete hospitales periféricos y cuatro regionales. Su hospital nacional general es el México.



f. Regionalización

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



Primer nivel de atención: *corte al 31 de diciembre del 2016.*

- Región Central Sur: 32 Áreas de salud y 374 Ebáis
- Región Central Norte: 26 Áreas de salud y 258 Ebáis
- Región Chorotega: 13 Área de salud y 99 Ebáis
- Región Pacífico Central: 11 Área de salud y 7 Ebáis
- Región Huetar Norte: 8 Áreas de salud y 54 Ebáis
- Región Huetar Atlántica; 8 Áreas de salud y 115 Ebáis
- Región Brunca: 6 Área de salud y 70 Ebáis

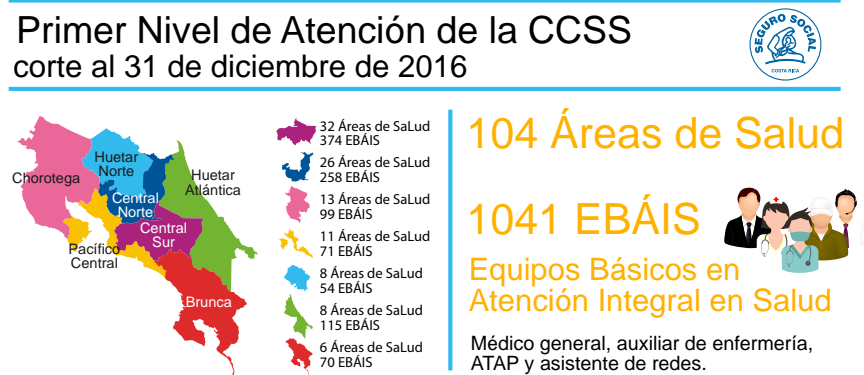
104 Áreas de salud

1041 Equipos básicos de atención en salud Ebáis (médico general, auxiliar de enfermería, ATAP y asistente de redes)

Establecimientos de salud

Infraestructura

- 104 sedes de área
- 519 Sedes de Ebáis
- 711 Puestos de visita periódica.



Establecimientos de Salud

Infraestructura



104 Sedes de Áreas



519 Sedes de Ebáis



711 Puestos de Visita Periódica



Fuente: Área Análisis y Proyección de Servicios de Salud (marzo 2017), Inventario y Análisis de Áreas de Salud, sectores, EBÁIS, sedes de Área, sedes de EBÁIS y puestos de visita periódica en el ámbito nacional al 31 de diciembre de 2016. Caja Costarricense de Seguro Social, Gerencia Médica, Dirección Proyección de Servicios de Salud.

g. Lista de establecimientos de salud de la CCSS

Hospitales nacionales generales

1. México
2. Rafael Ángel Calderón Guardia
3. San Juan de Dios

Hospitales periféricos 2

1. San Francisco de Asís (Grecia)
2. San Vito
3. Ciudad Neily

Hospitales nacionales especializados

1. Centro Nacional de Rehabilitación
2. De las Mujeres. Adolfo Carit Eva
3. De Niños Carlos Sáenz Herrera
4. De Geriátría y Gerontología Raúl Blanco Cervantes
5. Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí
6. Psiquiátrico Roberto Chacón Paut

Hospitales periféricos 1

1. Los Chiles
2. Manuel Mora Valverde (Golfito)
3. Max Terán Valls (Quepos)
4. Tomás Casas Casajús (Osa)
5. Upala

Centros especializados

Hospitales regionales

1. Enrique Baltodano Briceño (Liberia)
2. Fernando Escalante Pradilla (Pérez Zeledón)
3. Maximiliano Peralta Jiménez (Cartago)
4. Monseñor Sanabria (Puntarenas)
5. San Carlos
6. San Rafael de Alajuela
7. Tony Facio Castro (Limón)

1. Banco Nacional de Sangre
2. Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos
3. Centro Nacional de Resonancia Magnética.
4. Clínica Oftalmológica
5. Laboratorio de Genética Humana Molecular (Laboratorio de pruebas de paternidad responsable)
6. Laboratorio Nacional de Citologías

Hospitales periféricos 3

1. Carlos Luis Valverde Vega (San Ramón)
2. Guápiles
3. La Anexión (Nicoya)
4. San Vicente Paul (Heredia)
5. William Allen Taylor (Turrialba)

h. Listado por sucursales y agencias por región

Dirección Regional de Sucursales REGIÓN CENTRAL

- Desamparados
- Acosta
- Guadalupe
- La Unión
- Cartago
- Pacayas
- Agencia Tierra Blanca
- Agencia de Cot
- Paraíso
- Turrialba
- Puriscal
- Heredia
- San Joaquín
- Santo Domingo
- San Rafael
- Santa Elena
- Ciudad Colón
- Tarrazú
- Agencia Santa María de Dota
- Agencia San Pablo León Cortés

Dirección Regional de Sucursales REGIÓN CHOROTEGA

- Puntarenas
- Esparza
- Miramar
- Chomes
- Bagaces
- Cañas
- Tilarán
- Abangares
- La Cruz
- Filadelfia
- Nicoya
- Jicaral
- Santa Cruz
- Upala
- Nuevo Arenal
- Hojancha
- Nandayure
- 27 de Abril
- Cóbano (Pertenece administrativamente a Jicaral, Monteverde a Chomes)
- Monte Verde
- Guatuso (Pertenece administrativamente a Nuevo Arenal).

Dirección Regional de Sucursales REGIÓN BRUNCA

- Pérez Zeledón
- Buenos Aires
- Palmar
- Ciudad Neily
- San Vito
- Parrita
- Quepos
- Golfito
- La Cuesta

Dirección Regional de Sucursales REGIÓN HUETAR ATLÁNTICA

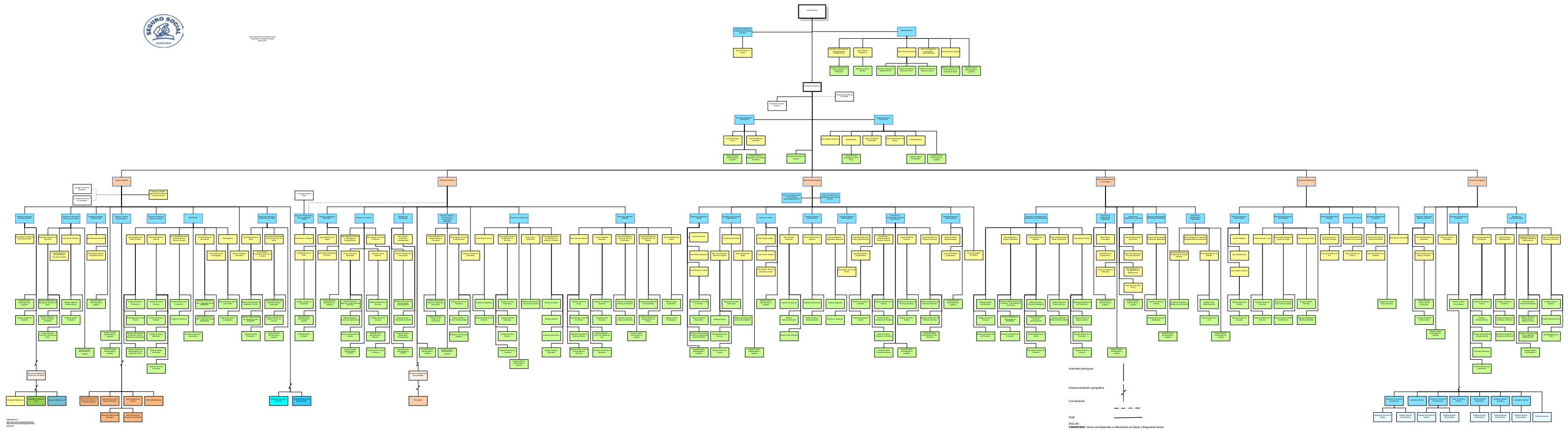
- Limón
- Fortuna
- Batán
- Siquirres
- Guápiles
- Río Frío
- Ticabán
- Sixaola
- Pto. Viejo-Sarapiquí
- Cariari
- Roxana
- Guácimo
- La Perla
- Bribri
- El Carmen

Dirección Regional de Sucursales REGIÓN HUETAR NORTE

- Alajuela
- Atenas
- Orotina
- Grecia
- San Pedro Poás
- Naranjo
- Valverde Vega
- Alfaro Ruiz
- Ciudad Quesada
- Los Chiles
- Palmares
- San Ramón
- Garabito
- Fortuna, San Carlos



Organograma del Centro de Desarrollo e Información en Salud y Seguridad Social





Aspectos GENERALES

En este capítulo usted podrá conocer el quehacer institucional y el trabajo que durante el 2016, se realizó en la Costarricense de Seguro Social. Con esa finalidad se muestran los principales indicadores de cobertura, atención e indicadores económicos para valorar lo actuado.



Cobertura

El porcentaje de cobertura contributiva del Seguro de Salud con respecto a la población total para el año 2016 se estimó en un 95,0%, manteniendo la tendencia creciente especialmente en las categorías de aseguramiento directo de asalariados, cuenta propia, y pensionados de IVM; a su vez muestra una disminución de dependientes de asegurados directos y de pensionados.

Seguro de Salud
Población Nacional según Condición de
Aseguramiento. Costa Rica: 2015 – 2016.

CONDICIÓN DE ASEGURAMIENTO	AÑO	
	2015	2016
TOTAL	4.833.752	4.889.762
% COBERTURA CONTRIBUTIVA	94,9	95,00
Asalariados	1.210.043	1.247.910
Asegurados directos		
Cuenta propia	376.138	390.543
Convenios	68.021	67.891
Cuenta del Estado	601.319	620.511
Dependientes de asegurado directo	1.813.981	1.784.780
IVM CCSS	223.711	236.660
Pensionados		
Regímenes especiales	60.971	61.801
Régimen No Contributivo	105.696	109.877
Dependientes de pensionado	127.351	125.301
No asegurados	246.521	244.488

Como se puede desprender del siguiente cuadro, el Seguro de Salud, a junio del año 2016, registró 1.706.344 trabajadores, lo cual implica un crecimiento del 3,2% respecto al año 2015 y representa una cobertura contributiva del 73,4% de la Población Económicamente Activa (PEA).

Por otra parte, la cobertura del Seguro de Salud respecto a la PEA asalariada se mantiene cercana al 70,0%, y en términos absolutos mostró un crecimiento de unos 37 mil trabajadores, explicado por su concentración en el sector asalariado de la Empresa Privada. El Gobierno mostró un crecimiento de cerca de 2 mil trabajadores; mientras que en las Instituciones Autónomas sigue disminuyendo el número de trabajadores. El incremento de la masa cotizante de este Seguro fue cercano al 7,5%.

Los trabajadores no asalariados afiliados mostraron un incremento absoluto de unas 14.275 personas, lo que implica un crecimiento 3,2% con respecto al año 2015. La tasa de cobertura de esta PEA no asalariada se ubica cerca del 91,5% debido a que se incluyen tanto asegurados voluntarios como trabajadores independientes. Si solo se contemplan los trabajadores independientes esta cobertura fue del 65,8% lo cual es considerada alta con respecto a los países latinoamericanos.

SEGURO DE SALUD
Patronos, trabajadores y masa cotizante
por año, según Sector Institucional.
 Junio 2015 - 2016

SECTOR INSTITUCIONAL	PATRONOS		TRABAJADORES		MASA COTIZANTE ¹	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
TOTAL	82.311	83.713	1.654.202	1.706.344	827.870	889.607
ASALARIADOS	82.199	83.603	1.210.043	1.247.910	715.873	761.681
Empresa Privada	67.272	68.689	890.785	926.678	414.183	452.007
Servicio Doméstico	13.088	13.030	15.984	15.939	2.673	2.798
Inst. Autónomas	1.838	1.883	166.135	165.892	173.729	176.678
Gobierno Central	1	1	137.139	139.401	125.288	130.198
NO ASALARIADOS	112	110	444.159	458.434	111.997	127.926
Trabajador Independiente	-	-	204.477	213.336	62.629	72.007
Asegurado Voluntario	-	-	171.661	177.207	36.073	41.190
Convenios Especiales	112	110	68.021	67.891	13.295	14.729

Fuente: Dirección Actuarial y Económica. Área de Estadística
¹ Cifras en millones de colones

Los asegurados voluntarios crecieron en un 3,2%. El incremento en la masa salarial de los no asalariados fue del 14,2% debido al incremento de la base mínima contributiva de los seguros sociales y a la aplicación monto de ingresos escalonado, según el rango de ingreso reportado.

En cuanto al Seguro de Pensiones de la Caja Costarricense de Seguro Social, el 2016 presentó una cobertura de 1.498.177 trabajadores, lo cual implica un crecimiento cercano al 2,8% respecto al año 2015. Este incremento está explicado por el incremento de casi 22 mil trabajadores asalariados y cerca de 9 mil trabajadores no asalariados. Se muestra un crecimiento atenuado de los Trabajadores por Cuenta Propia ya que muchos de los factores que influyeron en el crecimiento observado en otros años como la aplicación de la Ley de Migración y a los esfuerzos por incrementar la cobertura realizados por la institución, han presentado estabilidad. En resumen, la cobertura del Seguro de Pensiones respecto a la PEA, mostró un nivel cercano al 64%.

SEGURO DE PENSIONES
Patronos, trabajadores y masa cotizante
Por año, según sector institucional
 Junio 2015 - 2016

SECTOR INSTITUCIONAL	PATRONOS		TRABAJADORES		MASA COTIZANTE ¹	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
TOTAL	82.061	83.442	1.456.744	1.498.177	703.549	755.093
ASALARIADOS	81.953	83.336	1.100.059	1.132.437	613.891	653.436
Empresa Privada	67.065	68.458	878.535	913.665	407.108	444.133
Servicio Doméstico	13.053	12.998	15.913	15.871	2.659	2.784
Inst. Autónomas	1.834	1.879	150.741	149.747	160.521	162.549
Gobierno Central	1	1	54.870	53.154	43.603	43.970
NO ASALARIADOS	108	106	356.685	365.740	89.658	101.657
Trabajador Independiente	-	-	190.542	198.034	57.338	65.659
Asegurado Voluntario	-	-	110.641	112.460	21.602	24.146
Convenios Especiales	108	106	55.502	55.246	10.718	11.852

Fuente: Dirección Actuarial y Económica. Área de Estadística
¹Cifras en millones de colones

Comportamiento del gasto durante el año 2016

El año 2016 mostró un decrecimiento en los “Subsidios de Maternidad” y “Atención Externa Servicios de Salud” con respecto al año 2015, ambos conceptos son dos de los gastos más importantes de las prestaciones por dinero; los demás conceptos se incrementaron para el mismo período. Para el año 2016, el concepto que mostró un incremento mayor fue el de “Subsidios Accidentes de Tránsito” con un 25,62%; dicho concepto para el 2016 representó un 2,91% del gasto total por prestaciones en dinero, debido a un mayor registro y control de los casos.

Los “Subsidios de Enfermedad” que constituyen el mayor gasto de las prestaciones en dinero –un 43,89% para el 2016– presentaron una tasa de crecimiento del 3,69% para dicho año con respecto al año anterior.

Seguro de Salud
PRESTACIONES EN DINERO
2015-2016
-En millones de colones-

CONCEPTO	IMPORTES SEGÚN AÑO		VARIACIONES	
	2016	2015	Absoluta	Relativa
TOTALES	138.900,7	135.638,0	3.262,7	2,41%
Subsidios de Enfermedad	60.957,5	58.785,8	2.171,7	3,69%
Subsidios de Maternidad	19.210,9	19.454,3	-243,4	-1,25%
Subsidios Riesgos Trab.Emplea.CCSS	27,8	23,5	4,3	18,31%
Subsidio Accidentes de Tránsito	4.043,0	3.218,4	824,6	25,62%
DESAF Pacientes Fase Terminal 1/	1.516,3	1.435,9	80,4	5,60%
Traslados y Hospedajes	4.036,2	3.994,6	41,6	1,04%
Traslados Cruz Roja	5.543,7	5.429,6	114,0	2,10%
Atención Externa Servicios de Salud	35.141,9	35.767,5	-625,6	-1,75%
Accesorios Médicos 2/	5.123,0	4.624,7	498,3	10,77%
Fondo Mutual	1.267,4	1.183,4	84,0	7,10%
Otras prestaciones	2.033,0	1.720,1	312,8	18,19%

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

2/ Incluye anteojos, prótesis y otros

FUENTE: Área de Análisis Financiero, Dirección Actuarial y Económica, con base en Pre-Balance a diciembre de 2016 de la Subárea de Contabilidad Operativa.

Seguro de Salud gastos directos e indirectos y su relación

Al 31 de diciembre de 2016, los gastos totales estimados del Seguro de Salud ascienden a ¢1,271.2 millones. De ellos, el 71,4% corresponde a gastos de Hospitalización, 27,3% a Consulta Externa de Hospitales y Clínicas mayores.

Respecto al total de gastos, los directos representan un 81,3% y los indirectos un 18,6%.

CUADRO N°1
Seguro de Salud
Gastos Directos e Indirectos y su relación
al 31 de diciembre del 2016
(Cifras en millones de colones)

Servicios	Directos	Indirectos	Totales	%
Hospitalización	¢797,837.61	¢110,992.29	¢908.829.90	71.49
Consulta externa	225,851.84	122,190.72	348,042.56	27.38
Consulta Odontológica	10,468.87	1,488.57	11,975.44	0.94
Prótesis Dental	-	124.14	124.14	0.01
Medicina Mixta	0.03	1,249.22	1,249.25	0.10
Medicina de Empresa	-	1,035.79	1,035.79	0.08
Gasto Institucional	¢1,034,176.35	¢237,080.73	¢1,271,257.08	100

Fuente: Informe Acumulado de Costos SIH-101 noviembre 2016, Subárea Contabilidad de Costos Hospitalarios
Nota: A la fecha no se dispone de la información a diciembre 2016, por lo cual se efectúa una proyección a diciembre 2016

Estado de productos y gastos Seguro de Salud

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

Como puede apreciarse, el rubro de mayor ingreso con que cuenta el seguro de Salud son las Cuotas Particulares, las cuales ascienden a ¢1,793.246 millones y representan el 78.8% del total de los ingresos. Estas registran un aumento del 7,8% con respecto al año anterior.

El siguiente rubro en importancia lo constituyen Productos por Servicios Médicos, ascendiendo a la suma para el presente año de ¢179.218 millones, monto que representa el 7,9% del total de Ingresos.

Dentro de los desembolsos efectuados por la administración para el logro de los objetivos está el pago de salarios, consumo de materiales y suministros, subsidios, aportes y contribuciones para un total general de gastos de ¢1,892.252 millones.

CUADRO Nº 2
Seguro de Salud
Estado de productos y gastos
Periodo 2016-2015
(Millones de colones)

	AÑOS				VARIACIONES	
	31-12-16		31-12-15		ABSOLUTA	RELATIVA
PRODUCTOS						
Cuotas Particulares	1 793 246	78,8%	1 663 986	72,9%	129 260	7,8%
Cuotas Estado	34 740	1,5%	33 063	1,4%	1 678	5,1%
Productos Servicios Administrativos	27 614	1,2%	31 921	1,4%	-4 307	-13,5%
Productos Servicios Médicos	179 218	7,9%	324 302	14,2%	-145 084	-44,7%
Otros Productos	240 918	10,6%	228 656	10,0%	12 262	5,4%
					0	
TOTAL PRODUCTOS	2 275 737		2 281 928		-6 191	-0,3%
GASTOS						
Servicios Personales	1 019 120	53,9%	985 418	53,9%	33 702	3,4%
Servicios No Personales	98 216	5,2%	91 563	5,0%	6 653	7,3%
Consumo Materiales y Suministros	287 194	15,2%	259 237	14,2%	27 957	10,8%
Aportes y Contribuciones	223 863	11,8%	216 017	11,8%	7 846	3,6%
Depreciaciones	32 373	1,7%	31 547	1,7%	826	2,6%
Subsidio Seguro de Salud	85 948	4,5%	82 918	4,5%	3 030	3,7%
Otras Prestaciones	52 953	2,8%	52 720	2,9%	233	0,4%
Becas y Capacitación	655	0,0%	566	0,0%	89	15,8%
Gasto Estimación Cuentas de Dudoso Cobro	26 694	1,4%	20 729	1,1%	5 965	28,8%
Otros Gastos	47 809	2,5%	47 283	2,6%	526	1,1%
Ajustes Periodos Anteriores	17 428	0,9%	41 405	2,3%	-23 977	-57,9%
TOTAL GASTOS	1 892 252		1 829 403		62 849	3,4%
RESUMEN						
Productos Acumulados	2 275 737		2 281 928		-6 191	-0,3%
Gastos Acumulados	1 892 252		1 829 403		62 849	3,4%
EXCESO PRODUCTOS SOBRE GASTOS	383 484		452 525		-69 040	-15,3%

Fuente: CCSS, Gerencia Financiera. Estado Financiero Seguro de Salud al 31 de diciembre de 2016.

Balance de situación comparativo Seguro de Salud

A través de este estado se puede visualizar a grandes rasgos la situación contable que presenta el Seguro de Salud al 31 de diciembre 2016, además de la comparación con su similar del año 2015, en el cual se denotan las variaciones nominales y relativas entre ambos años.

Dentro del rubro de Activo Total notamos una variación de un 0.3% debido entre otros al crecimiento del rubro caja bancos, constituyendo un 4,5% del total Activo Corriente, representando el efectivo en moneda nacional o extranjera disponible en las cuentas corrientes que posee la Institución en las entidades financieras del Sistema Bancario Nacional.

Las cuentas por cobrar representa un 7,2% (2016) y 10,5% (2015) del total Activo Corriente, para el presente período refleja un decrecimiento por un monto de -¢74,913.0 millones, lo anterior producto principalmente de la reclasificación de los saldos del corto plazo al largo plazo, de la cuenta por cobrar Leyes Especiales, registro efectuado en el presente año, así como el efecto de la estimación por incobrables, lo cual contribuye al decrecimiento de este concepto.

El rubro Deuda Estatal Cuota e Intereses constituye el 29,4% del Activo No Corriente, ascendiendo a ¢670.116.0 millones. En estas cuentas se registran las deudas contraídas o asumidas por el Estado con la Institución, las que se tomaron en mutuo acuerdo y contenidas en los convenios respectivos.

Por su parte, dentro de los Pasivos de este Seguro, los rubros más importantes corresponden a los Gastos Acumulados, Cuentas por Pagar, Depósitos Custodia Garantía y otros así como Otros Pasivos, dichos conceptos juntos ascienden a la suma de ¢337.992.0 millones, representando un (83.6%), del Total del Pasivo.

Finalmente las cuentas del Patrimonio, reflejan una utilidad de ¢383.484.0 millones que representan un 16.8% del Total del Patrimonio del Seguro de Salud, el resto corresponde al Patrimonio Neto.

CUADRO N° 3
Seguro de Salud
Balance de situación comparativo
Periodo 2016-2015
(Millones de colones)

	AÑOS				VARIACIONES	
	31-12-16		31-12-15		ABSOLUTA	RELATIVA
ACTIVO						
ACTIVO CORRIENTE						
Caja, Bancos	103 423	4,5%	45 196	2,0%	58 227	128,8%
Inversiones	298 013	13,1%	330 500	14,5%	-32 487	-9,8%
Cuentas por Cobrar Netas	164 351	7,2%	239 264	10,5%	-74 913	-31,3%
Inventarios	95 911	4,2%	80 874	3,6%	15 037	18,6%
Productos Acumulados	4 877	0,2%	4 168	0,2%	708	17,0%
Otros Activos Corrientes	0	0,0%	576	0,0%	-576	100,0%
ACTIVO NO CORRIENTE						
Propiedad, Planta y Equipo	560 933	24,6%	526 254	23,2%	34 679	6,6%
Deuda Estatal Cuotas e Intereses	670 116	29,4%	858 052	37,8%	-187 936	-21,9%
Inversiones a Largo Plazo	162 738	7,1%	3 985	0,2%	158 753	3983,6%
Cuentas y Documentos por Cobrar LP	214 243	9,4%	179 432	7,9%	34 811	19,4%
Otros Activos	3 852	0,2%	3 221	0,1%	631	19,6%
TOTAL ACTIVO	2 278 456		2 271 523		6 934	0,3%
PASIVO						
PASIVO CORRIENTE						
Cuentas por Pagar	133 306	33,0%	128 330	34,3%	4 976	3,9%
Depósitos Custodia Garantía y Otros	23 217	5,7%	22 519	6,0%	698	3,1%
Documentos por Pagar	7 444	1,8%	7 152	1,9%	292	100,0%
Otros Pasivos	19 747	4,9%	19 203	5,1%	544	2,8%
Gastos Acumulados (Provisiones)	161 722	40,0%	147 562	39,5%	14 159	9,6%
PASIVO NO CORRIENTE.						
Documentos por pagar	42 484	10,5%	38 755	10,4%	3 729	9,6%
Provisión para Contingencias Legales	16 531	4,1%	10 155	2,7%	6 376	62,8%
TOTAL PASIVO	404 451		373 677		30 774	8,2%
RESERVAS						
Superávit Donado	45 732	2,0%	39 635	1,7%	6 097	15,4%
Superávit por Revaluación Activos	227 428	10,0%	227 662	10,0%	-234	-0,1%
Excedentes Acumulados	1 217 361	53,4%	1 178 025	51,9%	39 336	3,3%
Excedentes del Periodo	383 484	16,8%	452 524	19,9%	-69 040	-15,3%
TOTAL PASIVO Y RESERVAS	2 278 456		2 271 523		6 934	0,3%

Fuente: CCSS, Gerencia Financiera. Estado Financiero Seguro de Salud al 31 de diciembre 2016.

Estado de productos y gastos Seguro de Pensiones

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

El rubro con mayor participación son las cuotas particulares que ascienden a ¢ 740.542.0 millones, representando el 72,9% del total ingresos. Es importante indicar que dicho monto en comparación con el año pasado presenta un incremento del 20,0%.

La principal actividad de este régimen es el otorgamiento de las pensiones e indemnización a los asegurados que cumplen con los requisitos establecidos, así como las que se entregan a los cónyuges de asegurados fallecidos, beneficios a favor de los huérfanos, pensiones de orfandad estudiantil, etc., rubro que asciende a ¢739.974.0 millones, representando el 83,0% del total de gastos.

Un rubro igualmente importante dentro de los gastos es la Administración y la Atención Médica a Pensionados, el cual asciende a la suma de ¢109.414.0 millones. Bajo esta cuenta se registran los pagos que realiza el Seguro de Pensiones al de Salud por los servicios médico hospitalarios brindados a este sector poblacional, así como por la administración de los recursos institucionales.

CUADRO N° 4
Seguro de Pensiones
Estado de productos y gastos
Periodo 2016-2015
(Millones de colones)

	AÑOS				VARIACIONES	
	31-12-16		31-12-15		ABSOLUTA	RELATIVA
PRODUCTOS						
Cuotas Particulares	740 542	72,9%	617 256	67,2%	123 286	20,0%
Cuotas Estado	71 104	7,0%	31 332	3,4%	39 772	126,9%
Productos Servicios Administrativos	2 592	0,3%	2	0,0%	2 590	160893,8%
Productos Servicios Médicos	2	0,0%	2 328	0,3%	-2 326	-99,9%
Productos por Intereses	160 669	15,8%	142 013	15,5%	18 656	13,1%
Otros Productos	40 406	4,0%	125 552	13,7%	-85 146	-67,8%
TOTAL PRODUCTOS	1 015 315		918 484		96 832	10,5%
GASTOS						
Servicios Personales	6 064	0,7%	6 127	0,8%	-62	-1,0%
Servicios No Personales	9 317	1,0%	5 915	0,8%	3 402	57,5%
Consumo Materiales y Suministros	65	0,0%	66	0,0%	-1	-1,2%
Pensiones e Indemnizaciones	739 974	83,0%	613 437	80,0%	126 538	20,6%
Administración y Atención Médica	109 414	12,3%	94 123	12,3%	15 291	16,2%
Depreciaciones	486	0,1%	463	0,1%	24	5,1%
Otros Gastos	25 732	2,9%	46 369	6,0%	-20 637	-44,5%
TOTAL GASTOS	891 054		766 499		124 555	16,2%
RESUMEN						
Productos Acumulados	1 015 315		918 484		96 832	10,5%
Gastos Acumulados	891 054		766 499		124 555	16,2%
EXCESO PRODUCTOS SOBRE GASTOS	124 262		151 986		-27 723	-18,2%

Fuente: CCSS, Gerencia Financiera. Estado Financiero Seguro Pensiones al 31 de diciembre de 2016.

Balance de situación comparativo Seguro de Pensiones

El presente balance muestra un panorama de la situación contable que presenta el Seguro de Pensiones al 31 de Diciembre del 2016, donde se visualizan las diferentes variaciones generadas por las cuentas que conforman el Activo, Pasivo y Capital de los periodos que finalizan a Diciembre 2016 y 2015, respectivamente.

Dentro del rubro de Activos notamos un incremento del 5,8%, el cual representa un aumento de ¢120.800.0 millones en relación con el año anterior, el cual se debe principalmente al incremento en las Inversiones (Títulos, Bonos, Certificados), las cuales representan un 83,5% del Total del Activo. Conformadas principalmente por los Títulos a la Propiedad Largo Plazo y Revaluación Títulos Unidades de Desarrollo (TUDES).

Dentro de los Pasivos del Seguro de Pensiones, el rubro más importante corresponde a las Cuentas por Pagar, mismas que representa un (43,0%), del Total del Pasivo, conformadas principalmente por las Cuentas por Pagar al SEM, asimismo podemos destacar los Gastos Acumulados (Provisiones) que representan el 31,1% del total Pasivo y los Depósitos Custodia Garantía y Otros (5,5%) estos últimos producto de sumas de dinero recibidas en calidad de depósito, siendo el rubro más importante los montos recibidos como primas por ventas de propiedades adjudicadas por remate.

Finalmente las cuentas del Patrimonio, reflejan un Superávit de ¢124.261.0 millones, representando un 5,7% del Total Patrimonio del Seguro de Pensiones, el resto corresponde al Patrimonio Neto por Reservas.

CUADRO Nº 5
Seguro de Pensiones
Balance de situación comparativo
Periodo 2016-2015
(Millones de colones)

	AÑOS				VARIACIONES	
	31-12-16		31-12-15		ABSOLUTA	RELATIVA
ACTIVO						
ACTIVO CORRIENTE						
Caja, Bancos	45 277	2,1%	48 257	2,3%	-2 980	-6,2%
Inversiones	46 097	2,1%	51 134	2,5%	-5 038	-9,9%
Cuentas por Cobrar Netas	34 607	1,6%	10 634	0,5%	23 973	225,4%
Productos Acumulados	27 188	1,2%	26 019	1,3%	1 169	4,5%
Otros Activos Corrientes	4	0,0%	3	0,0%	0	9,0%
ACTIVO NO CORRIENTE						
Propiedad, Plante y Equipo	10 716	0,5%	10 974	0,5%	-259	-2,4%
Deuda Estatal Cuotas e Intereses	2 769	0,1%	3 307	0,2%	-538	-16,3%
Inversión (Títulos, Bonos, Certificados)	1 833 096	83,5%	1 746 850	84,2%	86 246	4,9%
Cuentas y Documentos por Cobrar LP	194 652	8,9%	176 475	8,5%	18 177	10,3%
Otros Activos	430	0,0%	381	0,0%	48	12,7%
TOTAL ACTIVO	2 194 834		2 074 034		120 800	5,8%
PASIVO						
PASIVO CORRIENTE						
Cuentas por Pagar	14 972	43,0%	19 032	49,8%	-4 060	-21,3%
Depósitos Custodia Garantía y Otros	1 899	5,5%	1 925	5,0%	-26	-1,4%
Otros Pasivos	6 399	18,4%	5 757	15,1%	642	11,2%
Gastos Acumulados (Provisiones)	10 815	31,1%	10 897	28,5%	-82	-0,8%
PASIVO NO CORRIENTE.						
Documentos por pagar largo plazo	698	0	608	0	90	0,0%
TOTAL PASIVO	34 783		38 219		-3 436	-9,0%
RESERVAS						
Reserva Pensiones Curso de Pago	2 026 491	92,3%	1 901 076	91,7%	125 415	6,6%
Reserva para Pensiones y Beneficio Futuro	9 299	0,4%	9 594	0,5%	-295	-3,1%
Excedentes Acumulados	124 261	5,7%	125 146	6,0%	-884	-0,7%
TOTAL PASIVO Y RESERVAS	2 194 834		2 074 034		120 800	5,8%

Fuente: CCSS, Gerencia Financiera. Estado Financiero Seguro de Pensiones al 31 de diciembre 2016.

Régimen No Contributivo de Pensiones estado de productos y gastos

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

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

En el 2016, el rubro de ingresos ascendió a la suma de ¢147.087.0 millones y los gastos son de ¢140.987.0 millones, dando como resultado un crecimiento de productos sobre gastos de ¢6.1 millones, que represento una variación de -15.87% respecto al año 2015.

CUADRO N°6
Régimen no contributivo de pensiones por monto básico
Estado de ingresos y gastos comparativo
Análisis vertical
Del 01 de enero 2016 al 31 de diciembre 2016

CONCEPTO	2016	PART. %	2015	PART. %	ABSOLUTA	%
INGRESOS						
Planillas Seguro Social	32 437	22,05%	30 123	21,58%	2 315	7,68%
Impuesto de Ventas	24 759	16,83%	24 513	17,56%	246	1,00%
Superávit Fodesaf	4 500	3,06%	1 591	1,14%	2 909	182,85%
Reintegro Unidades Ejecutoras	911	0,62%	429	0,31%	482	112,26%
Cigarros y Licores Ley 7972	2 938	2,00%	2 825	2,02%	113	4,00%
Lotería Electrónica Ley 7395	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Ley Protección Trabajador # 7983 Art.# 77 .	4 573	3,11%	4 483	3,21%	90	2,00%
Ingreso Artículo 612 Código Trabajo	46	0,03%	0	0,00%	46	100,00%
Transf. J.P.S. Art.# 8 Ley # 8718	2 938	2,00%	2 233	1,60%	705	31,56%
Recargo Planillas Patronos Morosos	545	0,37%	633	0,45%	(87,73)	-13,86%
Otros Ingresos del Período	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Otros Ingresos DESAF	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Ingreso Estimación por incobrable	6 777	4,61%	7 034	5,04%	-257	-365,62%
Intereses Ganados Cuenta Corriente Fodesaf	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Intereses ganados Inversiones a la Vista	28	0,02%	406	0,29%	(378)	-93,13%
Transf. Ley Protec.Trabajador Art. 87.	66 629	45,30%	65 323	46,79%	1 307	2,00%
Intereses Cuenta Bancaria 45015-5	6	0,00%	13	0,01%	-7	-51,77%
Intereses devengados Cert. Depósito a Plazo Sect. Público	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Intereses devengados Cert. Depósito a Plazo Sect. Privado	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
TOTAL DE INGRESOS	147 087	100,00%	139 605	100,00%	7 482	5,36%
GASTOS						
Pensiones Régimen No Contributivo	99 763	70,76%	93 284	70,48%	6 479	6,95%
Pensiones Parálisis Cerebral Profunda	12 012	8,52%	11 005	8,31%	1 008	9,16%
Servicios Médicos	15 405	10,93%	14 303	10,81%	1 101	7,70%
Servicios Administrativos SEM	2 373	1,68%	2 995	2,26%	(622)	-20,78%
Servicio Administrativos IVM	2 575	1,83%	2 476	1,87%	99	4,01%
Décimo Tercer Mes R.N.C.P.	7 992	5,67%	7 418	5,60%	575	7,75%
Décimo Tercer Mes P.C.P.	867	0,61%	874	0,66%	(7)	-0,83%
Gastos Estimación Incobrables	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Interes por Servicios Médicos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Intereses por Servicios Administrativos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Otros Ajustes Períodos Anteriores	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
TOTAL DE GASTOS	140 987	100,00%	132 355	100,00%	8 632	6,52%
EXCESO NETO INGRESOS/GASTOS	6 100		7 251		(1 150)	-15,87%

Fondo Nacional de Mutualidad: casos tramitados y pagos efectuados, según tipo de asegurado

Para el año 2016 los pensionados directos del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, son los que poseen mayor porcentaje de casos tramitados (35,0%) y los que a su vez, absorben la mayor proporción de las sumas pagadas (36,6%), seguido por los pensionados directos del Régimen No Contributivo de Pensiones por Monto Básico, con porcentajes que alcanzan el 28,6% de casos y en monto un 30,0%; respectivamente.

CUADRO 7
Fondo Nacional de Mutualidad
Cuadro comparativo años 2016-2015
Casos tramitados y pagos efectuados, según tipo aseguramiento a nivel nacional
Cifras en colones

TIPO ASEGURADO	2016			TIPO ASEGURADO	2015		
	CASOS	TOTAL PAGADO	% Casos Por Tipo		CASOS	TOTAL PAGADO	% Casos Por Tipo
TOTAL	13 982	1 267 597 321	100,00%	TOTAL	13 059	1 183 241 675	100,00%
ASALARIADOS				ASALARIADOS			
Directos	1 642	155 875 064	11,74%	Directos	1 528	145 060 185	11,70%
Cónyuges / Compañero (a)	281	17 796 324	2,01%	Cónyuges / Compañero (a)	317	20 028 506	2,43%
PENSIONADOS IVM				PENSIONADOS IVM			
Directos	4 900	463 751 029	35,05%	Directos	4 478	423 932 778	34,29%
Cónyuges / Compañero (a)	420	26 599 986	3,00%	Cónyuges / Compañero (a)	355	22 483 322	2,72%
Viudas	928	58 754 464	6,64%	Viudas	850	53 832 972	6,51%
CUENTA PROPIA				CUENTA PROPIA			
Directos	415	39 410 000	2,97%	Directos	424	40 275 000	3,25%
Cónyuges / Compañero (a)	60	3 799 998	0,43%	Cónyuges / Compañero (a)	59	3 736 665	0,45%
RÉGIMEN NO CONTRIBUTIVO				RÉGIMEN NO CONTRIBUTIVO			
Directos	4 008	380 431 555	28,67%	Directos	3 704	351 580 588	28,36%
Cónyuges / Compañero (a)	51	3 229 665	0,36%	Cónyuges / Compañero (a)	65	4 116 665	0,50%
PENSIONADOS DE GOBIERNO				PENSIONADOS DE GOBIERNO			
Directos	772	73 340 000	5,52%	Directos	759	72 025 000	5,81%
Cónyuges / Compañero (a)	55	3 483 332	0,39%	Cónyuges / Compañero (a)	48	3 039 998	0,37%
ASEGURADOS DEL ESTADO				ASEGURADOS DEL ESTADO			
Directos	402	38 085 908	2,88%	Directos	418	39 710 000	3,20%
Cónyuges / Compañero (a)	48	3 039 998	0,34%	Cónyuges / Compañero (a)	54	3 419 998	0,41%

Fuente: Subárea Asesoría Prestaciones en Dinero

Producción en salud

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

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

Hospitalización

El cuadro 1 muestra el panorama general en el área de hospitalización por Red de servicios y centro de salud. En el año 2016, se atendió un total de 354.575 egresos hospitalarios, lo que representó un aumento de 6.336 egresos respecto al 2015, donde se atendieron 348.239 egresos. Esta situación es consecuente con los datos que se observan en la razón de egresos por habitante, que de igual manera presentó un pequeño aumento. En términos de estancia media, en este periodo se experimentó un leve aumento, pasando de 6,58 días a 6,60 días del 2015 al 2016.

En el 2016, se contó con un total de 5.667 camas, de las cuales el 34% están concentradas en la Red Noroeste, y por consiguiente, el 44% de los egresos hospitalarios también se encuentran en esta red, con una estancia promedio de 5,31 días, siendo esta red la que cuenta con la mayor cantidad de centros hospitalarios con un total de doce, incluyendo siete hospitales periféricos, cuatro regionales y uno nacional.

Los hospitales de tercer nivel, cabezas de red, son los que presentan una mayor cantidad de egresos hospitalarios, el H. Rafael A. Calderón Guardia con 33.225 (9,4%), el H. San Juan de Dios con 36.211 (10,2%) y el H. México con 26.810 (7,6%) egresos; además son los que alcanzan los porcentajes más altos de intervenciones quirúrgicas, con porcentajes que oscilan entre 58% y 66% respecto a los egresos totales.

Los hospitales psiquiátricos y geriátricos son los que tienen menos egresos al año acompañados de las estancias medias más altas del país. Estos hospitales tienen solamente el 2% del total de los egresos, con estancias medias que van desde 16,26 días en el H. Raúl Blanco Cervantes, 59,86 días en el H. Psiquiátrico (Manuel Chapuí) y 156,88 días en el H. Roberto Chacón Paut.

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

que se explica por la complejidad de los pacientes que son remitidos a estos centros de mayor complejidad dentro de la red.

En cuanto al índice de ocupación hospitalaria, a nivel de país se alcanzó el 83,30%, un valor similar al recomendado internacionalmente, los hospitales Rafael A. Calderón Guardia, San Rafael de Alajuela San Carlos y Enrique Baltodano Briceño presentan índices de ocupación superiores al 95%, valores no recomendados ya que tal saturación no les da oportunidad de atender posibles eventualidades en las que se requiera hospitalizar una cantidad importante de personas en un momento dado.

Otros hospitales como el Centro Nacional de Rehabilitación, Roberto Chacón Paut, Manuel Mora, Tomás Casas, Ciudad Neily y William Allen presentan los índices más bajos, por debajo de 70%.

CUADRO 1
Camas. Egresos hospitalarios, Estancia promedio¹, Porcentajes: Ocupación, Mortalidad e Intervención Quirúrgica, según Red de Servicios y Establecimiento de salud. CCSS, 2016

Red de Servicios y Establecimiento de salud	Camas	Egresos	Estancia Promedio ¹	Porcentaje		
				Ocupación	Mortalidad	Interv. Quirúrgica
Total	5 667	354 575	6,60	83,30	2,34	52,84
Servicios Nacionales	1 457	42 510	14,96	72,81	1,48	48,78
Hospital Nacional de Niños Carlos Sáenz Herrera	288	16 329	6,15	74,17	1,13	44,80
Hospital de Las Mujeres Adolfo Carit Eva	107	10 419	3,14	78,17	0,46	55,29
Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología Raúl Blanco Cervantes	140	3 127	16,26	81,56	12,25	24,62
Centro Nacional de Rehabilitación Humberto Araya Rojas	88	2 827	10,59	63,99	0,18	47,22
Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapui y Torres	655	3 959	59,86	72,04	0,18	12,48
Hospital Psiquiátrico Roberto Chacón Paut	179	471	156,88	67,72	0,21	-
Clínica Oftalmológica	-	5 378	-	-	-	94,12
Red-Este	1 175	88 671	5,31	87,36	2,39	53,36
Hospital Rafael Angel Calderón Guardia	429	33 225	6,08	98,85	2,80	58,80
Área de Salud Coronado	-	1 940	1,00	-	-	98,25
Hospital Maximiliano Peralta Jiménez	269	22 271	4,92	86,69	2,73	60,45
Hospital William Allen Taylor	99	6 179	4,32	68,00	2,54	29,88
Hospital Tony Facio Castro	249	14 540	5,42	78,68	1,95	34,32
Hospital de Guápiles	129	10 499	4,33	82,09	1,35	53,04
Área de Salud Siquirres	-	5	1,00	-	-	20,00
Área de Salud Cariari	-	12	1,00	-	-	-
Red-Sur	1 104	68 782	6,22	84,74	2,64	53,93
Hospital San Juan de Dios	650	36 211	7,64	90,89	3,47	66,62
Hospital Fernando Escalante Pradilla	210	17 447	4,97	94,82	2,40	43,46
Hospital Manuel Mora Valverde	58	3 358	4,57	66,32	1,07	27,99
Hospital de Osa Tomás Casas Casajús	50	3 016	4,36	68,66	0,93	27,02
Hospital de Ciudad Neilly	77	4 595	4,34	51,56	0,94	40,59
Hospital de San Vito	33	2 757	3,93	81,05	1,09	33,37

Area de Salud Desamparados 1	26	1 398	1,81	23,63	0,14	60,80
Red-NorOeste	1 931	154 612	5,31	87,94	2,40	53,17
Hospital México	465	26 810	7,26	82,86	4,50	59,68
Hospital de San Rafael	280	20 799	6,24	95,33	1,73	49,31
Hospital San Francisco de Asís	90	6 138	4,88	74,05	1,47	48,75
Hospital Carlos Luis Valverde Vega	97	9 053	3,97	75,21	1,76	55,20
Hospital San Vicente de Paúl	275	23 732	5,25	86,67	2,35	60,44
Area de Salud Tibás-Uruca-Merced - Clínica Dr. Clorito Picado	-	815	1,00	-	0,12	87,24
Area de Salud Tibás (Coopesain) - Clínica Integrada Rodrigo Fournier	-	1 667	-	-	0,00	99,04
Hospital Max Terán Valls	53	4 780	3,47	81,66	1,55	29,21
Hospital de San Carlos	158	17 529	3,95	96,55	1,21	54,88
Hospital de Los Chiles	27	2 327	3,55	76,04	0,60	35,28
Area de Salud Puerto Viejo-Sarapiquí	-	15	1,00	-	-	-
Hospital Víctor Manuel Sanabria Martínez	186	12 929	5,79	91,02	2,70	45,93
Hospital Enrique Baltodano Briceño	168	15 799	5,05	102,45	2,73	50,25
Hospital de La Anexión	105	9 846	3,98	84,00	2,39	45,85
Hospital de Upala	27	2 367	3,79	81,28	1,18	43,22
Area de Salud Horquetas-Río Frío	-	6	1,00	-	-	-

1/ Excluye la Cirugía Mayor Ambulatoria y la Cirugía Vespertina.

a/ Datos del año 2016 preliminares, sujetos a cambios por revisiones.

Fuente: CCSS, Área de Estadística en Salud.

Consulta Externa

En el cuadro 2, se observa la distribución de la consulta médica separada en medicina general y especialidades registrada en 2016, la proporción de consultas médicas y especializadas se mantiene similar a las presentadas en años anteriores, 72% consultas de medicina general y 28% especializada.

En el año 2016, se observó una disminución de 1,3% en el número total de consultas médicas respecto al 2015, esto significó alrededor de 138 mil consultas menos que el año anterior; esta disminución se presentó principalmente en las consultas de medicina general, en la que se registró una disminución de 1,6% respecto al 2015. Este decrecimiento de las consultas en medicina general se presentó a pesar del aumento de 8 Ebáis que se dio en la Caja durante el 2016. Situación que posiblemente está relacionada con la continuación del proceso de implementación del Expediente Digital Único en Salud (EDUS) en los establecimientos de salud del primer nivel de atención, proceso que ha requerido la disminución de usuarios atendidos en la consulta externa, mientras se supera la curva de aprendizaje por parte de los funcionarios en el uso de estas herramientas automatizadas.

En cuanto a las consultas promedio por usuario (concentración) durante el 2016 en medicina general se dieron 3,03 consultas por persona al año, mientras en medicina especializada se atendieron 1,90 consultas por persona al año; ambos valores son similares a los presentados en los últimos 5 años.

Estos indicadores, presentan valores diferenciados en los hospitales nacionales y centros especializados, donde se da una mayor concentración en comparación a las demás regiones del país, tanto en medicina general, donde el número de consultas por consultante en promedio es de aproximadamente 5,5, y en medicina especializada en estos establecimientos se presentó en promedio 2,3 consultas por usuario, resultado esperado a la luz de que estos hospitales atienden los casos más complejos de la red de servicios de salud, y en general, requieren un mayor número de consultas de seguimiento al año.

Por otra parte, para el año 2016 del total de consultas brindadas, el 75% se realizaron en las áreas de salud (cuadro 4), indicador que refleja principalmente la importancia en magnitud del primer nivel de atención en la red de servicios de salud, producción realizada en gran parte por los 1041 Ebáis con que cuenta la Institución en todo el país.

CUADRO N° 2
Consulta Médica , Medicina General y Especialidades,
 Total, Primera Vez y Consulta por Usuario, Según Región. CCSS, Año 2016

Región	Consulta Médica	Medicina General			Especialidades		
		Total	Primera Vez	Consulta p/Usuario	Total	Primera Vez	Consulta p/Usuario
Total	10 377 615	7 464 883	2 466 906	3,03	2 912 732	1 532 829	1,90
Hospitales Nacionales y Centros especializados	1 213 561	27 275	4 971	5,49	1 186 286	516 265	2,30
Central Norte	2 458 144	1 872 860	614 498	3,05	585 284	350 182	1,67
Central Sur	3 434 552	2 928 652	952 728	3,07	505 900	291 821	1,73
Huetar Norte	452 684	358 944	126 382	2,84	93 740	57 936	1,62
Chorotega	723 345	550 942	180 233	3,06	172 403	91 530	1,88
Pacífico Central	619 789	522 686	170 744	3,06	97 103	56 397	1,72
Huetar Atlántica	804 687	673 153	227 864	2,95	131 534	82 892	1,59
Brunca	670 853	530 371	189 486	2,80	140 482	85 806	1,64

Fuente: CCSS, Área de Estadística en Salud.

Atenciones de urgencias

El total de atenciones en el 2016, presentó un aumento del 5,4% respecto a las atenciones brindadas en el año anterior, esto significa que se atendieron aproximadamente 290 mil atenciones más en los servicios de urgencias respecto a lo ocurrido en el 2015; valor que contrasta con la tendencia presentada en los últimos tres años en la producción atendida en este servicio, la cual presentaba una tendencia hacia la disminución en el total de atenciones desde el año 2013, y retoma la tendencia de crecimiento mostrado en las últimas dos décadas.

En el cuadro 3, se aprecian los datos de la atención en los servicios de urgencias clasificados por tipo de urgencia, las atenciones de tipo médicas son las que se presentaron con mayor frecuencia (un 57% del total de urgencias) seguidas de las urgencias de tipo pediátricas y quirúrgicas (aproximadamente 18% y 16% respectivamente).

Al igual que en años anteriores, continúa presentándose un alto porcentaje de urgencias que requirieron observación en la regiones Chorotega (41%), mientras las regiones Huetar Norte y Huetar Atlántica (ambas 24%) presentaron una significativa disminución en el porcentaje de urgencias que requirieron observación, disminuyendo este indicador casi un 10% en estas regiones respecto al año anterior. Estos porcentajes se acercan a los presentados en las otras regiones del país, donde se mantienen valores alrededor de 20%, con excepción de los hospitales nacionales y especializados y la región Brunca, que presentan las menores proporciones de urgencia con observación, cerca de un 16%.

El volumen de las atenciones en urgencias sigue siendo alto. Se dio una atención de urgencia por cada 2,3 consultas en el área ambulatoria (ver cuadro 4), esto significa que aproximadamente el 30% de la demanda de servicios médicos ambulatorios es no programada (incluyendo la consulta de odontología y otros profesionales en salud), afectando todo el sistema de atención de la salud y a la vez desvirtúa las funciones de la red de servicios, en especial los servicios de urgencias, en donde se evidencia que se atienden altos volúmenes de no urgencias: más de la mitad del total de atenciones (63,5%) se consideran no urgencias (cuadro 3).

CUADRO N° 3
Atenciones de Urgencias, Tipos de Urgencias, Porcentaje de Atenciones con Observación y Porcentaje de No Urgencias, Según Región. CCSS, Año 2016

Región	Total Atenciones	Urgencias								% En Observación	% No Urgencias
		Tipo de Urgencias									
		Total	Medicina	Cirugía	Ginecología	Obstetricia	Pediatría	Psiquiatría	Odontológicas		
Total	5 698 462	2 238 287	1 270 893	349 495	42 776	151 605	394 294	27 009	2 215	22,44	60,72
Hospitales Nacionales y Centros especializados	505 673	415 729	130 079	113 894	12 389	42 124	100 826	16 417	-	15,72	17,79
Central Norte	1 274 709	351 614	221 734	47 280	5 158	22 012	52 294	2 837	299	20,45	72,42
Central Sur	1 332 252	412 082	255 337	52 362	8 975	24 225	69 418	1 505	260	19,77	69,07
Huetar Norte	242 929	110 084	57 084	17 803	757	10 138	23 577	665	60	24,39	54,68
Chorotega	667 546	259 047	187 944	20 722	2 559	12 049	34 790	816	167	40,69	61,19
Pacífico Central	510 153	203 661	116 720	34 984	2 938	14 369	33 329	1 094	227	24,04	60,08
Huetar Atlántica	652 573	299 580	190 692	34 255	5 599	16 579	50 342	1 750	363	23,89	54,09
Brunca	512 627	186 490	111 303	28 195	4 401	10 109	29 718	1 925	839	16,45	63,62

Fuente: CCSS, Área de Estadística en Salud.

De acuerdo con la desagregación por tipo de establecimiento de salud, como se aprecia en el cuadro 4, el 57% de atenciones en los servicios de emergencias están concentradas en las áreas de salud.

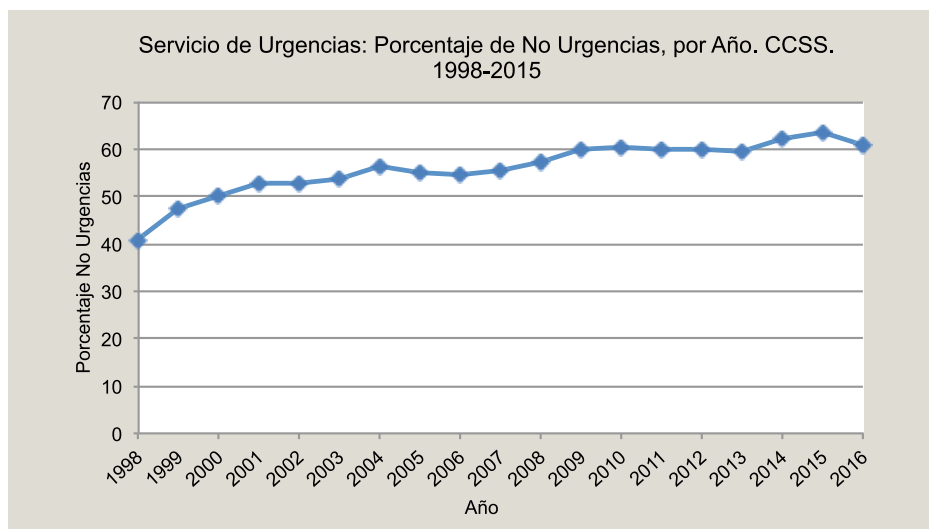
CUADRO N° 4
Consultas (Médicas, Otro Profesional, Odontología), Atenciones de Urgencias,
Según Tipo de Establecimiento. CCSS, Año 2016

Tipo de Establecimiento	Consultas				Atenciones de Urgencias	Razón de Consultas por Atención de Urgencias
	Total	Médica	Otro Profesional	Odontología		
Totales	13 324 645	10 377 615	607 049	2 340 740	5 698 462	2,3
Hospitales y Centros Especializados	3 282 138	2 659 299	354 546	268 818	2 440 690	1,3
Clínica	20 888	17 040	-	3 848	8 140	2,6
Áreas de Salud	10 021 619	7 701 276	252 503	2 068 074	3 249 632	3,1
Porcentaje	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Hospitales y Centros Especializados	24,6	25,6	58,4	11,5	42,8	
Clínica	0,2	0,2	0,0	0,2	0,1	
Áreas de Salud	75,2	74,2	41,6	88,4	57,0	

Fuente: CCSS, Área de Estadística en Salud.

Volumen en las Atenciones de urgencias:

Como se indicó anteriormente, el porcentaje de no urgencias es muy alto, entre los años 1998 al 2009, este indicador experimentó una tendencia sostenida a crecer, periodo en el cual presentó un aumento de un 20%, pasando del 40% a un 60% de atenciones consideradas no urgentes, en los siguientes cinco años (2009-2013) se mantuvo casi constante en 60%, pero en 2014 volvió a presentar un incremento del 2% respecto al año anterior, comportamiento que se mantuvo en el 2015 con un incremento del 1,4%, para el 2016 las atenciones no urgentes presentaron una disminución del 2,7%, lo que evidencia que se mantuvo un comportamiento estable oscilante entre el 60% y 63% en los últimos ocho años; como se aprecia en el gráfico 1.



Fuente: CCSS, Área de Estadística en Salud.

Estos valores tan altos de las no urgencias reflejan una situación de saturación en los servicios de consulta externa, también, son un indicador de una creciente necesidad de horarios diversificados en este servicio ambulatorio, así como el desconocimiento de la población sobre la finalidad de los servicios de urgencia. Lo cual, se traduce en altos volúmenes de atenciones clasificadas como no urgentes, situación que además no siempre ayuda a mejorar la salud de las personas, ya que el objetivo en los servicios de urgencias es estabilizar el estado de salud de estas y en el caso de pacientes con enfermedades crónicas no se le da un abordaje integral de su padecimiento, ni el seguimiento adecuado en este servicio al no ser este su espíritu, todo esto a un alto costo para la Institución por lo oneroso de este servicio.

Las regiones que más se vieron afectadas por la magnitud de las no urgencias, cuadro 3, son la Central Norte y Central Sur, con porcentajes de alrededor del 70%; en contraste con los Hospitales Nacionales y Centros Especializados que presentaron porcentajes de no urgencias cercanos al 18%, evidenciando una mejor utilización de este servicio, según su objetivo.

Servicios de Apoyo

Medicamentos entregados:

En el cuadro 5, se muestra el número de recetas de medicamentos despachados por los servicios de farmacia de la CCSS durante el 2016, la cifra alcanzó más de 82,2 millones de recetas despachadas, manteniendo su tendencia al crecimiento respecto al año anterior, en esta oportunidad este aumento fue casi 2,6 millones de recetas (un 3,3% mayor a la producción del 2015).

Del total de recetas despachadas, la mayor parte, un 69,6% se prescribieron en consulta externa, 14,4% en el servicio de urgencias, 4,5% en hospitalización y el resto en área de atención. Sin embargo, como se presenta en el cuadro 7, la razón de medicamentos por cada hospitalización es de 10,5 a nivel nacional; es decir, se despacha en promedio 10 medicamentos por cada paciente hospitalizado; la distribución por región muestra que los hospitales de la Región Pacífico Central son los que tienen más alta esta razón, superior a 15 medicamentos por egreso, en contraste con las regiones Huetar Norte, Chorotega y Central Sur, que presentan una razón cercana a 5 medicamentos por egreso. Por otra parte, en la Consulta Externa en promedio se reportan 5,5 medicamentos por cada consulta y en Urgencias se brindan 2,1 medicamentos por cada atención de urgencia.

CUADRO N° 5
Recetas de Medicamentos Despachados por Área de Atención, Copias,
Medicamentos Utilizados en Servicios Internos, y Recetas Despachadas
a Servicios Alternativos, Según Región. CCSS, Año 2016

Región	Total	Área de Atención						Copias ¹	Otros Servicios Internos	Servicios Alternativos	
		Hospital	Consulta Externa	Urgencias	Hospital de Día	Visita Domiciliar	Otros Centros			Empresa	Medicina Mixta
Total	82 224 861	3 739 088	57 220 591	11 809 041	42 363	209 179	4 203 001	25 083 221	1 824 502	1 683 327	1 493 769
Hospitales											
Nacionales y Centros especializados	7 211 250	1 616 407	4 610 392	543 210	21 492	53 352	7 249	1 577 374	349 915	5 560	3 673
Central Norte	19 898 093	721 085	13 702 892	2 926 156	16 372	58 546	871 135	6 513 890	294 518	811 256	496 133
Central Sur	27 328 930	218 768	21 670 042	2 663 977	4	21 271	1 381 055	9 931 628	423 677	329 854	620 282
Huetar Norte	3 038 922	85 684	1 939 379	554 155	517	580	260 323	761 344	58 071	59 838	80 375
Chorotega	6 685 512	151 019	4 094 641	1 575 983	1 126	17 088	487 606	1 797 874	180 411	119 579	58 059
Pacífico Central	5 317 442	268 590	3 469 188	974 523	1 035	27 061	250 780	1 503 109	200 340	83 099	42 826
Huetar Atlántica	6 917 288	316 253	4 166 059	1 291 529	1 817	11 787	477 156	1 487 133	283 663	208 696	160 328
Brunca	5 827 424	361 282	3 567 998	1 279 508	-	19 494	467 697	1 510 869	33 907	65 445	32 093

1/ Incluidos en Consulta Externa.

Fuente: CCSS, Área de Estadística en Salud.

Exámenes de laboratorio:

En el cuadro 6, se presenta el número de exámenes de laboratorio realizados durante el 2016. Ese año, se efectuaron aproximadamente 54,3 millones de exámenes en los establecimientos de salud de todo el país, cifra que corresponde a un incremento de aproximadamente 3,3 millones de exámenes (aumento del 1,7%) respecto al año 2015.

Por área de atención, se mantiene la consulta externa como el área que más consumió este servicio diagnóstico, del total de exámenes realizados un 48% fue solicitado desde la consulta externa, seguidos por un 17% desde urgencias y un 16% desde hospitalización. Pero, se observa en el cuadro 7, que similar a lo ocurrido con los medicamentos, la razón de exámenes por cada hospitalización es de 24,2, con diferencias marcadas según región, en este caso sobresalen los hospitales nacionales y centros especializados donde la razón asciende a 37,6 exámenes por egreso hospitalario, las demás regiones del país presentan entre 7 y 20 exámenes por egreso. En Consulta Externa se generaron también 2,5 exámenes de laboratorio por cada consulta y en Emergencias se tramitan 1,6 exámenes de laboratorio por cada atención de urgencia.

CUADRO N° 6
Exámenes de Laboratorio Realizados, por Área de Atención, Empresa
y Medicina Mixta, Según Región. CCSS, Año 2016

REGIÓN	TOTAL	ÁREA DE ATENCIÓN						Servicios Alternativos	
		Hospital	Consulta Externa	Urgencias	Hospital de Día	Visita Domiciliar	Otros Centros	Empresa	Medicina Mixta
Total	54 252 170	8 669 391	25 869 487	9 222 163	72 392	195 692	8 284 719	892 835	1 045 491
Hospitales Nacionales y Centros especializados	15 326 212	5 298 252	4 944 404	2 641 871	26 936	20 120	2 269 472	70 900	54 257
Central Norte	10 213 203	1 301 825	5 110 759	1 834 981	34 557	51 170	1 367 492	233 649	278 770
Central Sur	12 526 645	483 631	9 071 714	1 414 400	-	54 491	889 293	281 413	331 703
Huetar Norte	1 624 376	146 330	654 329	343 662	3 659	528	408 881	23 249	43 738
Chorotega	4 647 121	331 558	2 001 222	925 102	-	36 302	1 140 440	109 980	102 517
Pacífico Central	3 089 478	278 056	1 726 041	618 362	-	23 863	341 503	51 092	50 561
Huetar Atlántica	3 759 497	431 074	1 577 209	789 531	7 240	9 145	753 561	62 510	129 227
Brunca	3 065 638	398 665	783 809	654 254	-	73	1 114 077	60 042	54 718

Fuente: CCSS, Área de Estadística en Salud.

CUADRO N° 7
Razón de Recetas de Medicamentos Despachados y Exámenes de Laboratorio Realizados por
Cada: Hospitalización, Consulta Externa o Atención Urgencias, Según Región. CCSS, Año 2016

Región	Medicamentos por:			Exámenes por:		
	Hospital	Consulta Externa	Urgencias	Hospital	Consulta Externa	Urgencias
Total	10,5	5,5	2,1	24,2	2,5	1,6
Hospitales Nacionales y Centros especializados	11,7	3,8	1,1	37,6	4,0	5,1
Central Norte	11,6	5,6	2,3	20,9	2,1	1,4
Central Sur	6,8	6,3	2,0	15,0	2,6	1,1
Huetar Norte	4,3	4,3	2,3	7,4	1,4	1,4
Chorotega	5,4	5,7	2,4	11,8	2,8	1,4
Pacífico Central	15,2	5,6	1,9	15,7	2,8	1,2
Huetar Atlántica	12,6	5,2	2,0	17,2	2,0	1,2
Brunca	11,6	5,3	2,5	12,8	1,2	1,3

Fuente: CCSS, Área de Estadística en Salud.

Estudios de Radiología e Imágenes Médicas:

En el cuadro 8, se presenta el número de estudios de radiología realizados durante el 2016, para este año, se hicieron aproximadamente 1,7 millones de estudios radiológicos en los establecimientos de salud de todo el país, los cuales requirieron aproximadamente 2,3 millones de placas. En el caso de los estudios, esta cifra representó un incremento de poco más de 2 mil estudios (0,1%) respecto al 2015, mientras que en el caso de las imágenes, se dio un aumento de poco más de 80 mil imágenes con respecto al año anterior, un crecimiento de 3,7%. Se

revirtió en este año la tendencia a la disminución que se venía presentando en los últimos años respecto a la disminución en el uso de las placas, situación que se espera ante la incorporación de nuevas tecnologías en los servicios diagnósticos conforme al desarrollo de la Institución en el tema de imágenes médicas, las cuales utilizan cada vez menos la impresión de placas y se trabaja cada vez más por medios digitales, propiciando la respectiva disminución de imágenes impresas.

CUADRO N° 8
Imágenes y Estudios de Rayos X Realizadas, por Área de Atención, Empresa y Medicina Mixta, Según Región. CCSS, Año 2016

REGIÓN	TOTAL	ÁREA DE ATENCIÓN						Servicios Alternativos	
		Hospital	Consulta Externa	Urgencias	Hospital de Día	Visita Domiciliar	Otros Centros	Empresa	Medicina Mixta
Imágenes	2 262 783	202 655	634 175	1 026 087	924	437	343 829	31 032	23 644
Hospitales Nacionales y Centros especializados	624 942	130 015	248 162	230 032	400	380	14 426	1 276	251
Central Norte	425 888	25 305	107 410	199 345	402	-	78 067	8 694	6 665
Central Sur	430 720	12 886	100 017	221 702	-	34	81 622	8 329	6 130
Huetar Norte	60 757	4 301	11 618	36 101	-	-	7 325	278	1 134
Choroteaga	184 140	7 224	30 661	94 686	6	-	45 744	4 002	1 817
Pacífico Central	142 160	6 923	48 994	55 838	14	-	26 048	2 105	2 238
Huetar Atlántica	159 154	7 452	41 822	79 963	102	21	23 153	3 641	3 000
Brunca	235 022	8 549	45 491	108 420	-	2	67 444	2 707	2 409
Estudios	1 751 287	173 393	451 300	840 630	702	77	246 876	21 655	16 654
Hospitales Nacionales y Centros especializados	489 326	110 315	175 581	188 524	234	33	13 478	935	226
Central Norte	360 567	23 657	84 335	181 632	348	-	59 501	6 457	4 637
Central Sur	346 423	11 712	79 969	184 495	-	21	60 217	5 534	4 475
Huetar Norte	55 222	3 957	9 317	33 158	-	-	7 537	406	847
Choroteaga	132 790	5 848	20 950	72 606	18	-	29 353	2 759	1 256
Pacífico Central	84 937	4 560	23 493	37 078	14	-	16 829	1 431	1 532
Huetar Atlántica	126 547	6 668	32 163	65 155	88	21	17 716	2 548	2 188
Brunca	155 475	6 676	25 492	77 982	-	2	42 245	1 585	1 493

Fuente: CCSS, Área de Estadística en Salud.

Población y Servicios de Salud

En el cuadro 9 se incluyeron las cifras oficiales de población nacional de 1980 a 2016, junto con la tasa de mortalidad bruta como indicador general de impacto, la cual en 28 años se mantuvo la mayor parte del tiempo por debajo de 4 defunciones por cada 1.000 habitantes, fue hasta el año 2008 que se sobrepasó las 4 defunciones por cada mil habitantes, en los últimos años este indicador ha mostrado una tendencia a un aumento muy leve alcanzando para el 2015 su valor más alto de un 4,35 defunciones por cada 1.000 habitantes.

Como indicadores de consumo de los servicios de salud institucionales, se ha calculado para el mismo período: la razón de atenciones de urgencia por habitante, la razón de consultas externas

por habitante, separada en consulta médica, odontológica y la consulta de otros profesionales en salud (psicología, nutrición, enfermería, trabajo social, etc.), la razón de hospitalizaciones por 100 habitantes y dos indicadores de consumo de recursos intermedios, como son la razón de recetas de medicamentos despachados y de exámenes de laboratorio prescritos por habitante.

El comportamiento de la razón de atenciones de urgencia por habitante ha venido aumentando de forma casi constante, desde 1984, pero para los años 2001 y 2002 el crecimiento parecía haberse detenido, sin embargo, la tendencia creciente se volvió a presentar alcanzando su máximo nivel para el año 2010 con 1,24 atenciones por habitante, para el 2013 hasta 2016 el comportamiento se ha mantenido casi que sin variación entre 1,12 y 1,17 atenciones por habitante. Conviene recordar aquí que para ser atendido en el servicio de urgencias no se requiere cita previa, por lo cual esta situación puede estar reflejando problemas de gestión en los servicios de consulta externa que crecen a un ritmo diferente al crecimiento poblacional, agravados por el creciente flujo de grupos de población, que al no contar con documentos al día, prefieren acudir al servicio de urgencias, lo que produce una alta proporción de atenciones no urgentes, en un área de servicios de salud que debería mantenerse lo más despejada posible.

Por otra parte, la razón de consultas por habitante se ha dividido en tres componentes, la consulta médica que se ha mantenido constante desde los años 80s entre 2 y 2,4 consultas médicas por habitante; la consulta odontológica prácticamente se duplicó desde los años 80s (pasó de 0,25 a 0,48 consultas por habitante de 1980 a 2016), finalmente la consulta a cargo de “otro profesional en salud” (psicólogos, nutricionistas, enfermeras, trabajadores sociales, etc.) durante los últimos 5 años se ha mantenido alrededor de 0,13 consultas por habitante, no obstante, en el 2016 se da una disminución mínima a 0,12 consulta de otros profesionales en salud por habitante. Así, en 1980 entre atenciones de urgencia y consultas médicas se impartían 2,72 atenciones ambulatorias por habitante; en 201 esa cifra alcanzó a 3,44 (un incremento de más del 26%).

La razón de egresos hospitalarios (hospitalizaciones) por 100 habitantes fue muy sensible a los cambios en la práctica de la atención médica, por ese motivo, cuando ya alcanzó una buena cobertura como es el caso que nos ocupa, sus variaciones dependen más del desarrollo de la tecnología de apoyo al diagnóstico y al tratamiento que de la mayor o menor accesibilidad a cama hospitalaria por la población. En la CCSS, este indicador se mantuvo por encima de 10 hospitalizaciones por cada 100 habitantes hasta 1989 y por encima de 9 entre 1990 y 1993; no obstante desde 1986 se inició un descenso que se mantuvo hasta el 2011, a partir de este año y hasta 2016 se ha mantenido con un comportamiento relativamente estable alrededor de 7,22 hospitalizaciones por cada 100 habitantes. Aparte de cambios en la práctica de la medicina, que tienden a reducir la hospitalización en Costa Rica, y aunque se mantenga alta la proporción de parto intrahospitalario, la reducción de la natalidad produce menos hospitalizaciones por esta causa desde hace varios años, este es otro factor que influye en la reducción del indicador comentado.

El indicador de exámenes de laboratorio por habitante depende mucho de la tecnología disponible, de las variaciones en la práctica de la medicina y del aumento de las enfermedades crónicas. Por otra parte, dado que en los últimos años se ha autorizado la compra de estos servicios a laboratorios privados sin que se les exijan los datos estadísticos correspondientes,

las cifras actuales podrían ser mayores que las que aparecen en el cuadro 9; igual situación se presenta con el indicador de medicamentos por habitante que aparece en el mismo cuadro.

En general, en relación con la población del país, si se compara 1980 con 2016 se ve que las hospitalizaciones por habitante y las consultas han aumentado muy lentamente, pero los exámenes de laboratorio y los medicamentos han crecido de forma importante manteniendo esta tendencia hasta la actualidad.

Comentario final

Los indicadores descritos evidencian en términos generales que la población costarricense continúa teniendo un buen acceso a los servicios de salud; si bien la oferta de servicios no ha crecido a la misma velocidad que la población, si se evidencia que la prestación de servicios en las distintas áreas ha mostrado una tendencia al crecimiento.

Mientras en hospitalización se resuelven casos de mayor complejidad, las cirugías vespertina y ambulatoria se consolidan como la alternativa para mejorar las condiciones generales del paciente e impactar, al mismo tiempo, la estancia media hospitalaria.

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

Los indicadores del 2016, mostraron un comportamiento institucional enrumbado a una mejor en la gestión de los servicios de salud, aspectos como el incremento experimentado en los servicios de apoyo, tanto de diagnóstico como de los exámenes de laboratorio y estudios radiológicos, así como de tratamiento como de las recetas de medicamentos entregadas a los usuarios.

Por otra parte, el aumento en el número de Ebáis mostró una voluntad institucional en ofrecer servicios cada vez más cercanos a la población, si bien este no se vio reflejado en el número de las consultas en medicina general, se debe tener en cuenta que la Institución está en un proceso de cambio con la incorporación del Expediente Digital Único en Salud (Edus) el cual se proyecta traiga consigo una serie de beneficios tanto para la población como para la Institución misma; similarmente aconteció con la consulta especializada, que si bien se vio impactada en menor medida que la medicina general siempre fue levemente afectada a pesar de esto, se mantiene la meta institucional de ofrecer servicios de mayor complejidad y oportunidad a los miles de pacientes que requieren de una atención especializada.

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



Gerencia FINANCIERA

La Gestión Financiera tiene como propósito principal garantizar el financiamiento oportuno del Seguro de Salud y Pensiones y es integrada por cuatro procesos que influyen a lo largo de la organización y agregan valor a la prestación de los servicios. Al mismo tiempo esta gerencia ha venido trabajando en temas estratégicos que tienen como objetivo fortalecer la sostenibilidad financiera Institucional.

A continuación se detalla brevemente la labor estratégica que busca robustecer la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud y seguidamente, se describen las acciones sustantivas desarrolladas en el periodo 2016, según las siguientes secciones: Aseguramiento Contributivo, Recaudación y Cobros, Administración Financiera y Asignación y Optimización de Recursos.



Fortalecimiento de la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud

En Costa Rica, cerca del 95% de la población dispone de servicios de salud, de estos el 54,8% de las personas cubiertas corresponden a asegurados directos y el 40,1% son beneficiarios familiares, quienes gozan de iguales derechos. Lo anterior, en conjunto con iniciativas del resto del sector salud, ha incidido en el alcance de indicadores destacables como la esperanza de vida, la tasa de mortalidad infantil y el logro de un control más efectivo de las enfermedades transmisibles; lo que ha generado una consolidación tanto demográfica como epidemiológica, tendiente al envejecimiento de la población y a una mayor incidencia de enfermedades no trasmisibles. Tales avances aunados al desarrollo constante de soluciones tecnológicas de alto costo, representan un reto importante en materia de sostenibilidad del Seguro de Salud, por cuanto implicarán en un horizonte de mediano y largo plazo, atenciones más costosas y prolongadas, al tiempo que se prevé aumentos decrecientes en las contribuciones, dada la menor participación de personas en edad de trabajar.

Ante este panorama, la Institución se ha abocado al análisis y a la formulación de opciones de solución, siendo que si bien se reconoce que la sostenibilidad es un tema que trasciende el campo financiero e institucional y amerita una discusión política y social de país, se considera oportuno liderar el diseño de propuestas inter-gerenciales e inter-institucionales que converjan en el objetivo de garantizar los servicios a las futuras generaciones. Para estos efectos, durante el año 2016, se ha venido trabajando en el diseño de una Estrategia de sostenibilidad del Seguro de Salud que comprende tres ejes fundamentales: a) Fortalecimiento y diversificación del financiamiento del Seguro, ii) Asignación de recursos e inversiones estratégicas y iii) Mejora de la gestión del Seguro de Salud; siendo que cada uno de ellos incorpora iniciativas específicas orientadas al logro de la sostenibilidad, y que tienen diferente grado de implementación, entre ellas:

- i. Como parte del plan para la extensión de la cobertura contributiva del Seguro de Salud, se ha avanzado en el diseño y análisis de opciones tendientes a incentivar el aseguramiento, de las cuales se generó con la participación de grupos de trabajo interinstitucionales, la *“Propuesta integral para la extensión de la cobertura contributiva de las trabajadoras domésticas remuneradas”*. Dicha propuesta fue sometida a conocimiento de la Junta Directiva de la CCSS, en sesión N° 8855 del 21 de julio de 2016. En atención a lo acordado por el máximo órgano institucional, se elaboró la propuesta de *“Reglamento para el aseguramiento contributivo de los trabajadores domésticos”*, necesario para la implementación del aseguramiento especial, esta propuesta debe enviarse a la Junta Directiva para efectos de la aprobación respectiva.

En esta misma línea, se avanzó en el análisis interinstitucional y elaboración de propuestas conjuntas, para el aumento de la cobertura de otros grupos que históricamente reflejan bajos niveles de aseguramiento, tales como las microempresas y los recolectores de café.

- ii. Sobre el componente de asignación de recursos e inversiones estratégicas, se ha realizado el desarrollo de propuestas y/o planes de acción para ser sometidos a conocimiento de Junta Directiva, en relación con los temas de:
- Integración planificación y presupuesto por resultados, que se encuentra en proceso de elaboración bajo el acompañamiento de la empresa Price Waterhouse Cooper (PWC).
 - Elaboración de una propuesta de presupuesto plurianual bajo el acompañamiento de una firma especializada.
 - Asignación de recursos mediante el uso de modelos prospectivos.
 - Inversiones estratégicas: durante el 2016, se llevó a cabo un proceso de priorización de infraestructura de los centros prestadores de servicios de salud, especialmente del Primer Nivel de Atención, así como de sucursales de servicios financiero-administrativos, que incorpora el uso de la figura de fideicomiso para complementar los esfuerzos institucionales en esta materia y fortalecer la capacidad de gestión y oportunidad de realización de las obras.
- iii. Adicionalmente, en relación con el tercer eje relativo a Fortalecimiento de la gestión del Seguro de Salud, se identificaron propuestas concretas conocidas por la Junta Directiva en diversos campos de la gestión de los centros prestadores de servicios de salud, las cuales por su impacto, estarían formando parte de la Estrategia de Sostenibilidad. Entre estas propuestas se encuentran las siguientes:
- Mejora de la gestión a través del uso de tecnologías de información para la toma de decisiones, área en la que destaca la ampliación de la cobertura del Expediente Digital Único en Salud (EDUS) a nivel nacional, lo cual permitirá la generación y sistematización de las prestaciones en salud y de los usuarios, facilitando de este modo, la gestión institucional.
 - Plan de reforzamiento de la oferta de servicios de salud en el Primer y Segundo Nivel de Atención, elaborado por la Dirección de Proyección de Servicios de Salud y presentado por la Junta Directiva en artículo N°27 de Sesión N° 8878 del 08 de diciembre de 2016, mediante el cual se pretende entre otros: cerrar las brechas de necesidades del Primer Nivel de Atención, fortalecer con especialidades básicas el Segundo Nivel de Atención y trasladar la población de los hospitales nacionales y regionales, a servicios ambulatorios en las áreas de salud fortalecidas.

Gestión financiera institucional

I. Aseguramiento Contributivo

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

1.1 Gestión en materia de aseguramiento y generación de cuotas

Se continúa con la modernización de la gestión del Servicio de Inspección a partir de la innovación tecnológica, la simplificación de trámites y la mejora en la gestión, con el propósito de brindar servicios eficientes al administrado. A continuación, se detallan aquellos ejes que durante el 2016 alcanzaron los logros más significativos:

a. Abordaje de solicitudes pendientes de años anteriores y casos resueltos a nivel nacional:

Tiene como fin atender las solicitudes pendientes del Servicio de Inspección y la resolución de casos. Para el 2016 se tienen los siguientes resultados:

CUADRO 1. Servicio de Inspección
Solicitudes pendientes atendidas y casos resueltos. Año 2016

Variables	Dirección de Inspección	Nivel Nacional
Meta de solicitudes pendientes de años anteriores	11,780	30,106
Solicitudes pendientes atendidas en el 2016	11,751	26,843
Avance (%)	99.75%	89.16%
Meta de casos resueltos	26,000	72,900
Cantidad de casos resueltos en el 2016	29,122	77,200
Avance (%)	112%	106%

Fuente: Direcciones Regionales de Sucursales y Dirección de Inspección.

Durante el 2016, respecto a las solicitudes pendientes, se logró un cumplimiento del 99.8% en la meta establecida por el nivel central y de un 89,2% a nivel nacional. En la meta de casos resueltos, se superó la meta establecida.

En el siguiente cuadro, es posible apreciar que el total de solicitudes pendientes atendidas a nivel nacional, se alcanzó las 26.843 solicitudes, mientras que el total de casos resueltos fue de 77.200.

CUADRO 2. Servicio de Inspección
Casos resueltos y solicitudes pendientes atendidas
 Por Dirección Regional. Año 2016.

Dirección Regional de Sucursales	Cantidad Casos Resueltos	Cantidad Solicitudes Pendientes Atendidas
Dirección de Inspección	29,122	11,751
Central	15,682	7,742
Huetar Norte	15,061	3,195
Chorotega	6,718	1,640
Huetar Atlántica	5,709	1,489
Brunca	4,908	1,026
Total General	77,200	26,843

Fuente: Direcciones Regionales de Sucursales y Dirección de Inspección.

Cabe indicar que cada región es diferente, en ese sentido, la magnitud de la capacidad instalada y la cantidad de funcionarios están en función de la extensión territorial y la dispersión de las actividades productivas, entre otras variables.

b. Desarrollo e innovación tecnológica

Comprende el desarrollo de diversas acciones del Servicio de Inspección en materia tecnológica, enfocando la labor en facilitar el trabajo de campo de los Inspectores. El porcentaje de avance a diciembre 2016 fue de 98,3%. Las principales acciones contempladas en este rubro son:

La conceptualización de las propuestas de mejora al Sistema Institucional para la Gestión de Inspección (SIGI).

Implementación de dispositivos electrónicos para la mejora en la gestión: se logró concluir con el estudio y evaluación de factibilidad operativa, requerido para iniciar con la incorporación de dispositivos electrónicos a la labor de campo.

Acceso de fuentes de información: Con base en el convenio con el Ministerio de Hacienda se realizó la entrega de 50 claves de acceso al Servicio de Inspección, para que consulten la información que tiene el Sistema Integral de Información de la Administración Tributaria (SIATT), que les servirá de insumo en el proceso investigativo de la labor que se efectúa.

c. Mejora en la gestión de procesos

Durante el 2016, se llevaron a cabo dos campañas preventivas para el control de la evasión de patronos y trabajadores independientes por medio del Centro de Llamadas: se utilizaron mensajes de correo electrónico, mensaje de texto (SMS) y mensaje de voz, logrando la comunicación con 5.006 patronos y 7.850 trabajadores independientes. Los principales beneficios de este tipo de iniciativas, fueron informar a patronos y trabajadores Independientes sobre temas como

la obligatoriedad de los seguros sociales y su responsabilidad como contribuyentes. Además, constituye una herramienta complementaria al proceso de fiscalización.

d. Otras acciones realizadas durante el 2016

Durante el 2016, se incorporaron también otra serie de medidas para fortalecer la gestión. Algunas de estas acciones son:

i. Capacitación de alto nivel con la Escuela Nacional Superior de Seguridad Social (EN3S) de Francia

Esta iniciativa, concebida como un proyecto de cooperación, busca asesoría técnica para potenciar los servicios de Aseguramiento y Fiscalización de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), dando principal atención en técnicas y herramientas para el control de la evasión, el uso de nuevas tecnologías y el análisis de datos para la mejora de los servicios al usuario. En acuerdo de Junta Directiva, el Servicio de Inspección recibió la aprobación para este proyecto de cooperación técnica entre Costa Rica y Francia, denominado “Buenas Prácticas para el Control de la Evasión en Costa Rica”.

El proyecto se estructuró en las siguientes tres etapas:

Etapas I: Visita de expertos franceses a Costa Rica, llevada a cabo en el mes de setiembre de 2016. Se coordinó la visita y la presentación de expertos franceses para realizar presentaciones magistrales, apoyadas con trabajo práctico y diagnóstico, referentes a las buenas prácticas para el control de la evasión. Esta capacitación no solo permitió fortalecer la labor de fiscalización, sino que identificó temas de importancia en materia de evasión, recaudación y cobro de las obligaciones con la Seguridad Social, así como la selección y formación de los inspectores.

Etapas II: Visita de expertos costarricenses a Francia: Esta fase consistió en la visita de funcionarios de la CCSS a la Escuela Francesa de Seguridad Social, del 14 al 18 Noviembre de 2016. Su objetivo fue realizar sesiones de trabajo para compartir experiencias relacionadas con los procesos de fortalecimiento de la Seguridad Social, experiencias de implementación de tecnologías y buenas prácticas en países desarrollados. Permitiendo obtener modelos que sirvan de base para realizar propuestas de mejora a la gestión de Inspección.

Etapas III: Propuestas de mejora a la Gestión del Servicio de Inspección. Completadas las etapas anteriores, los funcionarios designados por el Servicio de Inspección realizarán propuestas de mejoras que permitan modernizar la gestión del Servicio de Inspección y aplicar las experiencias, así como los conocimientos obtenidos en este proceso de capacitación. Cada una de las acciones realizadas como parte de este proyecto, permiten robustecer la gestión, mediante el impulso e implementación de propuestas de mejora para la fiscalización, control de la evasión y formación del personal, así como el desarrollo de procesos de modernización y actualización de sistemas de información.

ii. Implementación a la Gestión del Índice Compuesto de Indicios de Evasión

Se ha elaborado el Índice Compuesto de Indicios de Evasión, integrando un proceso analítico, a partir de seis dimensiones de generación de conocimiento que incluyen a patronos subdeclarantes, trabajadores subdeclarados, patronos activos e inactivos morosos y denuncias patronales. El objetivo fue crear una sola medida que contemplara los comportamientos típicos de un patrono evasor, a través de un índice estadístico que pueda determinar los indicios de evasión por región geográfica. Esto permite priorizar la gestión en casos.

Asimismo, se elaboró un atlas geográfico con el objetivo de crear un instrumento que facilite la georreferenciación de la labor de inspección. Dicho Atlas está conformado por 95 mapas, los cuales permitirán a los Inspectores acceder y consultar los diferentes sectores y puntos referenciados, logrando incrementar la eficiencia y mejorar la labor de fiscalización que se realiza a nivel nacional.

1.2 Coberturas Especiales

Los principales resultados que han contribuido al fortalecimiento institucional desde el ámbito económico, procedimental y regulatorio, se muestran a continuación:

a. Desarrollo de actividades estratégicas para el cumplimiento efectivo de la Regulación y la Normativa Técnica.

Durante el año 2016, se realizaron 57 actividades de capacitación, mediante las cuales 1,407 funcionarios fueron actualizados en materia de regulación técnica y normativa. Por su parte, para el tema de Coberturas del Estado se realizaron 38 actividades de capacitación a distintos establecimientos de salud a nivel nacional, inclusive a funcionarios de otras instituciones como la Defensoría de los Habitantes, la Asesoría Nacional de Trabajo Social, el Colegio de Trabajadores Sociales y la Universidad de Costa Rica. En total se brindó capacitación en materia de Coberturas del Estado a 967 personas.

b. Estrategia Institucional para el abordaje de casos por Riesgos Excluidos y Coberturas del Estado.

i. Gestión de identificación y recuperación de costos por atención de riesgos excluidos y coberturas al estado:

Desde la labor de rectoría y monitoreo continuo de la identificación, registro, facturación y liquidación de las atenciones brindadas a lesionados cubiertos por riesgos excluidos del Seguro de Salud, se ha impactado directamente en el incremento de los montos facturados y su recaudación, así como también en la mejora de los controles que las áreas médico y administrativas llevan adelante, procurando así identificar y facturar la totalidad de las atenciones que se prestan a este tipo de usuarios. Esto se asocia directamente con el tema de Salud Pública mediante la diferenciación de las atenciones, y con el incremento del monto recuperado por la facturación que se realiza al Instituto Nacional de Seguros.

De lo anterior, destaca la labor realizada de concienciación mediante capacitaciones y asesorías dirigidas al personal médico y administrativo involucrado en el macro proceso de recuperación de costos por atenciones brindadas a los pacientes que han sufrido riesgos excluidos. En el siguiente cuadro se muestra el registro de la facturación y recaudación desde el año 2012, en el que se refleja un aumento sostenido en ambos rubros, tanto así que en el año 2016, el monto facturado fue de ¢30,515.4 millones del cual se logró recuperar la cifra de ¢17,098.6 millones, correspondiente a un 56% de recuperación.

CUADRO 3. Evolución del gasto SOA-SRT
Periodo 2012-2016. Montos en millones de colones

Año	Facturado	Recuperado	% Recuperado
2012	13.810,7	5.159,5	37,4%
2013	18.179,1	11.382,9	62,6%
2014	21.618,3	12.017,3	55,6%
2015	26.229,2	15.100,0	57,6%
2016	30.515,4	17.098,6	56,0%

Fuente: Registro de Facturas por Servicios Médicos, Módulo MIFRE

En cuanto a la facturación al FODESAF, correspondiente al cobro de aseguramientos con cargo al Estado, durante el año 2016, se realizaron cuatro facturaciones trimestrales con el resultado de 155.050 núcleos familiares con el beneficio del Seguro de Salud, lo cual representa una transferencia de fondos a la Institución cercana a los ¢48.028 millones.

CUADRO 4. Facturación al Estado
Ley 7374 en concepto de atención a indigentes, Periodo 2016
Monto en millones de colones

Mes	Registros	Costo
Enero	147.005	4.364,4
Febrero	146.828	4.359,8
Marzo	146.960	4.363,6
Abril	153.629	4.561,7
Mayo	151.057	4.485,3
Junio	151.942	4.511,6
Julio	153.221	4.549,5
Agosto	155.613	4.456,6
Setiembre	155.050	4.469,7
Octubre	153.492	4.580,4
Noviembre	154.733	4.617,4
Diciembre	155.086	4.627,9
Total		48.028,1

Fuente: Sistema EDUS/SIAC, Módulo de Seguro por el Estado

Nota: No se totaliza la cantidad de registros pues son acumulados, el último trimestre es estimado la cantidad de registros y el total del costo

ii. Participación en la estrategia Puente al Desarrollo:

Como estrategia en el pilar de combate a la pobreza extrema, el Área de Coberturas del Estado y la Dirección de Planificación Institucional han coordinado en conjunto con la Segunda Vicepresidencia de la República y el IMAS, para identificar núcleos familiares en pobreza extrema que califiquen para el beneficio del Aseguramiento por cuenta del Estado. Durante el año 2016, se aprobaron 9.716 nuevos casos y se cierra el año con un total acumulado de 13.568 núcleos familiares con el beneficio del aseguramiento.

II. Recaudación y Cobros: Recaudación física, virtual y Cobros

2.1 Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE)

Le corresponde llevar el registro de los afiliados y ejercer el control de los aportes para el Seguro de Salud, el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, el Régimen de Pensiones Complementarias, los Fondos de Capitalización Laboral y las cargas sociales. Durante el año 2016, el propósito fundamental fue fortalecer las capacidades operativas, técnicas y de organización, para atender las responsabilidades que le confiere la Ley de Protección al Trabajador (LPT) y la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, fomentando la innovación y la eficiencia de sus procesos.

Los hechos más relevantes en relación con su quehacer, fueron los siguientes:

a. Facturación de Cuotas y Aportes obrero patronales

La Institución recauda cuotas y aportes para los seguros de Salud y Pensiones, para el Fondo de Capitalización Laboral, para el Régimen Obligatorio de Pensiones Complementarias, así como las cuotas que se recaudan mediante convenios al Instituto Nacional de Aprendizaje, al Instituto Mixto de Ayuda Social, a las Asignaciones Familiares y al Banco Popular. Para gestionar la recaudación, de previo se procede con la facturación en el sistema, la cual para el año 2016 alcanzó ₡3.137.598,5 millones, donde el 47% corresponde al Seguro de Salud, 21% al Seguro de Pensiones, 17% a aportes a la LPT y 15% a cuotas de Otras Instituciones.

La facturación que se realiza en Oficinas Centrales es la más representativa, alcanzando en términos relativos un 63% de la facturación total, seguida de las sucursales pertenecientes a la Dirección de la Región Central, con un 21% del total.

b. Distribución de Aportes LPT a Operadoras de Pensiones.

De acuerdo con lo definido por la LPT, corresponde al SICERE remitir de forma semanal, a las Operadoras de Pensiones, los dineros recaudados por concepto de aportes del Fondo de Capitalización Laboral (FCL) y del Régimen Obligatorio de Pensiones Complementarias (ROPC).

Durante el año 2016, se individualizaron y distribuyeron en total ¢408.595,2 millones en las cuentas individuales de los trabajadores en sus correspondientes Operadoras de Pensiones, de los cuales ¢285.469,2 millones fueron del FCL y ¢123.126,1 millones del ROPC.

c. Traslados de Afiliados entre Operadoras de Pensiones.

Durante el año 2016, se aplicaron 83,877 traslados de afiliados (libre transferencia) entre Operadoras de Pensiones a través de la Oficina Virtual del SICERE.

d. Atención y comunicación con usuarios.

Para interactuar con patronos y asegurados se utiliza el Perfil Facebook de SICERE, el cual actualmente tiene 7,099 personas registradas, y el Centro de Contacto SICERE, que utiliza medios como la vía telefónica, correo electrónico y chat en Línea, brindándole atención a sus trámites y servicios de manera ágil y oportuna, en 2016 en total se atendieron 77,597 gestiones.

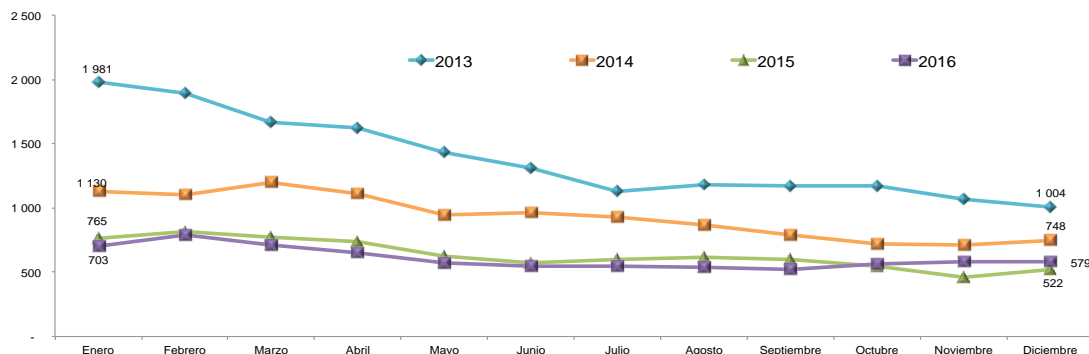
e. Mejoramiento en la calidad de información.

- i. Disminución de inconsistencias en la cuenta individual: uno de los logros importantes en calidad de datos, fue la labor desarrollada para mejorar la información que se remite a la Cuenta Individual para el Seguro de Pensiones. Se desarrolló un sistema de trabajo orientado a detectar todo caso referente a los cotizantes tanto de asegurados voluntarios, trabajadores independientes o de asalariados, en sus diversos tipos de facturación.

De manera comparativa, durante el 2015, se corrigieron 23,343 registros inconsistentes, mientras que en el 2016, se logró disminuir en el orden del 52.33% esa cantidad, finalizando el año en poco más de los once mil casos, evidenciando el trabajo realizado y la eficacia de los requerimientos elaborados para el sistema.

- ii. Actualización de datos de personas del Registro Civil en el SICERE: por medio de la colaboración que se recibió del Tribunal Supremo de Elecciones (TSE), se logró automatizar el proceso, mediante la conexión directa con base de datos del Registro Civil y la carga de los archivos de los padrones correspondientes a Nacimientos, Defunciones y Electoral. Para el año 2016, se reportó un total de 1.074 casos, cantidad menor a lo reportado en el 2015 con 1.394 casos.
- iii. Corrección de Registros Erróneos: Se evidencia la disminución progresiva desde el año 2013 y la consecuente estabilidad alcanzada en el 2016, en la identificación y corrección de registros erróneos, donde el segundo semestre se reportaron menos de 600 errores. Esta importante labor, permite acreditar de forma correcta las cuotas y aportes de los trabajadores. Como se observa en el siguiente gráfico, se registra un comportamiento descendente de registros erróneos, lo que demuestra de manera positiva, la gestión que se realizó durante el año 2016.

GRÁFICO 1. Incidencia de registros erróneos
Sistema Centralizado de Recaudación, Comparativo 2013-2016



Fuente: Sistema Centralizado de Recaudación, CCSS.

2.2 Gestión Cobratoria

La gestión cobratoria institucional aplica diferentes instrumentos administrativos y legales de cobro, con el fin de controlar el comportamiento y crecimiento de la morosidad tanto a patronos como a trabajadores independientes. En cuanto a la morosidad, la Administración gestiona los adeudos en tres etapas, las cuales corresponden al cobro preventivo, administrativo y judicial.

1. Cobro preventivo

El Centro de Llamadas utiliza una plataforma tecnológica sistematizada de gestión cobratoria por la vía telefónica. En el 2016, se realizaron 24 campañas de cobro preventivo, informando el monto facturado por mes tanto de patronos como de trabajadores independientes, a través de las llamadas automáticas con mensaje programado.

2. Cobro administrativo

- Centro de llamadas de cobro: se interactúa con el patrono o trabajador independiente moroso, lográndose realizar 147.704 llamadas telefónicas gestionando la recuperación de estos adeudos con la seguridad social.
- Avisos de cobro: una vez finalizada la fecha límite de pago de las facturas de los patronos y trabajadores independientes y conformes la estrategia de cobro implementada por la Institución, de enero a junio 2016, se logró notificar un total de 25.965 avisos de cobro, documento donde se informan las deudas pendientes de pago.
- Programa Estratégico de Gestión Cobratoria (PEGC): es un programa diseñado para las Direcciones Regionales de Sucursales, cuyo objetivo es gestionar el cobro de forma focalizada sobre adeudos patronales y de trabajadores independientes, que estén adscritos en las diferentes sucursales distribuidas a nivel nacional y que permite un mayor control y seguimiento de la morosidad de estas dos poblaciones. Durante el 2016 de enero a setiembre, se logró una recuperación de ¢13.658 millones.

- d. Procedimientos de Cierre de Negocios: el artículo 48 de la Ley Constitutiva establece la facultad de la Caja de ordenar como una sanción administrativa, el cierre del establecimiento, local o centro donde se realiza la actividad del patrono cuando exista mora por más de dos meses en el pago de las cuotas. En la práctica, este tipo de sanción ha resultado muy provechosa para la Caja, pues los patronos optan por cancelar lo prevenido o normalizar la deuda por medio de una adecuación de pago al cierre material del negocio. A octubre 2016, se gestionaron 4.575 procedimientos de Cierre de Negocios por mora, con lo cual se generó una recuperación de ¢5.158 millones. Los cierres materializados fueron 149 en ese mismo periodo.
- e. Información de morosidad (artículo 74) en la Página Web de la CCSS: el artículo 74 de la Ley Constitutiva de la Caja, establece la obligatoriedad a los patronos y las personas que realicen total o parcialmente actividades independientes o no asalariados, estar al día en el pago de las cuotas para realizar una serie de trámites en las Instituciones públicas. En este sentido, es que las unidades de cobro tienen dentro de sus funciones la emisión de certificaciones de patrono al día cuando así lo requiera una persona física o jurídica, en la sede central. Durante el 2016, se emitieron 158.638 certificados.

Adicionalmente, la Caja ofrece la posibilidad a las instituciones públicas de solicitar un usuario y clave para emitir este tipo de documentos. A diciembre 2016 había 145 instituciones del Estado con 1.979 usuarios activos, los cuales durante este periodo emitieron 47.639 certificaciones por medio de este servicio.

- f. Adecuaciones de pago: la adecuación de deuda es un mecanismo administrativo que permite a los patronos y/o trabajadores independientes normalizar su situación de morosidad con la Institución. Se tienen los siguientes resultados para el 2016: formalización de 169 arreglos y 9.185 convenios de pago por montos de ¢894 millones y ¢23.875 millones, respectivamente, para un gran total de 9.354 adecuaciones de pago por un monto de ¢24.769 millones.

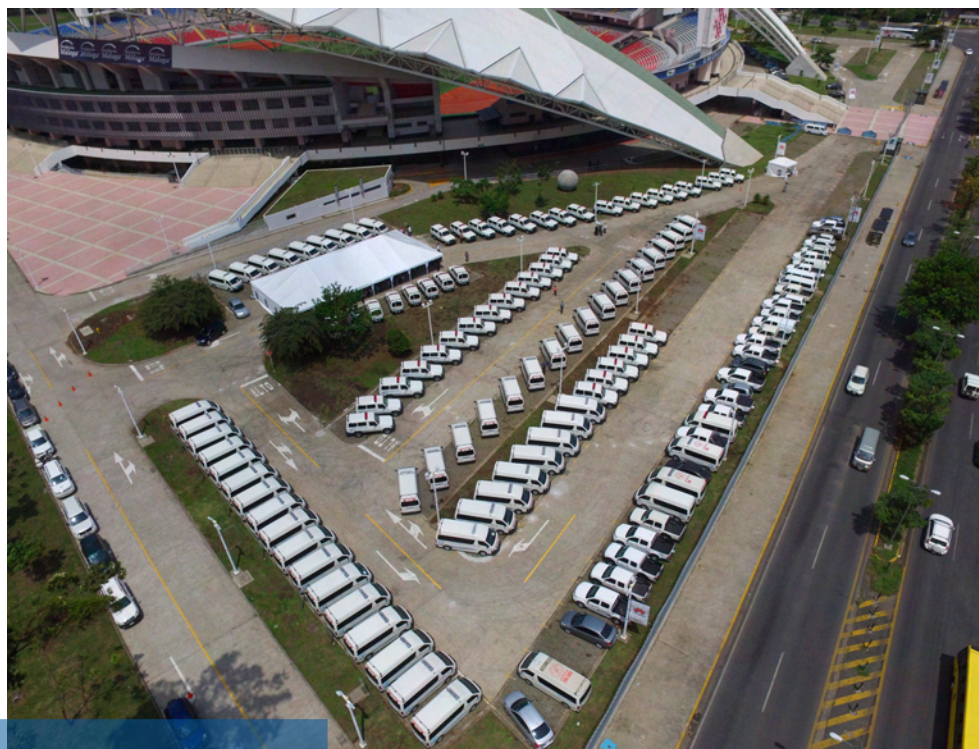
3. Cobro judicial y gestión penal

Cuando el patrono no cancela a la Caja el monto de las cuotas obreras y patronales, una vez notificadas, se procede a demandar por la vía civil o penal, con el fin de recuperar por medio de estas vías las sumas dejadas de pagar por los patronos morosos. Producto de una aplicación más oportuna y apropiada de estos instrumentos legales de cobro, así como un mayor control de las gestiones, se logró obtener a diciembre 2016, un 82,8% de la cartera de patronos en cobro judicial. Por otra parte, se alcanzó denunciar penalmente el 90,7% de las deudas por cuotas obreras, por el delito de retención indebida, dado el incumplimiento de los patronos del artículo 45 de la Ley Constitutiva de la CCSS.

Resultados de la gestión cobratoria

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

- a. Producto de las gestiones cobratorias y estrategias definidas a nivel nacional, se tuvo en el 2016, una recuperación de ¢320.992 millones, por cuotas obrero-patronales y aportes de la Ley de Protección al Trabajador.
- b. Se tienen resultados satisfactorios en el indicador de morosidad patronal, el cual corresponde a la comparación de la morosidad que se acumula en un año con respecto a la facturación del mismo periodo. Para el año 2016, este indicador fue de 0.59%, mientras que en el año 2015 cerró en 0.73%. Asimismo, en los últimos 5 años se ha mantenido por debajo del 1%, porcentaje que se ajusta a la meta establecida en el Plan Estratégico Institucional.



Un total de 111 ambulancias se distribuyeron entre las diferentes áreas de salud y hospitales, ubicados en diversos puntos de la geografía nacional.

Administración Financiera

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

3.1 Gestión Financiera

Las principales acciones sustantivas en esta materia se detallan brevemente a continuación:

a. Situación financiera del Seguro de Salud, cumplimiento de reservas de corto plazo, saldo final de caja y situación de pago a proveedores.

Con respecto a la situación financiera del Seguro de Salud, seguidamente se muestra el flujo de efectivo al 31 de diciembre del 2016, el cual finalizó con un saldo final de caja ₡117.502 millones.

CUADRO 5. Flujo de efectivo del Seguro de Salud
Del 01 de enero al 31 de diciembre del 2016.
En millones de colones

CONCEPTO	REAL
Ingresos:	
Recaud. Planillas y otros	2,179,392
Menos: Instituciones y OPC	982,399
Recaudación Neta	1,196,993
Cuotas del Estado	586,263
Atención Médica Pensionados	93,096
Otros Ingresos	89,531
Convenio Pago Deuda del Estado	7,800
Reservas de liquidez	350,897
TOTAL DE INGRESOS	2,324,580
Egresos:	
Egresos salariales	1,045,160
Recaudación de IVM por SINPE	153,422
Proveedores	583,410
Otros Egresos	13,166
Reserva de Liquidez	491,888
TOTAL DE EGRESOS	2,287,045
Dif. Ingresos - Egresos	37,535
Saldo Inicial Caja	79,967
Saldo Final de Caja	117,502
Saldo Mínimo de caja requerido	45,300
Excedente	72,202

Es importante indicar que para el Seguro de Salud se requiere de un saldo mínimo de caja de ¢45.300 millones para iniciar el periodo del 2017, por lo que el saldo final obtenido comprende un excedente que puede ser destinado a satisfacer distintas necesidades.

b. Provisiones del Seguro de Salud.

Para el cierre de 2016, las provisiones de corto, mediano y largo plazo, se mantienen en una cartera de inversión por ¢422.481,1 millones, los cuales fueron aprovisionados para hacerle frente a los diferentes proyectos del Seguro de Salud, tal y como se muestra a continuación:

CUADRO 6.
Distribución del Portafolio de Inversiones del Seguro de Salud
Al 31 de diciembre de 2016

Concepto	Dólares	Colones	Total	% Part.
Red Oncológica	40	1,890	23,557	5.6%
Ley del Tabaco		78,089	78,089	18.5%
Provisiones Salariales		181,827	181,827	43.0%
Plan Innovación Financiera		23,892	23,892	5.7%
Plan de Contingencias		15,000	15,000	3.6%
Fideicomiso		52,426	52,426	12.4%
Financiamiento para Infraestructura		45,332	45,332	10.7%
Garantías Ambientales	0.003	104	105	0.0%
Bonos Bananeros (Corbana)	0.357		195	0.0%
Centro Siquiátrico Penitenciario		2,058	2,058	0.5%
TOTAL	40	400,618	422,481	100.0%

Tipo de Cambio: Compra del 30-09-201

c. Pago de proveedores.

Se procesaron 112,466 transacciones para el pago de compras, bienes y servicios a proveedores institucionales, por la suma de ¢503.428 millones, desglosados en ¢302.966 millones para Pago de Bienes y Servicios locales, ¢181.642 millones para Fondos Rotatorios de Operación y ¢18.820 millones para exterior.

Debe señalarse que la situación de pago a proveedores se mantuvo al día durante todo el año 2016 y se proyecta continuar así durante el periodo 2017, de modo que cualquier atraso sería originado por razones de carácter administrativo, tales como el proceso de contratación o normativa, o bien, a ajustes presupuestarios efectuados por la unidad contratante, pero no por la falta de recursos frescos para el pago de estas obligaciones.

d. Pago de incapacidades

Según el Sistema Registro Control, Pago de Incapacidades (RCPI), se tramitó durante el período 2016, un total de 1.051.807 casos, correspondientes a ¢82.711,9 millones, según el siguiente detalle:

CUADRO 7. Pago de Subsidios
Al 31 de diciembre de 2016.
Millones de colones

Enfermedad	Maternidad	Accidente de Transito	Fondo Mutual	Fase Terminal	CASOS	TOTALES
59,375.7	16,758.3	3,888.0	1,215.9	1,474.1	1,051,807	82,711.9

e. Recaudación Externa

El programa de recaudación externa ofrece a los patronos, asegurados voluntarios y trabajadores independientes, la posibilidad de cancelar sus obligaciones con la seguridad social, en entidades y/o empresas públicas y privadas, ajenas a las sedes de Oficinas Centrales y Sucursales, con accesibilidad en el territorio nacional. Actualmente, el proceso de recaudación de las cuotas obrero patronales, trabajador independiente y asegurado voluntario, se realiza en un 80% a través de los canales de recaudación externa (Agentes Recaudadores Externos y SINPE).

Actualmente, a nivel de los agentes recaudadores externos, se dispone de una red de 5.348 puntos de pago, aproximadamente, distribuidos en todo el territorio nacional. Por este medio se percibe más de la mitad de los ingresos por cuotas y su ritmo de crecimiento promedio es de 10.3% anual, montos que comprenden tanto las cuotas de los seguros de Salud y Pensiones así como los aportes a Operadoras, INA, IMAS, ASFA y Banco Popular.

Con el fin de fortalecer este proceso, se amplió del horario de conexión entre la CCSS y los agentes recaudadores externos para la recepción de pagos y se ha realizado mejoras en la plataforma tecnológica que brinda soporte al servicio de recaudación externa, reduciendo los tiempos de respuesta y conexión para el acceso a las facturas que se presentaban debido al alto volumen de pagos, el cual a noviembre supera los 275,000 casos por mes.

f. Recaudación por cargo automático y tiempo real en sitio Web

La Institución ha puesto a disposición de los asegurados la herramienta Autogestión Planilla en Línea, la cual utiliza la plataforma de servicios en tiempo real del Sistema de Pagos Electrónicos (SINPE) del Banco Central de Costa Rica. A través de este sistema, se cancela de forma ágil, segura y eficiente los diferentes tipos de recibos y facturas ordinarias, tanto de forma manual como automática, así como los recibos especiales facturados por la Institución por concepto de planillas adicionales, cuotas de arreglo y convenios de pagos, subsidios y servicios médicos.

Este sistema ha recaudado a diciembre 2016, el 31% del total de ingresos por facturas ordinarias y especiales, alcanzando un monto de ¢ 997.679,4 millones, cuyo ritmo de crecimiento durante el periodo 2011-2016, ha sido en promedio del 13%.

g. Estudios de Costos

Cabe destacar el desarrollo de estudios que determinan el valor económico de procedimientos médicos de mayor recurrencia y que en algunos casos por ser aplicados a pacientes cuyos patronos están morosos, por pacientes que no cuentan con ningún tipo de seguro o porque son atenciones por accidentes de tránsito o de trabajo que cuentan con póliza y deben ser remitidos al INS, esas atenciones requieren ser cobradas, recurriendo a estos costeos para proceder a realizar los trámites administrativos de cobro ante el ente asegurador.

El Modelo Tarifario es el documento que acumula los estudios de campo realizados para estimar el costo de estos procedimientos y se mantiene en constante actualización y desarrollo de nuevos procedimientos. El modelo cuenta con más de 1400 procedimientos costeados, durante el año 2016 se ingresaron 6 procedimientos nuevos que se realizan por su complejidad y recurrencia, entre los que se pueden mencionar:

- Estimación del costo de la implementación del programa de Fertilización in Vitro en la Caja,
- Costo que incurre la institución en la Unidad de cesación de fumado,
- Determinación del costo del examen diagnóstico: "mamografía",
- Costo de la atención en Maternidad en el CAIS de Desamparados
- Estudio sobre costos de Campos Clínicos.

h. Conciliación de la deuda del Estado

En este periodo se llevó a cabo el proceso de conciliación de las cifras de las obligaciones por concepto de Código de la Niñez y la Adolescencia y Leyes Especiales. Los periodos que abarcaron dicha conciliación fue la siguiente: para Código de la Niñez y la Adolescencia, comprendió del 01 de Enero de 2008 al 31 de diciembre 2015, y para Leyes especiales, su alcance fue del 01 de Julio 2011 al 31 de Diciembre 2015.

El proceso en mención constituyó el insumo principal para que los niveles superiores de la Institución suscribieran con el Ministerio de Hacienda el "*Convenio de pago de adeudos por concepto del aseguramiento del Código de la Niñez y la Adolescencia y Leyes Especiales, entre el Ministerio de Hacienda y la Caja Costarricense de Seguro Social, al 31 de diciembre de 2015*" por la suma de ¢228.025,9 millones.

En línea con lo anterior, se procedió a efectuar los cálculos por intereses de la deuda negociada, primer los correspondientes al período del 01 de Enero de 2016 al 21 de abril de 2016, por la suma de **¢3.717,6 millones**, posteriormente se efectuó el cálculo de los intereses correspondiente al período comprendido del 22 de abril de 2016 al 30 de junio de 2016, por la suma de **¢2.349,0 millones**. Finalmente, los días 26 de diciembre de 2016 y 10 de enero de 2017, el Ministerio de

Hacienda procede a la cancelación del cálculo efectuado de intereses por el período comprendido del 01 de julio de 2016 al 31 de diciembre de 2016, por un monto de ¢5,473.3 millones.

3.2 Fondo Retiro Ahorro y Préstamo

Después del realizado el periodo de elecciones para miembros titulares y suplentes en la Junta Administrativa de la representación laboral, realizadas en noviembre del 2016; inició una nueva gestión para continuar con el objetivo de sostenibilidad y equilibrio de los beneficios a largo plazo, tales como la Pensión Complementaria y el Capital de Retiro Laboral que reciben los funcionarios al momento de cesar labores con la Institución. Estos retos deberán estar orientados hacia modelos de gestión más eficientes en su administración; buscando una mayor accesibilidad; oportunidad y autogestión de los servicios que ofrece el Fondo de Retiro, Ahorro y Préstamos de los Trabajadores de la CCSS.

1. Fondo de Retiro de Empleados de la CCSS - Sostenibilidad y equilibrio de los beneficios de los trabajadores (Pensión Complementaria)

El Fondo de Retiro de Empleados de la CCSS (FRE) otorga beneficios en caso de invalidez, vejez y muerte, en función del número de años cotizados y también concede un beneficio en caso de separación. Al cierre del mes de junio del 2016, se registró un total de 53.383 trabajadores en la Institución, con un salario promedio de ¢1.012.922. Por otro lado, a la misma fecha, había 14.523 pensionados en curso de pago con un monto promedio de pensión de ¢138.317 en el caso de beneficios por jubilación, ¢44.683 para los pensionados por invalidez, ¢46.294 en el riesgo de viudez y ¢22.092 para los pensionados por orfandad.

a. Balance actuarial a largo plazo Pensión Complementaria:

De conformidad con el *“Reglamento Actuarial para los Regímenes de Pensiones creados por Leyes Especiales y Regímenes Públicos sustitutos al Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte”*, emitido por el CONASSIF, se presenta la Valuación Actuarial del Fondo de Retiro de los Empleados de la CCSS (FRE), con corte al 30 de junio del 2016.

El monto de la reserva para pensiones en curso de pago estimada al 30 de junio del presente año es de ¢208.805 millones.

La prima de equilibrio actuarial resultante es de 1,99% sobre los salarios ordinarios, considerando las reservas actuariales determinadas en la presente valuación.

CUADRO 8. Análisis de sensibilidad
Prima media escenarios Actuariales / FRE- 2016

Escenarios	Hipótesis			Prima media
	Real de inversiones	Incremento real salarios	Inflación	
Pesimista	3%	1,5%	6,5%	2,31%
Medio o base	4%	2,5%	5,5%	1,99%
Optimista	5%	3,5%	4,5%	1,73%

Fuente: Valuación Actuarial FRE / junio 2016

El cuadro muestra los resultados del análisis de sensibilidad del balance actuarial de las pensiones complementarias que administra el FRE, en el cual se considera el valor presente de los ingresos futuros, los montos de las diferentes reservas disponibles en el Fondo, así como el valor presente de los gastos futuros, bajo las hipótesis establecidas y con una revalorización del 50% de los montos de las pensiones sobre la inflación. En este caso se obtiene un superávit actuarial que asciende a un monto de ¢4.664 millones; dicho monto se obtiene considerando un período de proyección de 100 años. Además, uno de los resultados más importantes es el valor de la prima de equilibrio actuarial (bajo las hipótesis económicas, financieras y demográficas asumidas), resultó en un 1,99%.

b. Pensionados por riesgo:

En caso de que el trabajador cese su relación laboral con la Caja, se le otorga el beneficio de separación, que consiste en el traslado hacia la operadora de pensiones complementarias elegida el monto registrado en la cuenta contable individual, que incluye el porcentaje del aporte patronal sobre el salario ordinario y los rendimientos generados por las inversiones de dichos recursos, a partir del 1º de marzo del año 2001 o fecha posterior, según corresponda. Si un trabajador reingresa al servicio de la Institución, no se le reconocerán los años servidos en la Caja que fueron objeto de liquidación para el beneficio en caso de separación. La distribución de pensionados según riesgo, se detalla a continuación:

CUADRO 9. Cantidad de Pensionados -Por riesgo-
Al 31 de diciembre 2015-2016

Año	Riesgo				Total
	Invalidez	Vejez	Muerte	Otros	
2015	3.720	8.305	1.314	744	14.083
2016	3.722	9.149	1.358	723	14.952
% variación	0.05%	10.16%	3.35%	-2.82%	6.17%

Fuente: Estadística del Fondo de Retiro

En el cuadro anterior se resalta que el total de pensionados al 2016 alcanza la suma de 14.952 personas, de los cuales el mayor número de pensionados corresponde a los casos por vejez,

los 723 en Otros corresponden a casos por Hacienda o Magisterio. En relación con el aporte con que se financian estas pensiones, a diciembre 2015, alcanzó la cifra de ¢15.986,6 millones, mientras que en el 2016 fue de ¢15,392.3 millones.

El gasto en pensiones, han mantenido una tendencia creciente que alcanzó los ¢17.887,1 millones a diciembre 2015 llegando a un tope máximo por pensión de ¢318.787, mientras que para diciembre 2016 el monto acumulado llegó a ¢21.496,6 millones, el tope máximo no sufrió variación. El beneficio de pensión incluye el pago de un treceavo mes y la respectiva revalorización de los montos de las pensiones de conformidad con las condiciones inflacionarias, la situación financiera del régimen y las recomendaciones actuariales.

c. Estado de las reservas y su rentabilidad historia

Con respecto a las inversiones que se efectúan para la capitalización de los aportes, se presenta la distribución del portafolio de inversiones de FRE por sector al 31 de diciembre del 2016, donde el valor facial colonizado del portafolio de inversiones del FRE fue de ¢193,058.9 millones (incluyendo la cuenta corriente), su rendimiento nominal promedio ponderado fue del 7.66% (este rendimiento no contempla el monto de la cuenta corriente), y su rendimiento real neto fue de 6.83%. Se desglosa de la siguiente forma:

CUADRO 10. **Distribución de las inversiones por sector**
al 31 de diciembre 2016. En millones de colones

Año	Sector	Monto ¢	Particip.	% Según Política (*)
Dic-16	Público	111.075,9	57.5%	66.5%
	Resto del sector público	35.942,4	18.6%	34.0%
	Privado	45.204,0	23.4%	99.0%
	Cuenta corriente	836,6	0.4%	
	Total	193.058,9	100,0%	

* Porcentaje recomendado por la Superintendencia de Pensiones en el Reglamento de Inversiones de Entidades Reguladas (Art. 27 incisos a, b y c)
Fuente: Subárea Gestión de Inversiones

Del cuadro anterior se desprende que el Fondo acumula reservas colocadas mayoritariamente en el sector público (Gobierno y Banco Central) con un 57.5%. Por su parte, se destaca el hecho que la distribución de las inversiones se encuentra en estricto apego a lo establecido tanto en la Política de Inversiones del FRE, como en lo indicado en la normativa emitida por el Consejo Nacional de Supervisión del Sistema Financiero (CONASSIF) – (SUPEN; SUGIVAL; SUGEF).

Por otro lado, en los últimos ocho años también se ha mantenido un buen nivel en los rendimientos obtenidos por las inversiones del Fondo de Retiro, dado que la tasa promedio de retorno real de las inversiones para ese período asciende a un 4.73%. De la misma forma, la tasa promedio de rendimiento real histórica del portafolio de inversiones del Fondo, corresponde a un 5,03% durante el último quinquenio (años 2009 a 2016).

2. Fondo Ahorro y Préstamo Empleados CCSS – Gestión financiera

a. Número de trabajadores afiliados al FAP

El Fondo mantiene como miembros afiliados un total 19.772, lo cual representa aproximadamente un 37% de la población laboral activa de la Institución, esta cantidad de afiliados representa una disminución del 0.80% con respecto a la del periodo anterior.

b. Administración Financiera de los ahorros de los afiliados

Existe una gran confianza de los trabajadores afiliados al fondo que voluntariamente realizan de su salario ordinario un ahorro que va desde un mínimo del 5% de su salario hasta un 100%; todo lo anterior tomando en cuenta la normativa reglamentaria del fondo. Con el aporte voluntario del trabajador se crea y financia el fondo de ahorro y préstamo que se define a través del artículo 21 de la ley Constitutiva y de lo establecido por la Junta Administrativa del FRAP en el artículo 68, sesión N° 8516, celebrada el 07 de julio del 2011.

El ahorro voluntario que anualmente depositan en promedio los afiliados es de ¢4.927 millones, con una tasa de crecimiento promedio del 7.6% en los últimos periodos, lo cual es producto de la colectividad de todos los afiliados, generando las reservas respectivas para conformar carteras de crédito con interés fijos y diferenciados del mercado financiero. Los niveles de reservas y el ahorro adicional anual se puede observar en el siguiente cuadro:

CUADRO 11.
Nivel de Reservas Ahorros FAP -2010-2016
Cifras en millones de colones

Periodo	Monto	Variación absoluta	Variación %
2010	54,679	8,569	15.70%
2011	62,837	8,158	14.92%
2012	66,185	3,348	5.33%
2013	71,543	5,358	8.10%
2014	76,061	4,518	6.32%
2015	79,961	3,900	5.13%
2016	80,601	640	0.80%
Promedio		4,927	8.04%

Fuentes: Estados Financieros FAP/ Diciembre cada periodo

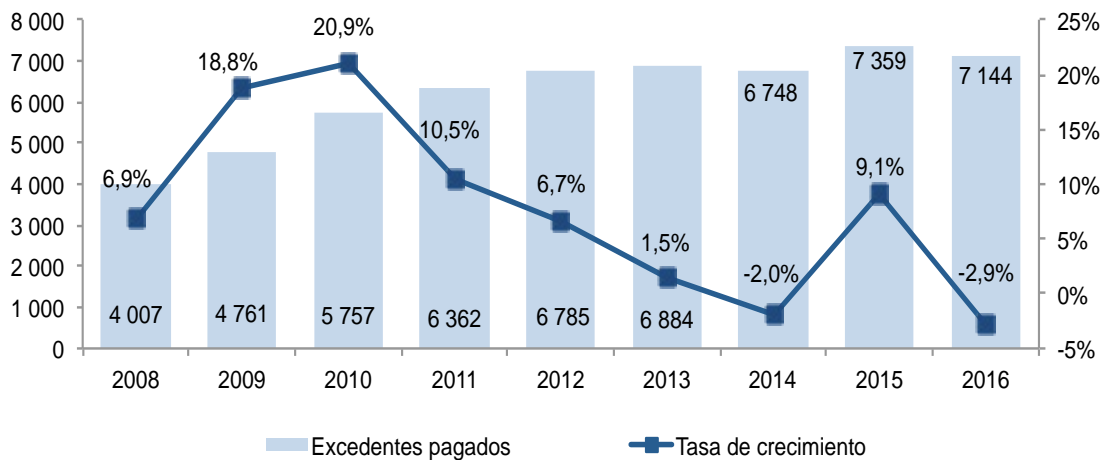
c. Niveles de distribución de Dividendos entre los afiliados al fondo

Con el afán de fortalecer el perfil de beneficios e incentivar la afiliación al Fondo, se distribuyen los excedentes anuales, generados por los intereses producto de las inversiones activas y pasivas de todas las operaciones financieras del Fondo Ahorro y Préstamo, dentro de estos

cabe rescatar los intereses de que las líneas de crédito; gestión de inversiones a corto y media plazo, entre otras.

En el gráfico se muestra un decrecimiento en la distribución de dividendos respecto al 2015, esto responde a una readecuación de carteras crediticias en las cuales hubo una ampliación de los plazos de deuda, provocando con esto un aumento en el acumulado de intereses por crédito pero que se diluye en un mayor plazo conforme se da la maduración de las carteras, además las condiciones dadas por el mercado financiero, el cual para el 2016, generó una tendencia de disminución en las tasas de interés de acuerdo con las condiciones macroeconómicas nacionales e internacionales.

GRÁFICO 2. **Distribución de excedentes afiliados fondo.**
Periodo 2008-2016. Montos en miles de colones



Fuente: Área Ahorro y Préstamo.

Asignación y Optimización de Recursos Financieros

El presupuesto institucional para el 2016 fue de ¢3 468 708,1 millones, donde ¢2 255 323,4 millones correspondieron al Seguro de Salud, ¢1 066 036,6 millones al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte y ¢147 348,0 millones al Régimen no Contributivo de Pensiones.

1. Ejecución del Presupuesto

En el cuadro siguiente se observan los ingresos recibidos y los gastos ejecutados para el año 2016:

CUADRO 12. **Ejecución presupuestaria** de los Seguros de Salud e Invalidez, Vejez y Muerte y Régimen no Contributivo de Pensiones Al 31 de diciembre de 2016. En millones de colones

Detalle	Salud	IVM	RNC	Total
Ingresos	2,267,817.6	1,092,013.6	157,576.5	3,517,407.7
Egresos	1,937,364.7	1,005,007.3	142,969.5	3,085,341.5
Diferencia	330,452.9	87,006.3	14,607.0	432,066.2

Fuente: Cuadros preliminares del Informe de Liquidación Presupuestaria del Seguro de Salud; Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y Régimen no Contributivo de Pensiones al 31 de diciembre del 2016.

Las contribuciones sociales constituyen la principal fuente de recursos para la Institución, tanto en el Seguro de Salud como en el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, las cuales crecieron en 2016, en términos generales un 6,4% y 6,5%, respectivamente. En el Seguro de Salud el sector público creció a tasas de 3.8%, mientras que el privado en 8.7%; para el Seguro de IVM el sector público mostró un crecimiento de 2.3% y el sector privado de 8.5%.

Debe tomarse en consideración que estos crecimientos se encontraron por encima de la inflación del año 2016, la cual fue de 0,77%, de modo que en términos reales las contribuciones aumentaron en 5,6% para el Seguro de Salud, y 5,7% para el RIVM.

2. Indicadores de gestión financiera del Seguro de Salud

Para el año 2016, los ingresos corrientes crecieron 10,3%, mientras que los egresos corrientes 5,3%, superando en 5 puntos porcentuales los ingresos a los egresos. Dentro de los indicadores de eficiencia presupuestaria sobresalió el porcentaje de ejecución para los ingresos totales con un 100,6%, debido principalmente a:

- El ingreso de ¢19 012,8 millones por concepto de intereses cobrados al Gobierno y a la Dirección de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (DESAF) relacionados con la cancelación parcial de la deuda con la institución.

- El ingreso de ¢64 115,0 millones provenientes de la DESAF para la atención de la población asegurada por el Estado.
- La incorporación de Recursos de Vigencias Anteriores por ¢314 115,2 millones, de los cuales ¢14 850,9 millones correspondieron al superávit libre y ¢299 264,3 millones al superávit específico.

CUADRO 13.
Indicadores de Gestión del Seguro de Salud
Al 31 de diciembre de 2015 y 2016

Indicadores	2015	2016
Eficiencia presupuestaria (Ejecución)		
Ingresos Corrientes	99,6%	98,7%
Ingresos Totales	106,8%	100,6%
Egresos Totales	90,0%	85,9%
Gasto en inversión		
Inversiones/Contribuciones	4,1%	4,6%
Solvencia Presupuestaria		
Egresos corrientes/ingresos corrientes	91,5%	87,4%
Indicadores de crecimiento		
Ingresos totales	12,8%	13,8%
Contribuciones totales	7,4%	6,4%
Egresos totales	8,3%	15,4%
Remuneraciones	7,3%	3,6%
Estructura del Gasto		
Remuneraciones/Egresos Totales	65,9%	59,2%

Fuente: Cuadros preliminares del Informe de Liquidación Presupuestaria del Seguro de Salud a diciembre de 2016 e Informe de Liquidación Presupuestaria a diciembre de 2015.

Para el 2016, los egresos corrientes representaron el 87,4% de los ingresos corrientes, este indicador ha disminuido, lo cual indica una mejora en las finanzas, al demostrar que los ingresos corrientes son suficientes para financiar los egresos corrientes, lo que ha permitido disponer de mayores fondos para las inversiones y el aprovisionamiento para el desarrollo de los proyectos de infraestructura definidos para los próximos años.

El indicador de estructura del gasto mide el costo de la planilla (incluidas las cargas sociales) en relación con los gastos totales. Para el 2016 fue de 59,2%, favorecido por el bajo crecimiento de las remuneraciones (3,6%).

3. Financiamiento de programas específicos

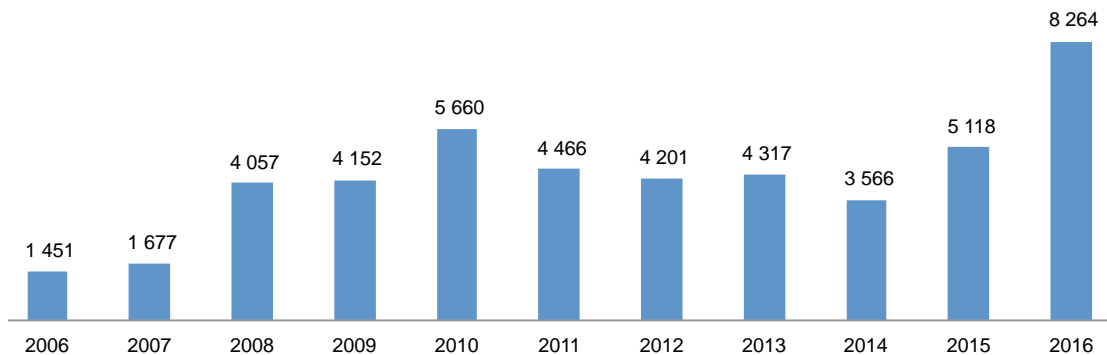
Dentro de los programas financiados en el periodo 2016 destacaron los siguientes:

a. Programa de vacunación

El gasto en vacunas mostró una tendencia creciente en los últimos años, presentando un aumento en el 2016 de ¢3 146.1 millones para un total de ¢8.263,9 millones. Como parte de este incremento se tiene que a finales del 2015, la institución asumió el compromiso de pago de la Vacuna Combinada Toxoide, vacuna que anteriormente era donada por el Ministerio de Salud, representando una erogación de más de ¢3 000 millones. También colaboró a este incremento el pago por ¢933,7 millones para la compra de la Vacuna Neumocócica Conjugada, la cual estaba reservada para el 2017. Asimismo, en el 2016, se incrementó la compra de vacunas de Influenza.

En el gráfico siguiente se presenta la evolución del gasto en vacunas:

GRÁFICO 3.
Inversiones en vacunas del Seguro de Salud
Periodo 2006-2016. En millones de colones.



Fuente: Subárea Gestión Administrativa y Logística de la Dirección de Aprovisionamiento de Bienes y Servicios.

b. Reforzamiento de los servicios

En el 2016, se crearon 623 plazas, con un costo de ¢7 687,4 millones (costo anualizado de ¢15 195,5 millones). En su totalidad, estas plazas se destinaron al Seguro de Salud, correspondiendo 599 plazas al programa Atención Integral de la Salud.

CUADRO 14.
Detalle de plazas creadas del Seguro de Salud
Año 2016

Descripción	Plazas	Participación
Médico Asistente Especialista	141	22.6%
Enfermera	88	14.1%
Méd. Asist. Esp. en Serv. Social	30	4.8%
Médico Residente	30	4.8%
Médico Asistente General	27	4.3%
Odontólogo	27	4.3%
Farmacia	26	4.2%
Psicólogo	16	2.6%
Laboratorio	11	1.8%
Microbiólogo	9	1.4%
Nutricionista	9	1.4%
Otros profesionales y técnicos en ciencias médicas	71	11.4%
Otros	138	22.2%
Otro personal de administración y apoyo	69	11.1%
Profesional	31	5.0%
Personal de redes	31	5.0%
Secretaria	7	1.1%
Total general	623	100.0%

Fuente: Bases de datos de la Dirección de Presupuesto.

Según dependencia, el más alto porcentaje de las plazas se destinó a las áreas de salud (27,3%, 170 plazas), seguido de los hospitales nacionales (18,0%, 112 plazas) y los hospitales regionales (15,4%, 96 plazas). Asimismo, se asignaron 75 plazas a la Gerencia Médica para reforzar los servicios de salud en las diferentes zonas del país (30 médicos especialistas en servicio social, 9 enfermeros, 9 psicólogos, 9 médicos asistentes generales, 9 trabajadores sociales y 9 asistentes de redes).

c. Financiamiento del proyecto Portafolio de atención oportuna a los pacientes en lista de espera

La Junta Directiva a través de varios acuerdos aprobó para el año 2016 una serie proyectos, con el objetivo de abordar y reducir las listas de espera, entre los cuales destacaron los siguientes procedimientos: cateterismo coronario, cirugía general, cirugía de catarata, oncología, ORL, ortopedia, urología, radiología (ultrasonidos y densitometrías), ginecología, estudios de resonancia magnética y lectura de reportes de mamografías.

En relación con este programa, durante el 2016, se ejecutaron ¢3 048,2 millones. Dentro de las unidades con una mayor ejecución se tienen: Hospital San Juan de Dios (¢900,5 millones)

Hospital México (¢695,1 millones), Hospital Calderón Guardia (¢470,0 millones) y Hospital San Vicente de Paúl (¢418,7 millones).

En el caso de la Gerencia Médica se ejecutaron ¢154,7 millones, los cuales se destinaron principalmente a ultrasonidos y mamografías.

d. Fortalecimiento de las inversiones y el mantenimiento

Para el año 2016 se ejecutó en el Seguro de Salud un monto total de ¢73 288,0 millones en bienes duraderos. Ese monto representó un crecimiento del 18,9% con respecto al gasto del año 2015 y un 4,6% de los ingresos por contribuciones. Del total ¢25 299,2 millones correspondió al gasto en Construcciones, adiciones y mejoras, con el cual se financió, entre otros proyectos, la rehabilitación para la puesta en marcha del Hospital Monseñor Sanabria, la construcción y el equipamiento del Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Escalante Pradilla y la construcción y el equipamiento de la sede área de salud de Barva.

Por su parte, en maquinaria, equipo y mobiliario se ejecutó un total de ¢46 384,5 millones, destacando la compra de Arcos en C para varias unidades, el equipamiento de la Sede de Ebáis de Carrizal, la sustitución del sistema central de aire acondicionado del Hospital Nacional de Niños y el reemplazo de elevadores de la torre principal del Hospital Tony Facio.

En el año 2016 se adquirieron 465 vehículos automotores. Dentro de estas compras se encontraron 53 ambulancias, 248 motocicletas, 141 camionetas y 23 de otros vehículos (camiones y microbuses).

Asimismo, se continuó con el Proyecto de implementación del EDUS (Expediente Digital Único en Salud), lo cual significó una ejecución de ¢3 726,3 millones, provenientes del Fondo Institucional del Proyecto EDUS.

Cabe destacar el crecimiento del 53,7% en el Portafolio de inversiones institucional de la Gerencia de Infraestructura, el cual pasó de una asignación de ¢39 203,0 millones en 2015 a ¢60 245,0 millones en 2016, resultado de los esfuerzos realizados para el mejoramiento de la infraestructura, el equipamiento y el mantenimiento de los bienes institucionales. Adicional a lo anterior, se incorporó un monto de ¢8 500,0 millones para el Fondo de Recuperación de Infraestructura (FRI). Dentro los principales proyectos financiados sobresalieron: el cambio de techo y obras complementarias del Área de Control y Protección Radiológica de la Dirección de Administración de Proyectos Especiales, la remodelación de quirófanos de la torre norte del Hospital Calderón Guardia y la ampliación del servicio de consulta externa del **área de salud** San Rafael.

Por otra parte, en 2016, se creó el Fondo de recuperación de equipo médico (FREM) por un monto de ¢5 000,0 millones. Entre los principales proyectos financiados con este fondo destacaron: la adquisición de una mesa de cirugía para Ortopedia en el CENARE, la compra de incubadoras neonatales en el Hospital San Rafael de Alajuela y la Torre Laparoscópica del Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla.

Adicional a los recursos anteriores, se constituyeron cuatro fondos, a saber: Fortalecimiento de infraestructura hospitalaria (¢23 717,6 millones), Plan de innovación tecnológica (¢19 990,0 millones), Renovación de equipo (¢15 000 millones) y Mantenimiento (¢7 000 millones). Estos recursos se invirtieron en títulos valores, con los cuales se aprovisionará el financiamiento de proyectos de inversión en infraestructura, equipamiento y el mantenimiento de la infraestructura y del equipo institucional.

Por otra parte, se incorporaron recursos por un monto total de ¢15 000 millones para la creación del Fondo institucional de contingencias, el cual tiene como objetivo la atención de daños sísmicos, inundaciones, entre otros, los cuales puedan afectar la atención de los servicios de salud. De este fondo se tomaron recursos para la atención de la emergencia vivida en el país ocasionada por el huracán Otto.



Trabajadores asalariados se registraron en la oficina virtual del SICERE en el quiosco que se instaló en Oficinas Centrales de la CCSS.



El Presidente de la República, Luis Guillermo Solís Rivera, la Primera Dama de la República, Mercedes Peña Domingo, y la doctora María del Rocío Sáenz Madrigal, presidenta ejecutiva de la CCSS, inauguraron la Unidad Coronaria del Hospital Calderón Guardia.



Gerencia de Infraestructura Y TECNOLOGÍA

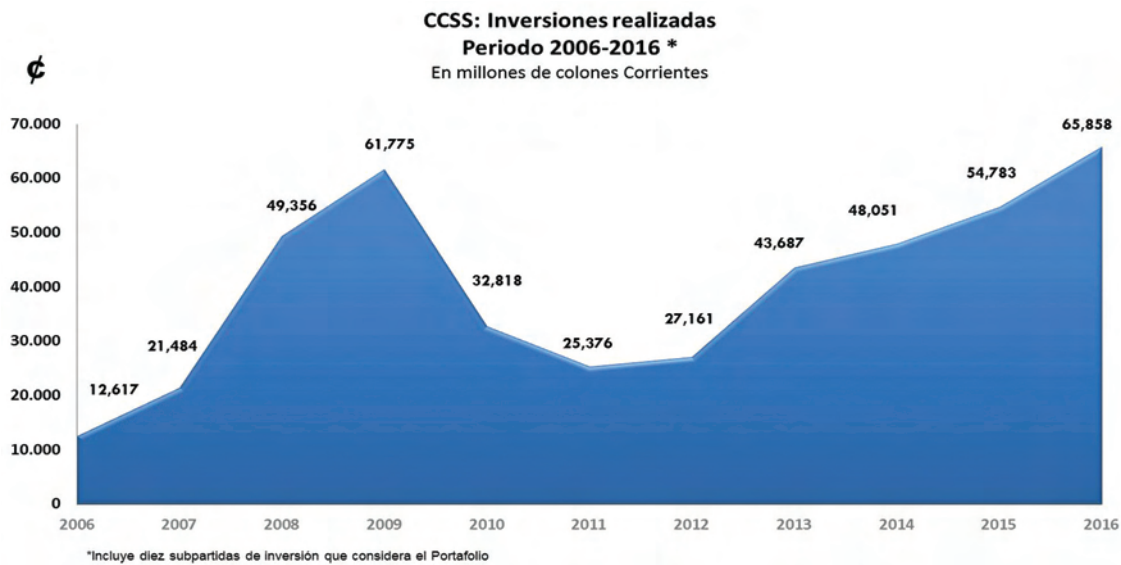
La Caja Costarricense de Seguro Social en el 2016 invirtió ¢65.858 millones, en nuevas instalaciones, mejorando y ampliando parte de sus edificaciones. En paralelo dotó de importante variedad de equipo médico, equipo industrial y tecnologías de información y comunicaciones que se caracterizan por su alto nivel de especialización y costo.

Las inversiones que realiza la CCSS son posibles gracias a las contribuciones de sus asegurados y a los recursos provenientes de otras fuentes de financiamiento. Acciones que permiten grandes transformaciones en los servicios y son posibles por el apoyo de las autoridades superiores y la gestión en los procesos requeridos en inversiones en salud, tanto del nivel local como del central.



Se trata de un esfuerzo permanente de optimizar la prestación integral de servicios en salud y pensiones, aumentando la capacidad resolutoria de los hospitales, clínicas y ebáis de la CCSS, contribuyendo de esta forma en la disminución de los índices de morbilidad y mortalidad, reducción de las listas de espera, mayor accesibilidad y comodidad de los usuarios de los servicios que brinda la Institución.

El siguiente gráfico muestra la evolución de las inversiones de la CCSS entre el periodo 2006 al 2016, las cuales permiten el mejoramiento continuo de los servicios e impactan positivamente la sociedad Costarricense, desde toda perspectiva tanto económica como en la calidad de vida en la población beneficiada.



Tal como se observa en el gráfico anterior, en el 2016, la CCSS continuó invirtiendo en edificaciones, equipos médicos y tecnologías de información, que buscan brindar más y mejores servicios para satisfacer las necesidades de la población.

Estas inversiones son consideradas como vector de desarrollo de la Institución, permitiendo cumplir con las políticas de seguridad humana y protección del patrimonio y además; contribuyen en el desarrollo económico y social del país, mediante acciones como la generación de empleo.

Infraestructura

Las inversiones en proyectos de infraestructura para la salud, además del edificio incluyen componentes fundamentales de equipamiento y tecnologías de información y comunicaciones. Como resultado de la gestión, la Gerencia Infraestructura y Tecnologías, en el 2016, logró desarrollar obras de mediana y alta complejidad, algunas se concluyeron, otras iniciaron la etapa de construcción, otros proyectos avanzaron en las etapas como: planificación, adquisición de terreno, diseño y contratación, entre los cuales se mencionan los siguientes:

Principales proyectos desarrollados:

• **Reforzamiento y construcción del nuevo servicio de hospitalización del hospital de la Anexión**

Proyecto finalizado. Se realizó la recepción del nuevo servicio de hospitalización en mayo 2016.

- Torre: 8.722 m²
- Reforzamiento: 7.272 m²
- Costo total aproximado: ¢19.610 millones.
- Monto ejecutado en el 2016: ¢5.519 millones.

En ejecución las áreas de la segunda fase del proyecto que incluyen: servicio de consulta externa, farmacia, laboratorio clínico y administración. Además, está en proceso la construcción del sistema de supresión de incendio del servicio de urgencias.

• **Nuevo Servicio de Medicina Nuclear, Spect CT, hospital San Juan de Dios**

Proyecto finalizado. Se realizó la recepción definitiva en junio 2016.

- Área: 318 m²
- Inversión total: ¢1.090 millones.
- Monto ejecutado en el 2016: ¢875 millones.

La nueva infraestructura cuenta con especialidades médicas tales como: Oncología, Neurología y enfermedades cardiovasculares, que permitan obtener diagnósticos sobre estadiaje y reestadiaje de tumores primarios residuales y recidivantes; en la valoración de riesgo, planeamiento y seguimiento de respuesta al tratamiento efectuado; en el diagnóstico, estadiaje, valoración y respuesta al tratamiento de la enfermedad de Parkinson y otras enfermedades neurodegenerativas así como en el diagnóstico y guía en el manejo de la enfermedad arterial coronaria.

El equipo de SPECT-CT de imagenología nuclear capaz de obtener imágenes híbridas con características funcionales (componente SPECT) y anatómicas (componente CT) a través de un mismo estudio. Es decir, con el SPECT-CT es posible llevar a cabo la adquisición y evaluación de estas imágenes al mismo tiempo en una sola sesión, ampliando así el marco de referencia del médico para ofrecer un mejor diagnóstico.

Las imágenes generadas por el SPECT poseen un alto contraste y las del CT cuentan una alta resolución espacial, esto significa que por medio de la fusión de ellas es posible diferenciar estructuras de pequeñas dimensiones. De tal forma, al unir ambos componentes en un solo sistema se cuenta con un equipo que genera imágenes capaces de ubicar cualquier estructura al interior del objeto de estudio (CT) y, simultáneamente, genera imágenes de alto contraste que muestran la capacidad fisiológica del órgano de estudio (SPECT).

Entre las ventajas de SPECT-CT está su versatilidad, ya que estos equipos pueden variar la posición angular de sus detectores adaptándose a diversas configuraciones, inclusive de ser necesario pueden tomar imágenes de un paciente encamado; además, el hecho que el equipo pueda ser usado como una Gammacámara convencional (cámara Planar), como un SPECT, o como un CT, le da una gran versatilidad de aplicación.

En el Hospital San Juan de Dios, el sistema híbrido SPECT-CT se utiliza con fines diagnósticos en el paciente oncológico tanto en el abordaje inicial, como en la evaluación de la respuesta terapéutica y la posterior vigilancia del enfermo; así como, en el perfeccionamiento de los programas de dosimetría interna, para la selección de las dosis de radio fármacos a utilizar con fines terapéuticos en pacientes oncológicos, y en la optimización de las técnicas de cirugía radioguiada para facilitar la ubicación y resección de ganglios centinela y lesiones ocultas. Además, de la atención de patología benigna, como:

- Enfermedades de arterias coronarias
- Demencias
- Adenomas paratiroideos
- Patología ortopédica no maligna

Esta característica de las cámaras híbridas SPECT-CT, permite detectar con mayor precisión y especificidad, las lesiones neoplásicas en estudio, logrando los siguientes beneficios:

- Incrementar la sensibilidad y especificidad de la centellografía ósea en el paciente oncológico.
- Incrementar la sensibilidad y especificidad en pacientes con cáncer de tiroides bien diferenciado, evitando la administración de dosis terapéuticas de yodo 131 que no se requieren.
- Optimizar la localización de lesiones tumorales en pacientes con linfoma y cáncer de pulmón.
- Optimizar la evaluación del paciente con tumores cerebrales.
- Optimizar los protocolos de diagnóstico y seguimiento con citrato de galio 67 en los pacientes con linfoma.
- Optimizar la localización del cáncer de próstata y sus metástasis, cuyos beneficios se extienden hoy día a la guía de los implantes de braquiterapia.
- Optimizar las técnicas en dosimetría interna.
- Optimizar las técnicas en cirugía radioguiada, sobre todo en la localización preoperatoria de ganglios centinela en regiones de la cabeza, el cuello, el tórax, la pelvis, adenomas paratiroideos y lesiones no captantes de cáncer tiroideo.
- Optimizar el diagnóstico, monitoreo de la terapia y la planificación del tratamiento con radioterapia.

- Optimizar la caracterización mediante técnicas de medicina nuclear en el abordaje con radio fármacos múltiples de las lesiones espacio ocupante intrahepáticas.
- Optimizar los estudios de perfusión miocárdica.
- Lograr un impacto positivo, cuantitativo y cualitativo, en la atención de padecimientos benignos

Este proyecto aporta mayor capacidad diagnóstica y operativa, atención oportuna, avance tecnológico y la oportunidad de brindar un servicio a menor costo (mayor eficiencia); aunado a esta situación, el desarrollarlo externamente al edificio existente aporta una mejor funcionalidad a los espacios a desarrollar, así como permitir el reordenamiento espacial, técnica y funcionalmente.

• **Nuevo Servicio de Mamografía en la Red de la CCSS Clínica Dr. Solón Núñez Frutos, Hatillo.**

Proyecto finalizado. Se realizó la recepción definitiva del proyecto en abril 2016.

- Área: 109 m²
- Inversión total: ¢302 millones
- Monto ejecutado en el 2016: ¢268 millones.

Los equipos fueron recibidos a satisfacción por la Administración; quedando instalados y completamente funcionales.

• **Nuevo Servicio de Mamografía en la Red de la CCSS hospital San Juan de Dios**

Proyecto finalizado. Se realizó la recepción definitiva del proyecto en agosto 2016.

- Área: 115 m²
- Inversión total: ¢319 millones
- Monto ejecutado en el 2016: ¢298 millones.

Se avanzó de forma normal y según lo programado en la construcción de la obra física del proyecto.

Asimismo, los equipos fueron recibidos a satisfacción por la Administración; quedando instalados y completamente funcionales.

• **Adquisición TAC para el Servicio de Oncología San Juan de Dios**

Proyecto finalizado. Se realizó la recepción definitiva del proyecto en diciembre 2016.

Monto ejecutado en el 2016: ¢643 millones.

Se entregó el nuevo TAC simulador enlazado con el área de Radioterapia del Hospital México. Además, se realizó la remodelación de los recintos de simulación, cuarto de control y el área donde se instaló el nuevo equipo.

Se cumplieron los plazos de contratación, ya que el proceso avanzó según las estimaciones realizadas.

• Nueva sede de Ebáis 2 de Carrizal de Alajuela

Proyecto finalizado. Se realizó la recepción definitiva abril 2016.

- Área: 476 m²
- Inversión total: ¢589 millones.
- Monto ejecutado en el 2016: ¢468 millones.

El proyecto incluye servicios como: áreas de procedimientos de enfermería (pre consulta, vacunación, inyectables, curaciones, nebulizaciones, aplicación de tratamientos). Asimismo cuenta con espacios: cubículos, archivo clínico, salas de espera, bodegas, consultorios (odontología, medicina general), espacios que cumplen la normativa de accesibilidad de la CCSS y el Ministerio de salud. Este establecimiento de salud cuenta con la integración de una farmacia núcleo que permitirá la preparación de recetas que se distribuirán en otros tres establecimientos de Ebáis de la periferia (zona de atracción).

• Nueva sede de Ebáis Poasito-Alajuela

Proyecto finalizado.

- Área: 290 m²
- Inversión total: ¢381 millones
- Monto ejecutado en el 2016: ¢254 millones.

La nueva sede cuenta con los siguientes servicios: Recepción, validación, entrega medicamentos, curaciones (sépticas y asépticas), cubículo lavado equipo, cubículo de inhalo terapia, cubículo multiusos, cubículo de observación, cubículo pre/pos consulta y enfermería, cubículo observación, cubículo de inyectables, cubículo de vacunación, 1 consultorios médico, cubículo de ATAP, cubículo de REDES, sala de espera, servicios sanitarios personal, servicios sanitarios público, cuarto de aseo, cocineta funcionarios, bodega, cuarto UPS y cuarto equipo electromecánico.

• Rehabilitación para la puesta en marcha del hospital Monseñor Sanabria

Este proyecto logró el 100% de ejecución en las obras constructivas.

- Monto ejecutado en el 2016: ¢2.586 millones.

Consistió en dismantelar y demoler la viejas instalaciones del Laboratorio Clínico más la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, para rehabilitar las nuevas instalaciones.

Proyectos en construcción

• Nuevo servicio de urgencia del hospital Dr. Escalante Pradilla, Pérez Zeledón

Se avanzó un 75% en la etapa constructiva.

- Área: 4.200 m²

- Costo total aproximado: ¢5.946 millones.
- Monto ejecutado en el 2016: ¢4.419 millones.
- Inversión acumulada: ¢4.822 millones.

Se construyó la obra civil del primer y segundo piso. Se colocó la estructura de techo y la cubierta correspondiente. Se trabaja en la instalación de los sistemas electromecánicos, la colocación de pisos, levantamiento de paredes livianas, repellos y calles de acceso y estacionamiento.

• Centro Nacional del Dolor y Cuidados Paliativos

Se avanzó un 60% en la etapa constructiva.

- Área: 5.422 m²
- Costo total aproximado: ¢7.398 millones.
- Monto ejecutado en el 2016: ¢3.516 millones.
- Inversión acumulada: ¢3.745 millones.

Se continúa en la construcción de las paredes internas, repellos y fachadas. Se avanza en las canalizaciones externas e internas de los distintos sistemas electromecánicos y en la instalación de los diversos equipos tales como: elevadores, bombas de agua, bombas de incendio, gases médicos y transformador eléctrico principal.

• Adquisición de Sistema de Angiografía y readecuación del Servicio de Hemodinamia del Hospital Calderón Guardia

Se avanzó un 70% en la etapa constructiva.

- Área: 350 m²
- Costo total aproximado: ¢1.659 millones.
- Monto ejecutado en el 2016: ¢1.278 millones.

Se completó la etapa 1 que contempla la sala de hemodinamia y el área de vestidores y lavado quirúrgico.

• Nueva Sede de Ebáis, tipo 2 de Upala de Alajuela.

Se avanzó un 90% en la etapa constructiva.

- Área: 445 m²
- Costo total aproximado: ¢560 millones.
- Monto ejecutado en el 2016: ¢253 millones.

Como parte de las obras se incluye la construcción de un sistema de tratamiento de aguas (planta de tratamiento). La planta física dispondrá de áreas de procedimientos de enfermería (pre consulta, vacunación, inyectables, curaciones, nebulizaciones, aplicación de tratamientos). Asimismo contarán con espacios: cubículos entrega medicamentos, archivo clínico, salas de espera, bodegas, consultorios (odontología, medicina general), espacios que cumplen la normativa de accesibilidad de la CCSS y el Ministerio de salud.

• Nueva sede de Ebáis de Tirrases, Curridabat.

Se avanzó un 55% en la etapa constructiva.

- Área: 500 m²
- Costo total aproximado: ¢398 millones.
- Monto ejecutado en el 2016: ¢94 millones.

Se logró avanzar en el desarrollo de cimentaciones, levantamiento de paredes y estructura de vigas corona.

Dicho logro obedece a que el proceso de licitación transcurrió sin objeciones, lográndose tramitar la adjudicación. Asimismo, existía una ocupación del terreno y debido a la pronta gestión interinstitucional se logró el desalojo oportuno y por tanto el inicio de obras se realizó conforme a la programación.

• Nueva sede de Ebáis San Rafael- San Ramón

Se logró un 25% de avance de la etapa constructiva.

- Área: 319 m²
- Costo total aproximado: ¢380 millones.
- Monto ejecutado en el 2016: ¢113 millones.

Se avanzó en los movimientos de tierra y desarrollo de obras en colindancia y levantamiento de obras gris del proyecto.

• Nueva sede de Visita Periódica de Bajo Blei.**• Nueva sede de Visita Periódica de Piedra Mesa**

Ambos proyectos individualmente lograron avanzar un 72,5% de lo programado en el 2016, que corresponde a un 10% en la ejecución del contrato.

La contratación consta de tres componentes: El componente A, en el cual se desarrolla el diseño estructural, mecánico, eléctrico y ambiental del proyecto, planos constructivos y trámite de permisos. Una vez que se tenga el aval de los permisos forestales, se iniciará con el componente B, que se trata de la extracción y tratamiento de madera y concluir con el componente C, que corresponde a la etapa constructiva.

- Área de construcción: 595 m²
- Costo total estimado: ¢949 millones.

• Nueva sede de Ebáis de Vuelta de Jorco de Aserrí

Se logró cumplir un 96% de lo programado en el periodo, que corresponde a la orden de inicio de las obras.

- Costo total aproximado de la obra: ¢730 millones.

Se cuenta con el 100% del diseño planta de tratamiento.

- **Nueva sede de Ebáis tipo 1 de Escobal de Belén**

Se avanzó un 20% en la etapa constructiva.

- Área: 456 m²
- Costo total estimado: ¢485 millones.
- Monto ejecutado en el 2016: ¢91 millones

El proyecto ha cumplido con las expectativas de programación, trabajando con antelación en cada etapa.

La incorporación y coordinación con las comunidades y entes cantonales interesados ha sido determinante en este proceso. Ellos han facilitado estudios, acelerado procesos municipales y han dado seguimiento político al proyecto.

El área técnica por su parte, ha atendido en tiempo y forma los inconvenientes que se han presentado durante la etapa de contratación.

- **Nueva sede de Ebáis tipo 2 de la Ribera de Belén**

Se avanzó un 20% en la etapa constructiva.

- Área: 702 m²
- Costo total estimado: ¢746 millones.
- Monto total ejecutado en el 2016: ¢143 millones

El proyecto ha cumplido con las expectativas de programación, trabajando con antelación en cada etapa.

La incorporación y coordinación con las comunidades y entes cantonales interesados ha sido determinante en este proceso. Ellos han facilitado estudios, acelerado procesos municipales y han dado seguimiento político al proyecto.

El área técnica por su parte ha atendido en tiempo y forma los inconvenientes que se han presentado durante la etapa de contratación.

- **Remodelación Servicio Nutrición San Rafael, Alajuela**

Logró un 98% de cumplimiento en el 2016, que corresponde al 10% de avance en la ejecución de la obra.

Dicho logro se obtiene debido a que se contó con los recursos y el equipo de trabajo para cumplir a cabalidad en tiempo y forma.

- **Implementación de OBI, WAT en Radioterapia hospital México**

Logró el 100% del cumplimiento de lo programado para el 2016, que corresponde al 50% de la ejecución de la obra.

- Costo total aproximado de la obra: ¢1.375 millones
- Monto ejecutado en el 2016: ¢814 millones

Se lograron cumplir las etapas del cronograma de proyecto. Se realizó la adquisición de los elementos de inmovilización, las UPS y la readecuación electromecánica.

Proyectos en desarrollo

- **Nuevo hospital William Allen de Turrialba**

Logró avanzar un 2% de la etapa de contratación, lo que implicó nombrar un equipo técnico que está trabajando en la elaboración de los términos de referencia

Parte del trabajo realizado en el 2016, fue la conclusión de los estudios de preinversión. El alcance del proyecto fue revisado por los involucrados que implicó ajustes al programa funcional y por lo tanto al anteproyecto, lo cual es insumo fundamental para continuar con la etapa de contratación. Se recibió el programa funcional avalado por la Gerencia Médica. Se está en ajustes de la propuesta arquitectónica.

Además, se obtuvo la resolución de SETENA que establece los parámetros para el desarrollo del estudio de impacto ambiental requerido. Se realizó el borrador de convenio entre el Centro Agronómico Tropical de Investigación y Enseñanza (CATIE), Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (ICA) y la CCSS, para lo que es dotación de agua potable al proyecto.

- **Nuevo hospital de Cartago**

Se avanzó un 38% en la elaboración del programa funcional.

Se elaboró el listado de servicios y recintos que es parte de la elaboración del programa funcional. Se afinó el estudio de oferta y demanda con el detalle de servicios y dimensionamiento, que requirió ajustar los avances en el programa funcional, con el fin de atender las necesidades.

- **Nuevo hospital Manuel Mora, Golfito**

En proceso de confección del cartel de la licitación pública para la adquisición del terreno. El costo de este terreno se estimó preliminarmente en ¢550 millones. Es parte de las inversiones que se ha planteado financiar con recursos de JUDESUR, mediante convenio suscrito entre la CCSS y dicha entidad.

El financiamiento de la construcción y el equipamiento del nuevo hospital, se plantea mediante préstamo con el Banco Mundial.

En el 2016, se invitó a participar en el proceso de compra del terreno donde se construirá el nuevo Hospital y se recibieron tres ofertas, las cuales están siendo sometidas al análisis administrativo-legal y técnico, con el fin de determinar el cumplimiento de los requisitos técnicos solicitados en el cartel de contratación.

- **Nueva sede de área de salud de Buenos Aires**

Logró avanzar un 85% en la elaboración del programa funcional.

Este porcentaje de avance obedece a que la Institución ha venido trabajando en el desarrollo de prototipos de áreas de salud, para normalizar los procesos y agilizar los tiempos de entrega de las obras.

- **Servicio de Gastroenterología hospital México**

Este proyecto obtuvo un 96% de cumplimiento en el 2016, que corresponde a la publicación del cartel.

- **Nuevo hospital de Puntarenas**

Se logró cumplir 100% de lo programado, que corresponde a los estudios preliminares y básicos.

- Costo total aproximado: \$65.000 millones.

Se cuenta con el programa funcional avalado, además este proyecto cuenta con terreno y financiamiento del BCIE. Se trabaja en el programa de áreas que servirá para determinar el diseño de sitio a implementar; lo anterior permitirá iniciar otros estudios específicos en paralelo al proceso de desarrollo de la propuesta arquitectónica (estudios de suelo específico, hidrología, SETENA, entre otros)

Recuperación de la Infraestructura, equipamiento e inversiones urgentes

La CCSS, como parte de las acciones de mejoramiento de la gestión del mantenimiento institucional y dotación de equipos básicos para apoyar la continuidad de los servicios y el mejoramiento en la calidad y oportunidad de la atención, logró contar con las opciones de financiamiento conocidas como: Fondo de Recuperación de Infraestructura (FRI) y Fondo de Recuperación en Equipo Médico (FREM), para atender este tipo de necesidades que no habían podido ser incluidas en el presupuesto institucional ordinario, y que por lo tanto, requerían de recursos.

Estas opciones de financiamiento permiten atender necesidades urgentes de reparación de daños y puesta a punto del recurso físico y equipo, dado el deterioro y obsolescencia acumulada en las últimas décadas. Los principales problemas que atiende el FRI y FREM, se resumen de la siguiente manera:

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

Se obtuvo con los recursos del presupuesto ordinario de la Institución, lo cual permite el financiamiento de proyectos desde principio de año, siendo un logro importante, dado que las unidades beneficiadas cuentan con más tiempo para la ejecución de las soluciones.

Se logró contar con el 95% de la información de seguimiento de los proyectos ejecutados en el año 2015, mejorado la comunicación con las unidades y los controles de seguimiento, que permiten dar una mejor respuesta y una rendición de cuentas más confiable.

Se aprobó el documento “Guía para la asignación de recursos presupuestarios del Fondo Recuperación de Infraestructura”, el cual pretende informar a todos aquellos usuarios que acceden al FRI, en cuanto a la metodología de asignación de recursos, proyectos a financiar, procedimiento y cualquier otra duda que normalmente surge en el desarrollo de proyectos y trabajos financiados con este fondo.

Durante el 2016, los fondos asignados en el FRI fueron de ¢8.500 millones, que fueron distribuidos en diferentes unidades ubicadas en todo el territorio nacional, de los cuales se atendieron 220 soluciones, especialmente en mantenimiento y obras menores, para una ejecución de ¢6.325 millones.

En relación con el FREM fueron asignados ¢5.000 millones, para beneficiar a 114 centros de salud (25 hospitales y 89 áreas de salud), de los cuales se logró adquirir un total de 2.065 equipos de baja y mediana complejidad, cuya ejecución fue de ¢3.865 millones.

Con este financiamiento, se apoyaron acciones como:

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

Con el fondo de recuperación de infraestructura se mejoraron algunas infraestructuras, así como con el fondo de recuperación de equipo médico se adquirieron algunos equipos:

- Hospital de Turrialba, proyecto de Remodelación bodega de farmacia, proveeduría y baños.
- Área de Salud Atenas, proyecto pintura de techo y cambio de hojalatería
- Adquisición de incubadoras para el hospital San Francisco de Asís, Grecia.
- Adquisición de equipo laparoscopia y equipo electrocirugía Hospital Enrique Baltodano, Liberia.

Proyecto Expediente Digital Único en Salud (EDUS).

Se logró cumplir el 100% de la implementación del EDUS en el primer nivel de atención, en sus tres módulos: Sistema de Identificación, Agendas y Citas (SIAC), Sistema Integrado de Ficha Familiar (SIFF) y el Sistema Integrado de Expediente de Salud (SIES), según lo programado y en cumplimiento de la Ley N° 9162.

Durante el 2016, se logró implementar el EDUS en 23 áreas de salud, a saber: Alajuela Sur, Horquetas Río Frío, Naranjo, Palmares, San Isidro, Santo Domingo, San Ramón, Valverde Vega, Desamparados 1, Goicoechea 2, Paraíso Cervantes, Abangares, Liberia, Los Chiles, Florencia, Guatuso, Santa Rosa, Alfaro Ruíz, Atenas, Tibás-Uruca-Merced, Aserri, Coronado, Zapote-Catedral.

En forma acumulada el EDUS, logró implementar en 94 Áreas de Salud, tal como se refleja en la siguiente tabla, según regiones:



Cerca de 43 mil vecinos del cantón de Barva de Heredia reciben atención integral básica en salud, en una moderna y amplia sede inaugurada por autoridades de gobierno y de la CCSS, con la que se elevará su capacidad de respuesta institucional mediante el reforzamiento de servicios.

TABLA 1.
Áreas de Salud con EDUS implementado por Regiones

REGIÓN BRUNCA		CENTRAL SUR	HUETAR NORTE		
1	Pérez Zeledón	29	Alajuelita	68	Aguas Zarcas
2	Corredores	30	Aserrí	69	Ciudad Quesada
3	Golfito	31	Cartago	70	Florencia
4	Coto Brus	32	Catedral Noreste	71	Guatuso
5	Buenos Aires	33	Curridabat 2	72	La Fortuna
6	Osa	34	Coronado	73	Los Chiles
		35	Desamparados 1 (Marcial Fallas)	74	Pital
CENTRAL NORTE		36	Desamparados 3	75	Santa Rosa
7	Alajuela Central	37	El Guarco		
8	Alajuela Norte	38	Goicoechea 1	HUETAR ATLANTICA	
9	Alajuela Oeste	39	Goicoechea 2	76	Cariari
10	Alajuela Sur	40	Hatillo	77	Guácimo
11	Alfaro Ruiz	41	La Unión	78	Guápiles
12	Atenas	42	Los Santos	79	Limón
13	Belén Flores	43	Montes De Oca 2	80	Matina
14	Heredia Cubujuquí	44	Mora Palmichal	81	Siquirres
15	Heredia – Virilla	45	Puriscal – Turrubares	82	Talamanca
16	Horquetas Río Frío	46	Mata Redonda Hospital	83	Valle De La Estrella
17	Naranjo	47	San JuanSan Diego Concepción 2 (Unibe)		
18	Palmares	48	OreamunoPacayasTierra Blanca	PACÍFICO CENTRAL	
19	Poás	49	Paraíso Cervantes	84	Barranca
20	San Rafael De Heredia	50	Moravia	85	Chacarita
21	San Ramón	51	TurrialbaJiménez	86	San Rafael De Puntarenas
22	Santa Bárbara	52	Acosta	87	Esparza
23	Santo Domingo	53	Carrillo – La Sierra	88	Garabito
24	San Isidro	54	ZapoteCentral	89	Montes De Oro
25	Puerto Viejo – Sarapiquí			90	Orotina San Mateo
26	Grecia	CHOROTEGA		91	Parrita.
27	Valverde Vega	55	Cañas	92	Peninsular
28	Tibás Uruca Merced	56	Abangares	93	ChomesMonteverde
		57	Colorado	94	AguirreQuepos
		58	Santa Cruz		
		59	Hojancha		
		60	Nandayure		
		61	Nicoya		
		62	Upala		
		63	La Cruz		
		64	Liberia		
		65	Carrillo		
		66	Tilarán		
		67	Bagaces		

Fuente: EDUS

Adicional a las 94 áreas de salud con EDUS, 10 áreas de salud que son administradas por terceros, utilizan su propia solución digital de expediente electrónico, cuya información se está migrando al EDUS. Dichas áreas de salud son las siguientes: Barva, San Pablo, San Francisco-San Antonio, San Sebastián-Paso Ancho, Carpio-León XIII, Desamparados 2, Escazú, Pavas, Santa Ana y Tibás.

Según lo anterior, de los 1041 Ebáis que integran el primer nivel de atención, 899 utilizan el EDUS, y 140 que son administrados por terceros, están migrando la información al EDUS.

Tomando como referencia el avance en el proceso de puesta en marcha del Expediente Digital Único en Salud, a diciembre 2016 se realizó un importante avance en torno a la producción registrada en dichos sistemas de información, como se muestra a continuación:

TABLA 2.
Datos de Producción Expediente Digital Único en Salud

SISTEMA	INDICADOR DE RESULTADOS	CANTIDAD
Sistema de Identificación, Agendas y Citas	Citas Asignadas	15.581.972
Sistema de Identificación, Agendas y Citas	Población Adscrita	4.895.386
Sistema Integrado de Expediente de Salud	Atenciones Realizadas	7.667.273
Sistema Integrado de Ficha Familiar	Miembros en Viviendas	1.276.645
Sistema Integrado de Ficha Familiar	Cantidad de Viviendas	516.398

Fuente: Expediente Digital Único en Salud, datos a diciembre 2016.

Desde la implementación del EDUS, en el 2012, se ha identificado 4.9 millones de personas con el SIAC y se han dado 15.581.972 de citas, de las cuales 535.924 han sido a través de la Web.

El SIAC permite validar la condición de aseguramiento de cada paciente, registrar las atenciones a cargo del Estado. Como parte de sus beneficios de registro de datos, la Institución simplificará los trámites de atención eliminando el requisito de presentación de la orden patronal a partir de enero del 2017. Además, este módulo facilita el otorgamiento de citas médicas mediante la vía telefónica, por internet o presencial. También por medio de este módulo se han efectuado 3.678.683 recordatorios de citas a fin de reducir el ausentismo.

Con el SIES se han realizado 7.667.273 de atenciones (tanto en la consulta externa como en emergencias), 23.928.279 de recetas, 3.696.758 solicitudes de exámenes de laboratorio y 522.287 exámenes de imágenes para diagnóstico médico.

Por su parte, el SIFF tiene 516.398 viviendas registradas y adicionalmente posee información sociodemográfica de la población: condiciones de la vivienda, situación de salud de los miembros de la familia, padecimientos crónicos lo que permite determinar las condiciones de riesgo para identificar acciones de intervención para garantizar la salud.

El EDUS, es un salto tecnológico, cuyos beneficios permiten:

- Que la información registrada por lo profesionales en salud pueda ser consultada en línea y en tiempo real desde cualquier parte del país.
- Independientemente del centro de salud, el médico tratante puede ver las atenciones que ha recibido un paciente en cualquier centro de atención de la CCSS, incluyendo los hospitales que ya cuentan con el sistema.
- Base de datos que registra toda la información de las diferentes atenciones en salud que recibe un paciente.
- Sistema de información enlazado que incorpora los tres niveles de atención y facilita el tránsito de la información tanto de las referencias como las contrareferencias.
- Identifica al paciente por su número de cédula o asegurado, por lo tanto evita las duplicaciones en los registros. Evita la generación de expedientes en diferentes centros.
- Elimina la posibilidad de extravío de información.
- Garantiza que todos los pacientes sean atendidos con los mismos parámetros, por lo que se brinda una atención integral, oportuna y de mayor calidad.
- Permite que los profesionales en ciencias médicas puedan conocer la historia clínica de los pacientes así como su perfil terapéutico, alergias, reacciones adversas a ciertos medicamentos, tratamiento farmacológicos, entre otros.
- El paciente puede tener acceso a la información del Expediente Digital, la cual puede realizarla descargando la aplicación EDUS en forma gratuita. Esta aplicación ya cuenta con alrededor de 85 mil descargas.
- El paciente puede solicitar su cita a través del call center *905-misalud*.

Implementación del EDUS en otros centros de salud

Adicionalmente al proceso de implementación del EDUS en el primer nivel de atención, se ha logrado implementar los aplicativos EDUS, en otros centros de salud del segundo nivel de atención:

Módulo SIAC: 1-Hospital Fernando Escalante Pradilla, 2-Hospital Manuel Mora Valverde, 3-Hospital Tomás Casas Casajús, 4-Hospital Ciudad Neily, 5-Hospital San Vito, 6-Hospital de Grecia, 7-Hospital Tony Facio, Limón; 8-Hospital de Guápiles, 9-Hospital de Los Chiles, 10-Hospital Monseñor Sanabria, 11-Hospital Max Terán Valls, 12-Clínica Oftalmológica, 13-Hospital Enrique Baltodano Briceño, 14-Hospital de la Anexión, 15-Hospital de Upala, 16-Hospital de San Carlos.

Módulo SIES: 1-Hospital Carlos Luis Valverde Vega, 2- Hospital Tomás Casas Casajús, 3-Hospital Ciudad Neily, 4- Hospital San Vito, 5- Hospital Monseñor Sanabria, Hospital Max Teran Vals.

Equipamiento

En el 2016, se dotó de equipo a diferentes áreas de salud, Ebáis y laboratorios que forman parte del proceso de Implementación, distribuidos en las siete Direcciones Regionales de Servicios de Salud, para un total de 1.165 equipos de cómputo, 362 impresoras y 30 computadoras portátiles.

Los equipos fueron distribuidos entre personal de Registros Médicos, Enfermería y Medicina, para uso exclusivo de los sistemas de información que conforman el Expediente Digital Único en Salud.

Centro de contactos para la asignación de citas telefónicas

Durante el segundo semestre 2016, se otorgó un total de 297.525 citas telefónicas a través del Centro de Contactos, para un acumulado de 827.700.

En relación con las citas web gestionadas a través de la página de la CCSS, en el segundo semestre 2016, se otorgó un total de 110.429, para un acumulado de 535.924.

Recordatorio de citas vía mensaje de texto (SMS)

Durante el segundo semestre 2016, se remitió a los usuarios un total de 1.635.261 mensajes de texto, recordando la fecha y lugar de su cita médica, para un acumulado de 3.678.683 mensajes.

Recordatorio de retiro de medicamentos vía mensaje de texto (SMS)

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

Fueron remitidos a los usuarios 92.837 mensajes de texto, recordando el retiro de sus medicamentos, para un acumulado de 381.925 mensajes.

App Ruta quirúrgica

Otro de los logros destacados así como aporte al desarrollo de la institución es el funcionamiento del App Ruta quirúrgica dentro del App del EDUS, disponible para teléfonos inteligentes Android e IOS.

Esta aplicación que agrega valor y transparencia en la gestión de los pacientes que han sido referidos a una cirugía, ya sea ambulatoria o electiva, es un complemento que se deriva de la implementación del módulo quirúrgico en los Hospitales.

De esta forma la Institución cumple con unos de los principios de la Ley N° 9162, artículo 5, Orientación de la solución tecnológica, inciso g), relativo a la portabilidad, que indica entre otros:

“Acorde con la estrategia de implementación podrá introducirse la característica de portabilidad de la información contenida en el expediente digital, mediante la cual los usuarios podrán llevar consigo la información esencial de su expediente mediante el uso de dispositivos electrónicos.”

La construcción de esta solución es producto del trabajo en equipo de los establecimientos de salud en el nivel hospitalario, que integra la solución EDUS-ARCA, para beneficio de los usuarios.

Capacitación y gestión de cambio

- Se continúa con la estrategia de gestión del cambio y capacitación con los principales involucrados en la implementación y puesta en marcha del EDUS, realizando las siguientes acciones:
-
- Capacitación presencial, brindada por funcionarios del Proyecto y por capacitadores Regionales que brindan apoyo a otras Áreas involucradas en el proceso de implementación.
- Capacitación virtual, que se ofrece por medio de la plataforma desarrollada por el CENDEISSS, que facilita la capacitación a distancia.
- Los equipos regionales designados por las Direcciones Regionales, siguen trabajando en la capacitación de los aplicativos SIAC, SIFF y SIES.
- Se generan acciones para fortalecer la red de cambio nacional establecida para EDUS.

Como resultado de lo anterior, se capacitaron funcionarios en aplicativos y gestión de cambio, en los siguientes módulos: **SIAC**: 7.062; **SIES**: 7.542; **SIFF**: 2.065

Equipo Médico

Con el propósito de fortalecer los servicios de salud en el ámbito nacional, en el 2016, la Caja Costarricense de Seguro Social, logró la adquisición de equipos médicos de alta y mediana complejidad para mejorar las acciones de detección temprana y atención de diversas patologías, y apoyar las acciones de prevención y atención del cáncer, en la población del país. A continuación se describe los equipos adquiridos y los avances en los procesos de desarrollo de futuras adquisiciones:

I Fase Autoclaves primera etapa

Instaladas y funcionando en un 100%, diecisiete autoclaves distribuidas en los siguientes centros: Hospital Monseñor Sanabria (1), Hospital San Rafael Alajuela (1), Hospital San Vito (2), Hospital Ciudad Neily (1), Hospital Tony Facio (2), Hospital Guápiles (2), Hospital Max Peralta (2), Hospital Calderón Guardia (1). Clínicas: San Rafael de Puntarenas (1), Miramar Puntarenas (1), Marcial Rodríguez (1), Francisco Bolaños Heredia (1), A.S. Belén Flores (1)

Costo total del proyecto: ¢697 millones, ejecutado mediante la Ley del tabaco N° 9028, “Ley General de Control del Tabaco y sus efectos nocivos en la Salud”.

Máquinas de anestesia

Se encuentran instaladas y funcionando en un 100%, veinte máquinas de anestesia, que corresponden a la primera ampliación, distribuidas en los siguientes centros: hospital México (2), hospital Monseñor Sanabria (1), hospital de Niños (4), hospital Tony Facio (2), hospital Enrique Baltodano (2), hospital de Nicoya (1), hospital Calderón Guardia (6), Clínica Coronado (2).

En cuanto a la segunda ampliación, se logró un 100% de cumplimiento de lo programado en el 2016, que corresponde a la instalación de 30 máquinas de anestesia, para los siguientes lugares:

- CAIS Puriscal (2)
- Hospital Enrique Baltodano (1)
- CENARE (1)
- Clínica Oftalmológica (2)
- Hospital Upala (1)
- Hospital Carlos Luis Valverde Vega (4)
- Hospital Escalante Pradilla (2)
- Hospital Tomás Casas (1)
- Hospital Monseñor Sanabria (6)
- Hospital Niños (1)
- Hospital William Allen (1)
- Hospital San Rafael Alajuela (4)
- Hospital Tony Facio (1)
- Hospital San Vito (1)
- Hospital Los Chiles (1)
- Hospital San Juan de Dios (1)

Costo total del proyecto: ¢1.090 millones, ejecutado mediante la Ley del tabaco N° 9028, “Ley General de Control del Tabaco y sus efectos nocivos en la Salud”.

Autoclaves propósito general (II Fase)

Se encuentran instaladas y funcionando en un 100%, en los hospitales México y Golfito. Monto ejecutado en el 2016: ¢82 millones.

Hemodiálisis

Se encuentran instaladas y funcionando en un 100%, veintiuna máquinas de hemodiálisis, distribuidas en los siguientes centros:

Hospital México (8)
Hospital San Juan Dios (7)
Hospital San Rafael Alajuela (1)
Hospital Max Peralta (3)
Hospital Enrique Baltodano Liberia (2)

Costo total del proyecto: ¢266 millones.

Hemodiálisis (primera etapa)

Instaladas y funcionando en un 100%, dieciséis equipos, en el Servicio de Hemodiálisis del Hospital Calderón Guardia.

Monto ejecutado en el 2016: ¢249 millones.

Arcos en C - primera etapa

Se obtuvo el 100% de cumplimiento de lo programado en el 2016, que corresponde a la instalación y funcionamiento de los 28 equipos Arcos en C, distribuidos en los siguientes centros:

- Hospital México (3)
- Hospital de Niños (1)
- Hospital San Juan (5)
- Hospital Los Chiles (1)
- Hospital Monseñor Sanabria. (2)
- Hospital Liberia (1)
- Hospital Nicoya (1)
- Hospital Tomás Casas (1)
- Hospital Golfito (1)
- Hospital Calderón Guardia (5)
- Hospital San Carlos (1)
- Hospital CENARE (1)
- Hospital San Francisco de. Asís (1)
- Hospital Max Peralta (1),
- Hospital San Rafael Alajuela (1)
- Hospital San Ramón (1)
- Hospital Escalante P. (1)

Costo total del proyecto: ¢1.195 millones, ejecutado mediante la Ley del tabaco N° 9028, "Ley General de Control del Tabaco y sus efectos nocivos en la Salud".

Tomógrafos hospitales regionales

Logró cumplir un 100% de lo programado en el 2016.

Costo total aproximado de los equipos: ₡2.242 millones.

Área:

- San Carlos: 235 m²
- Limón: 191 m²
- Cartago: 43 m²
- Alajuela: 48 m²
- Liberia: 44 m²

Se logró finalizar en un 100% la adquisición del tomógrafo y la readecuación de área designada para los Hospitales Max Peralta de Cartago y Tony Facio de Limón.

Estos nuevos equipos brindarán a los usuarios un servicio de forma oportuna y eficiente. Asimismo permitirá mejorar la calidad del servicio que se ofrecen en dichos centros de salud, efectuando exámenes más precisos con diagnósticos más oportunos.

Equipos de rayos X (cuarta fase)

Se logró cumplir el 95% de lo programado, que corresponde a las acciones de ingreso de los equipos.

Este proyecto consiste en la adquisición de doce equipos de rayos x, cuyo costo aproximado es de ₡2.708 millones para distribuirse, en las siguientes unidades:

- Hospital Max Peralta, Cartago (2 equipos).
- Hospital México.
- Hospital de San Carlos.
- Hospital de Niños.
- Hospital William Allen, Turrialba.
- Hospital Tony Facio, Limón.
- Clínica Puerto Viejo de Sarapiquí.
- Clínica San Rafael de Puntarenas.
- Clínica Clorito Picado.
- Hospital de Guápiles.

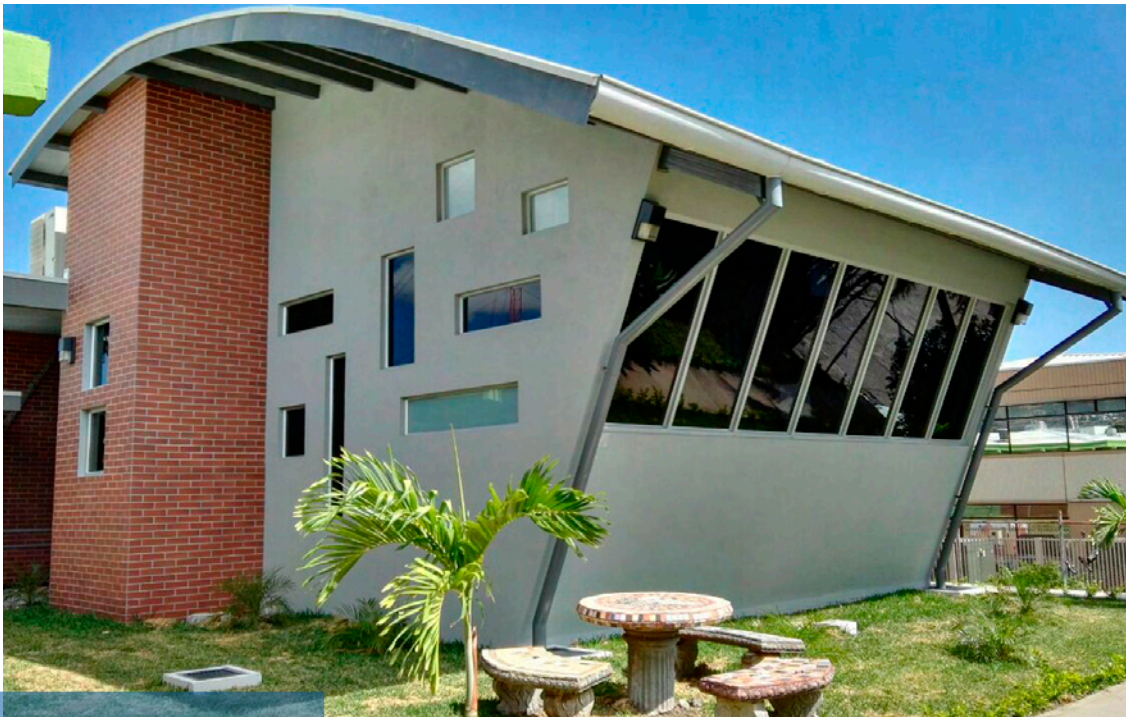
Arcos en C (segunda etapa)

Se logró alcanzar un 70% del proyecto que equivale a publicación de la adjudicación. No se cumplió con lo establecido ya que se presentaron atrasos en la identificación de los equipos, además se realizaron visitas adicionales a los sitios para determinar sus condiciones eléctricas.

Como medida de correctiva se planteó una estrategia para desarrollar este proyecto en dos etapas, una con equipos de baja potencia mediante la aplicación del artículo 201 a la licitación

vigente de Arcos en C (2015LN-000001-3110) y la otra con equipos de alta potencia, mediante el procedimiento de contratación 2016LN-000003-3110, a la espera de que la adjudicación adquiriera firmeza.

Costo total estimado del proyecto: ¢815 millones.



Como parte de la disposición institucional de fortalecer la lucha contra el cáncer de mama, el Presidente de la República, Luis Guillermo Solís Rivera; la primera Dama de la República, Mercedes Peña Domingo y la doctora María del Rocío Sáenz, presidenta ejecutiva de la CCSS, inauguraron el servicio de mamografía en la clínica Solón Núñez de Hatillo.

Equipo industrial

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

Paneles solares, hospital San Rafael de Alajuela

Logró un 100% en la ejecución del proyecto. Recepción definitiva abril 2016.
Costo aproximado de la inversión: ¢145 millones

Sustitución de Caldera, hospital Escalante Pradilla, Pérez Zeledón

Logró un 100% en la ejecución del proyecto. Recepción definitiva marzo 2016.
Costo aproximado de la inversión: ¢193 millones.

Sustitución de Caldera, hospital de Upala

Logró un 100% en la ejecución del proyecto. Recepción definitiva junio 2016.
Costo aproximado de la inversión: ¢60 millones.

Sistema detección y notificación del hospital de Upala

Se realizó la recepción definitiva del proyecto en mayo 2016, lográndose cumplir el 100% de lo programado. Dicho logro se obtiene debido a que se contó con los recursos y el equipo de trabajo para cumplir a cabalidad en tiempo y forma.
Inversión: ¢97 millones.

Sistema de detección y alarmas hospital de Guápiles

Obtuvo el 100% de cumplimiento de lo programado en el 2016, que corresponde al 80% de avance en la ejecución de la obra. Dicho logro se obtiene debido a que se contó con los recursos y el equipo de trabajo para cumplir a cabalidad en tiempo y forma.
Costo total estimado: ¢162 millones.
Monto ejecutado en el 2016: ¢93 millones.

Sistema fijo Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí

Logró un 92% de cumplimiento en el 2016, que corresponde a la orden de inicio de la obra. Costo total estimado: ¢506 millones.

Se presentó un leve atraso debido al planteamiento de un recurso de apelación a la adjudicación del proyecto, ante la Contraloría General de la República, lo que demoró el proceso de la firma del contrato. Se espera avanzar en la ejecución del proyecto a fin de concluir las obras en el 2017.

Sistema fijo del hospital de las Mujeres

Logró un 86% de cumplimiento en el 2016, que corresponde al proceso de adjudicación. Costo total estimado: ¢274 millones.

Se presentaron atrasos durante el proceso de adjudicación del proyecto, debido a un recurso de revocatoria interpuesto por uno de los oferentes. En espera de que se resuelva dicha situación a fin de avanzar en el cronograma del proyecto y finalizar la obra en el 2017.

Renovación instalación eléctrica hospital Dr. Tony Facio Castro, Limón (I, II y III etapa)

Se logró avanzar en un 74% de lo programado en el desarrollo del proyecto, que corresponde a la elaboración del cartel, para un contrato de llave en mano (Diseño, Construcción y Mantenimiento).

Las actividades permitieron alcanzar dicho avance son:

- Levantamiento del sistema eléctrico actual del Hospital.
- Se analizaron y establecieron los términos para la contratación.
- Confección de formularios anexos al cartel.
- Se elaboraron y revisaron cuatro componentes del cartel:
 - Condiciones del Cartel.
 - Especificaciones Técnicas.
 - Términos de Referencia.
 - Especificaciones Técnicas de Mantenimiento.

Este proyecto requirió más tiempo en la etapa de contratación, debido a que se amplió el alcance en la modalidad de contratación (llave en mano) al incluir el diseño y mantenimiento.

Como medida correctiva se agilizará la etapa de contratación en el primer semestre del 2017, utilizando la experiencia de contratos de llave en mano que ha realizado la Institución.

Otras acciones de desarrollo de la gestión en mantenimiento fueron:

- **Programa Seguridad contra incendios y explosiones.**

Se realizaron siete actividades de capacitación en la Institución en materia de seguridad contra incendios.

Se atendieron veintiún solicitudes de asesorías y se realizaron setenta y siete evaluaciones, en materia de seguridad contra incendios y explosiones.

- **Control de Calidad y Protección Radiológica.**

En cuanto al tema de Protección Radiológica, se lograron las siguientes acciones:

- Doscientas setenta y cinco evaluaciones de control de calidad y protección radiológica, en los servicios de salud institucionales o centros externos que prestan servicios a la CCSS, donde se emplean las radiaciones ionizantes.
- Cincuenta y tres asesorías y trescientos nueve funcionarios institucionales capacitados en control de calidad y protección radiológica.
- Se calibraron veintiocho equipos e instrumentos de medición, que son usados para la comprobación y certificación de los haces de radiación y mediciones dosimétricas de los equipos institucionales emisores de radiaciones ionizantes.
- Veinticinco pruebas mecánicas, físicas y dosimétricas de puesta en servicio (Comisionamiento) de nuevos equipos de Rayos X, adquiridos por la institución.
- Se emitió un total de ciento cincuenta y seis certificados de buen funcionamiento a diferentes centros de salud de la Institución.

- **Programa Institucional Accesibilidad al Espacio Físico (PIAEF).**

La Institución continúa impulsando mediante el PIAEF acciones para la adaptación de la infraestructura perteneciente a la CCSS, facilitando el acceso a las instalaciones en forma cómoda y segura a los trabajadores y usuarios de los servicios.

Como parte de estas acciones, se brindaron nueve capacitaciones y participaron ciento cuarenta y ocho funcionarios y se realizaron ocho visitas de monitoreo de la condición de accesibilidad de los espacios de atención al público. Como parte de este monitoreo, se valoró la condición de accesibilidad de cuarenta y siete edificios de prestación de servicios.

Tecnologías de Información y Comunicaciones

El aporte de las tecnologías de información y comunicaciones en los servicios que brinda la CCSS, se convierte en un elemento esencial para el cumplimiento de los objetivos Institucionales. Durante el periodo 2016, se lograron concretar acciones prioritarias para el engranaje tecnológico institucional en sus cuatro áreas, a saber: Seguridad y Calidad Informática, Plataformas de alta complejidad y equipamiento local, la telefonía IP y redes de comunicaciones WAN y LAN y los sistemas de información.

A continuación se mencionan los principales logros en Tecnologías de Información y Comunicaciones:

Agenda digital estratégica en salud (ADES)

A continuación se reporta el estado de avance en la definición del ADES y de algunas actividades realizadas en este semestre de proyectos que lo conforman.

La propuesta integral del ADES ordenada por ejes y perspectivas, que incluye los proyectos más relevantes en TIC, fue revisado a efectos de incorporar ideas, iniciativas y proyectos que están siendo desarrollados por gestión de cada Gerencia, esto con el propósito de darle una visión integral y realizar esfuerzos articulados.

- **Modelo de Gobernanza de las TIC**

Se replanteó el alcance del proyecto de Gobernanza de las TIC, adquiriendo el compromiso de desarrollar un estudio de situación actual y diseño de modelo de gobernanza de las TIC, como fase inicial, que se pretende desarrollar por medio de servicios técnicos, cuya ejecución se estima en seis fases que permitirán obtener resultados de manera gradual. Se debe considerar además que el plazo establecido para completar las cuatro primeras fases será de ocho meses. A continuación se describen los entregables esperados por cada fase:

FASE	DESCRIPCIÓN
Fase 1	Planificar el Proyecto
Fase 2	Entender el contexto
Fase 3	Definir el modelo meta de gobierno de las TIC
Fase 4	Analizar las brechas del gobierno de las TIC
Fase 5	Definir el Plan de Acción para el cierre de brechas del gobierno de las TIC
Fase 6	Definir un plan de intervención inmediata

Se logró la adjudicación del contrato 2016-LA-000003-1150. Como parte de la estrategia relacionada con el proyecto de Modelo de Gobernanza, en noviembre 2016, se elaboró la propuesta de conformación del Comité Estratégico en Tecnologías de Información y Comunicaciones y Normas técnicas en TIC de la CCSS.

- **Gestión de los servicios tic en operación**

El Proyecto de Gestión de Servicios tiene como objetivo alinear los servicios brindados en tecnologías de información en el ámbito Institucional. Para ello se están realizando los estudios técnicos preliminares, los cuales se enfocan en cuatro líneas de acción principales:

a. Mesa de servicio

Se contaría con un primer nivel de atención a usuarios multicanal, con un servicio de atención 24x7x365, en el cual se estarían resolviendo las incidencias de baja complejidad, adicionalmente se procedería a escalar las incidencias que requieran atención por personal calificado para su resolución

b. Centro de operaciones de red (NOC)

El NOC es el centro de operaciones de red que se encargaría de monitorear el ambiente de TI de la CCSS a fin de asegurar que el servicio de tecnología ofrecido, en todos los niveles, corresponda a lo necesario para la buena operación de la administración.

c. Centro de seguridad de operaciones (SOC)

Con esta línea de acción se quiere proporcionar un punto central de monitoreo y gestión de todos los aspectos de la seguridad de la CCSS. El SOC recolecta información de seguridad de todas las áreas de una red y correlaciona, en tiempo real o casi real, todos los datos que recibe para proveer una imagen de cómo se encuentra la organización en cuanto a seguridad se refiere, permitiendo a los administradores tomar acciones preventivas y correctivas que protejan la información.

d. Servicios especializados

Este nivel estaría conformado por personal experto de la CCSS y personal especializado de un tercero, lo que se busca es contar con recurso humano capacitado, con un alto nivel de resolución, el cual pueda atender y resolver los diferentes problemas que se puedan presentar en la infraestructura y servicios de TIC, de la CCSS.

Durante el avance del estudio preliminar y de factibilidad, se determinó que, para lograr un mejor engranaje de los proyectos y su funcionamiento integral, lo correcto es que el NOC y SOC, se trasladen al proyecto denominado Infraestructura Tecnológica y Centro de Datos Institucional (Data Center).

Actualmente el proyecto incluye un modelo de gestión de servicios para asegurar la definición de los siguientes procesos contenidos en el estándar ITIL® versión 3:

- Gestión de catálogo de servicio.
- Gestión de niveles de servicio.
- Gestión de cambios.
- Gestión de la configuración.
- Gestión de liberación y despliegue.
- Gestión del conocimiento.
- Gestión de peticiones de servicio.
- Gestión de incidencias.
- Gestión de problemas.

Se logró un avance del 85% de lo programado en el 2016, que corresponde a los estudios preliminares y de factibilidad.

- **Infraestructura Tecnológica y Centro de Datos Institucional (Data Center)**

ETAPA I

Reforzamiento de la plataforma actual

El proyecto consiste en reforzar la plataforma tecnológica Institucional, mediante la adquisición de 48 servidores blade, un sistema de almacenamiento y licenciamiento Vmware a la empresa GBM de Costa Rica S.A.

La compra de dichos equipos se encuentran en proceso de formalización, lo cual significa depósito de garantías, confección de contrato y firmas.

Hospedaje y migración

La Contraloría General de la República, autoriza la modificación al contrato 004-2009 entre la CCSS y la empresa Ideas Gloris S.A., habilitando a la Institución a continuar con el hospedaje de la plataforma tecnológica en CODISA en tanto se continúa con las acciones programadas, según el proyecto. La vigencia de este contrato es por 18 meses.

ETAPA II

Se planteó un cambio en la estrategia de abordaje, unificando las actividades de la Etapa II y de la Etapa III del proyecto, lo cual implica que en lugar de tramitar la licitación correspondiente al centro de datos bajo la modalidad de servicios como alternativa inmediata, se inicie con las actividades de estudios de preinversión entre dos alternativas, a saber:

Alternativa –A-

Contratación de terceros que brinden servicios tecnológicos de centros de datos por demanda, con replicación a un sitio alternativo.

Con esta alternativa, lo que se pretende es que por medio de una licitación pública se contrate una empresa que brinde los servicios desde su propio centro de datos, con ubicación en el país, y sea responsable del equipamiento tanto electromecánico como equipo activo de acuerdo con las necesidades de la Institución, siendo esta empresa contratada la responsable del mantenimiento y operación de los servicios. El personal de TIC sería el responsable de la administración de los servicios y responsable del uso de los recursos y custodio de la información contenida en los equipos.

Así mismo, esta contratación de servicios incluyó lo correspondiente a garantizar la comunicación e integridad entre los sitios principal y alternativo, de manera que se brinde adecuadamente la replicación entre ambos sitios.

Alternativa –B-

Esta alternativa consiste en la construcción y operación de un centro de datos propio de la CCSS, con equipamiento por demanda y replicación a un sitio alternativo. Para contar con un edificio clase A con características Tier III o superior que sea propiedad de la Institución y en el cual se alojen los equipos tecnológicos a partir de los cuales se brindan los servicios a lo interno y externo de la CCSS.

Además de la construcción de la obra civil y su correspondiente equipamiento electromecánico, en esta alternativa, se deben considerar aspectos tales como: el mantenimiento y operación del centro de datos, así como el equipamiento activo (hardware), y personal requerido para su administración y funcionamiento.

Respecto al equipo activo, se pretende dotar al centro de datos de los recursos tecnológicos mediante un esquema de demanda o consumo, donde se garantice contar con mayor prontitud del equipo requerido para la prestación de los servicios y la correspondiente renovación tecnológica de manera que se evite la obsolescencia y sobreutilización de los equipos.

En esta alternativa también se procura la replicación de los servicios productivos en un sitio alternativo, siendo la administración y operación responsabilidad de la CCSS.

De esta forma y con el fin de iniciar los correspondientes estudios, se invitó a trece empresas a participar en el estudio de mercado, para conocer aspectos de la factibilidad de la contratación del centro de datos como servicio, movimiento de aplicaciones y servicios, y esquema de recuperación de desastres de los recursos tecnológicos de la CCSS.

Así mismo, con base en la nueva estrategia, en el caso de la opción de construcción del centro de datos, se trabaja en la definición del pliego de especificaciones técnicas y requerimientos

de los equipos activos en un esquema de compra por demanda. Se ha trabajado en el pliego de especificaciones para el diseño, construcción y equipamiento del centro de datos. Ambos documentos se requieren para efectuar el estudio de mercado que permitirá contar con los insumos para la confección del estudio de preinversión.

Además, valorando otras opciones que puedan resultar más atractivas a los intereses de la CCSS, se ha considerado incorporar como parte de la licitación contemplada en el proyecto de Gobernanza de las TIC, un apartado para contratar una empresa que colabore con la CCSS en la realización de estos estudios.

En agosto 2016, se dicta el acto de adjudicación a favor de la empresa Price Waterhouse Coopers, oferta única en plaza, por un monto de ¢76,8 millones.

La ejecución del contrato dio inicio el 12 septiembre de 2016. A partir de dicha fecha se han obtenido diferentes productos entre los que se destacan:

- Plan de Proyecto
- Informes de Avance Mensual
- Análisis de Impacto Operativo
- Análisis de Viabilidad Financiera
- Metodología integral y recomendación para la selección de la alternativa de implementación
- Consolidación documental Estudio de Factibilidad

En el caso de la etapa III, planteada originalmente en la solicitud del proyecto, se identificó una serie de acciones a tomar en consideración, que continúan siendo válidas en el nuevo planteamiento. Tal es el caso de la realización de un estudio de factibilidad, donde se consideren aspectos referidos con la construcción de un centro de datos y de las implicaciones de su equipamiento, operación, mantenimiento y actualización.

Para estos efectos, inicialmente se realizaron acercamientos con la Escuela de Economía de la Universidad de Costa Rica, con el fin de establecer un convenio marco que permita contar con su apoyo y respaldo, para llevar a cabo este estudio. Sin embargo, este proceso no tuvo continuidad dado que los alcances propuestos no satisfacían los intereses Institucionales.

- **Equipo de trabajo EDUS- ARCA**

1. Desarrollo Funcionalidad de Identificación de Pacientes – SIAC Adscripción.

Para agilizar el proceso de identificar las personas que hacen uso de los servicios de salud de los Hospitales de la Institución, se diseñó e implementó en SIAC la funcionalidad de registro de identificaciones que contempla las variables básicas de un usuario de los servicios de salud, así como los datos de sus familiares, considerando que estos establecimientos de salud no cuentan con Área de Adscripción (Afilación).

2. Desarrollo del piloto y ajustes del módulo de Gestión de referencias – SIAC Citas.

Se finalizó el plan piloto en el área de salud de Limón y el hospital Tony Facio que permite automatizar el proceso de emisión de referencias por el médico, su aprobación y traslado digital al centro de referencia para el trámite de asignación de citas y con esto simplificar el proceso al paciente, ya que se incluye la notificación por medio de correo electrónico y mensaje de texto, de las citas asignadas. El paciente no debe trasladarse de manera física para gestionar su cita en el establecimiento de salud al que es referido.

Asimismo, se capacitó a los gestores de cambio regionales para promover su implementación.

3. Desarrollo del módulo de Agendas y citas de radiología.

Se desarrolló con usuarios del Hospital México y el Hospital de Puntarenas, el módulo para gestionar las agendas y citas del servicio de Radiología, el cual contempla el proceso de asignación de citas según las necesidades dinámicas del servicio, dado que corresponde a la atención de estudios solicitados por médicos, según cada paciente y su proceso de atención clínica. Además contemplan el reporte para gestión de la lista de espera de pacientes en el servicio.

4. Desarrollo del módulo de Gestión de citas grupales y multidisciplinarias.

Se encuentra en fase de pruebas finales (99%) y los ajustes correspondientes para ser liberado en ambiente productivo para inicios del 2017, la funcionalidad de citas grupales y multidisciplinarias, con especial énfasis en las atenciones de este tipo que son brindadas en los hospitales.

5. Desarrollo del módulo de Beneficio familiar, de acuerdo con la nueva versión del Reglamento de Beneficios Familiares.

Se avanzó en un 70% en el desarrollo de este módulo y su funcionalidad contempla el registro de los nuevos formularios de estudios de beneficio familiar, con la implementación de la actualización del catálogo de modalidades de aseguramiento.

6. Desarrollo de mejoras y mantenimiento evolutivo del módulo de Urgencias, SIAC y SIES.

De acuerdo con el proceso de la puesta en producción en los hospitales de Puntarenas, hospital de Guápiles, hospital Tony Facio, CAIS de Siquirres y hospitales de la Región Brunca (solo utilizan el módulo SIAC Urgencias, ya que no disponen de equipos para implementar el módulo de atención de urgencias con SIES), se han desarrollado y puesto en producción mejoras al proceso de gestión de las listas de trabajo y funcionalidades del módulo de urgencias, permitiendo dar madurez y mejor desempeño a la aplicación para el servicio en los establecimientos de salud y así contar con una herramienta más robusta para la implementación en los demás centros de la Institución.

7. En el SIES se le han aplicado mejoras a la funcionalidad de Odontología:

-
- Mejoras a nivel de diseño de la interfaz de usuario.

8. Desarrollo del prototipo de SIES-hospitalario, que incluyó:

- Análisis de procesos de hospitalización.
- Levantamiento de requerimientos.
- Especificación de servicios web para la integración con el componente de admisión y egresos del ARCA.
- Inicio de la validación del prototipo con personal experto del entorno hospitalario.
- Seguimiento de enfermería.
- Interconsultas.
- Indicación de dietas para paciente hospitalizado.
- Lista de trabajo de personas hospitalizadas (integración con el módulo de Admisión del ARCA).
- Funcionalidad para adjuntar archivos en cualquier formato (texto o imágenes) en el registro de atenciones.
- Gráfica para el seguimiento de pacientes hospitalizado (curva febril).

9. Implementación de la funcionalidad de carga y consulta de otras atenciones en el EDUS.

Desarrollo de nueva funcionalidad en el SIES y definición e implementación de los procesos de carga, para que los datos de atenciones registradas en otros sistemas de información, puedan ser migradas y consultadas desde el SIES, con el objetivo de facilitar la transición al EDUS de aquellos lugares que cuentan con soluciones automatizadas para consulta externa y urgencias. Todo lo anterior, con el fin de garantizar la consulta de histórico de atenciones de los pacientes adscritos a establecimientos con dichas condiciones.

10. Otros evolutivos del SIES.

Se están desarrollando las pruebas técnicas y con usuarios finales, de las siguientes funcionalidades, a fin de planificar y poner en marcha la ejecución de los pilotos correspondientes:

- Consulta Externa Especializada.
- Se inicia la implementación de la nueva licencia (licencia de cuidado paciente gravemente enferma), integrado con el RCPI.
- Firmar Digitalmente el Resumen de la Atención
- Abordaje de atenciones mediante citas grupales, interdisciplinarias y multidisciplinarias.
- Desarrollo de instrumentos para la atención de pacientes en clínicas VIH.

11. Actualización tecnológica del SIES.

En proceso de migración de la interfaz de usuario a otra tecnológica (Web Responsive) que permite la técnica de diseño para ajustar las aplicaciones a distintos dispositivos, computadores

o dispositivos móviles. Así también mejorar el diseño de forma que sea amigable y usable al usuario final.

12. Apoyo a la implementación de la versión 3.0.0 del SIFA.

Se brindó apoyo a la implementación de la versión 3.0.0 del SIFA en 34 unidades. Este apoyo incluye migración de datos, implementación de procedimientos para la consolidación de datos en los cubos de información. Esta versión incluye la validación para los procesos de médico de empresa y medicina mixta.

13. Apoyo a la implementación de la receta electrónica.

Los equipos técnicos a cargo del SIES y del SIFA han brindado apoyo para la activación de la receta electrónica en todos los sectores de Desamparados 3 y en dos Ebáis de la sede de Ebáis de los Guido. También se activó la receta electrónica en los Ebáis del área de salud de Limón y en diciembre en Río Banano, Bananito, Limón Centro, Colonia 1 y 2, Santa Eduvigis para completar toda el AS de Limón. Finalmente, en Coronado se ha activado en Ipís-Zetillal: Ebáis 13 y 16.

14. Implementación de mejoras y cambios al SIFF.

Se trabajó en las mejoras del registro de datos de ficha individual del hombre y la mujer, embarazos, citologías, bitácoras, atenciones, partos, entre otras validaciones requeridas por los ajustes del negocio. Mejora en el desempeño de la atención en término de búsquedas y otros. Ampliación del registro de características de viviendas necesarias para la integración Interinstitucional entre el IMAS y la CCSS.

Se ha avanzado en ampliar servicios de integración entre el SIES y el SIFF.

15. Acompañamiento al proceso de digitación de fichas familiares en el CICAP.

Inclusión y mejoras de los perfiles de MISE para permitir la digitación de fichas familiares por parte de instancias externas a la Institución.

Se ha realizado acompañamiento para la mejora en el proceso de su digitación, así como resolver los problemas técnicos en cuanto a redes y otros problemas presentados por parte del CICAP.

16. Acompañamiento en el proceso de migración de fichas familiares para el área de salud de Coronado.

Se ha avanzado en el análisis de las bases de datos del área de salud de Coronado para la migración de fichas familiares registradas en dicho centro hacia el SIFF.

En cuanto a la coordinación de los equipos de trabajo EDUS y ARCA:

17. Gestión de Requerimientos SIAC

En conjunto con el área de Estadística en Salud, se realizó la priorización de los requerimientos pendientes con el fin de que sean atendidos de acuerdo con las necesidades institucionales. Aunado a lo anterior, se realizaron las gestiones necesarias para que el equipo de desarrollo del SIAC incorpore el marco de trabajo SCRUM, el cual es un proceso en el que se aplica un conjunto de buenas prácticas para trabajar colaborativamente, y obtener el mejor resultado posible de un proyecto. Con este marco se realizan entregas parciales y regulares del producto final, priorizadas por el beneficio que aportan a la administración.

18. Gestión de requerimientos SIES

Se realizó revisión y análisis de requerimientos del SIES para su priorización, lo que permitió que la fecha los requerimientos se encuentren debidamente priorizados para su desarrollo.

19. Gestión de evolutivos EDUS-ARCA

Se revisó y coordinó la distribución de la carga de trabajo asignado a cada uno de los equipos (DTIC y Hospital San Vidente de Paul), carga que a la fecha se encuentra debidamente definido, Por lo anterior, los equipos se encuentran enfocados en el desarrollo de las responsabilidades asignadas, y no se presenta duplicidad de esfuerzos en el desarrollo.

20. Desarrollo Sistema de citologías

En proceso de finiquitar los requerimientos para iniciar su desarrollo en el 2017.

21. Diseño gráfico

En proceso la elaboración de los cambios necesarios para que los diseños web de las aplicaciones contengan un diseño Web Responsive o adaptativo, lo cual es una técnica de diseño que busca la correcta visualización de una misma página en distintos dispositivos (computadores de escritorio, tablets o móviles). Las funcionalidades del proceso de hospitalización se están desarrollando bajo el concepto de diseño web responsive.

22. Unificación de forma de trabajo de los equipos.

Tanto el equipo de trabajo del ARCA como el equipo de trabajo de la DTIC, a la fecha utilizan el mismo marco de trabajo SCRUM, el cual aplica un conjunto de buenas prácticas para trabajar colaborativamente, y obtener el mejor resultado posible de un proyecto.

- **Comunicaciones unificadas**

El Proyecto de Comunicaciones Unificadas, tiene como objetivo la adquisición de una solución que integre los servicios de telefonía IP, Centro de Llamadas, Mensajería unificada (correo electrónico, correo de voz y fax), mensajería instantánea, videoconferencia, movilidad, disponibilidad y redes inalámbricas.

Se finalizó la prueba de concepto, la cual abarcó cada uno de los aspectos mencionados, un total de 25 funcionarios de esta Institución utilizaron esta tecnología, para lo cual se logró integrar esta solución con la infraestructura de TIC de la CCSS.

Con la ejecución de este proyecto la Institución estaría logrando avances tecnológicos significativos, que impactarían de forma positiva la productividad, además, de un mejor servicio para los usuarios internos y externos. Su grado de avance, a la fecha, es de aproximadamente un 45%. Se está finalizando el estudio de mercado, para iniciar el proceso de contratación.



En el marco del Día Mundial del Medio Ambiente, el hospital San Rafael de Alajuela, se unió a la lucha por cuidar al medio ambiente, con la inauguración de los 108 paneles solares y dos calderas de lavandería.



Autoridades de gobierno y de la CCSS, inauguraron un moderno mamógrafo en el Área de Salud Solón Núñez, que beneficiará a cerca de 27 mil mujeres con edades entre 45 y 70 años y menores de 45 con factores de riesgo.



Gerencia de LOGÍSTICA

La Gerencia de Logística tiene como misión dirigir en forma estratégica los procesos de la cadena de abastecimiento institucional, para suministrar los bienes y los servicios con calidad, oportunidad, racionalidad y satisfacer en forma efectiva los requerimientos de los usuarios en la Red Institucional.

En ese sentido, acorde con la razón de ser de la Gerencia, se desarrollan diferentes acciones y proyectos para el fortalecimiento de la cadena de abastecimiento. A continuación se muestran los logros para el período 2016 de nuestra gestión.



Implementación de Soluciones Tecnológicas Integradas

a. Implementación del Sistema de Información Gestión de Suministros SIGES en la Red Institucional:

La Gerencia de Logística continuó con el proceso de implementación del SIGES en la Red de Servicios Institucional, lo cual se realiza a través de capacitaciones (en sitio), instalación e implementación del sistema en cada centro médico; de esto que el proceso de puesta en marcha del sistema en producción, está sujeto a la disponibilidad de cada unidad ejecutora.

El Sistema de Información Gestión de Suministros SIGES se compone de tres grandes módulos los cuales son: Pedido Electrónico, Inventarios y Compras.

Desde el año 2012, se ha venido desarrollando el proyecto de implementación de este sistema en la Red Institucional, donde a la fecha se cuenta con el 100% de implementación de los módulos de pedido electrónico e inventarios, tal y como se muestra en el cuadro N°1, así como lo referente al módulo de compra y de consignación:

CUADRO N° 1
Implementación de los módulos SIGES
Diciembre 2016

MÓDULO	UNIDADES CAPACITADAS
Pedido electrónico	133
Consignación	22
Compras	36
Inventarios	117

Las 36 unidades ejecutoras que cuentan con el módulo de compras, representa el 78.26% de la población seleccionada en el proyecto. En el cuadro N°2 se muestra las unidades ejecutoras que cuentan con el mismo:

CUADRO N° 2
Implementación del módulo de compras en el SIGES
Diciembre 2016

NOMBRE UNIDAD EJECUTORA	NOMBRE UNIDAD EJECUTORA
Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia	Hospital Monseñor Víctor Manuel Sanabria Martínez
Hospital San Juan de Dios	Hospital Enrique Baltodano
Hospital Dr. Carlos Sáenz Herrera	Hospital La Anexión
Hospital México	Hospital de Upala
Hospital. de las Mujeres Dr. Adolfo Carit	Hospital Tony Facio
Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología	Hospital Guápiles
CENARE	Hospital Dr. Escalante Pradilla
Hospital San Rafael de Alajuela.	Hospital de Golfito
Hospital San Francisco de Asís	Hospital Tomás Casas
Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega	Hospital de San Vito
Hospital San Vicente de Paul	Hospital Ciudad Neilly
Hospital Nacional Psiquiátrico	Dirección Regional Pacífico Central
Hospital Dr. Chacón Paut	Área de Salud de Coronado
Hospital William Allen	Área Salud Tibás - Merced - Uruca (Clínica Clorito Picado)
Hospital Max Terans Valls	Dirección de Servicios Institucionales
Clínica Solón Núñez	Hospital de Cartago
Hospital de San Carlos	Clínica Moreno Cañas
Hospital Los Chiles	Clínica Marcial Fallas

Es importante destacar que la Gerencia de Logística continúa trabajando en el proyecto de transformación del SIGES, siempre en la línea de la integración de los tres pilares de contratación administrativa: planificación, selección del contratista y ejecución contractual y administración de inventarios y con una conceptualización de contar con sistema que interactúe tanto con el usuario interno y externo a través de una aplicación WEB.

b. Compras en la plataforma electrónica que administra el Ministerio de Hacienda Compr@Red.

En concordancia con la línea de modernización, reforzamiento de la transparencia y productividad en el desarrollo de la gestión de abastecimiento de bienes y servicios, la Gerencia de Logística ha venido utilizando la plataforma Compr@Red para efectuar los trámites de compra. De aquí se destacan los siguientes aspectos:

El Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios de la Gerencia de Logística, realiza en promedio un 80% de sus procesos contractuales por medio de la plataforma Compr@Red. Durante el período 2016 se adjudicó un monto estimado de 27.988.7 millones de colones de los concursos.

Como resultado de las compras efectuadas en dicha plataforma, se estima un ahorro al mes de diciembre 2016 de 6.904.05 millones de colones. Este monto es calculado comparando los precios estimados en la programación y los precios adjudicados, de los concursos tramitados en la plataforma.

De los 13 Convenios Marco disponibles en la plataforma CompraRed, disponibles para el uso de las 136 unidades ejecutoras de la institución adscritas que conlleva un estimado de 800 funcionarios a nivel institucional con derechos, durante el período 2016, la CCSS tramitó un monto de ¢6.113.036.6 millones a través de los convenios marco disponibles en la plataforma electrónica CompraRed y de acuerdo con la información suministrada por la Dirección General de Administración de Bienes y Contratación Administrativa del Ministerio de Hacienda, los ahorros obtenidos correspondieron a 1.026.3 millones de colones.

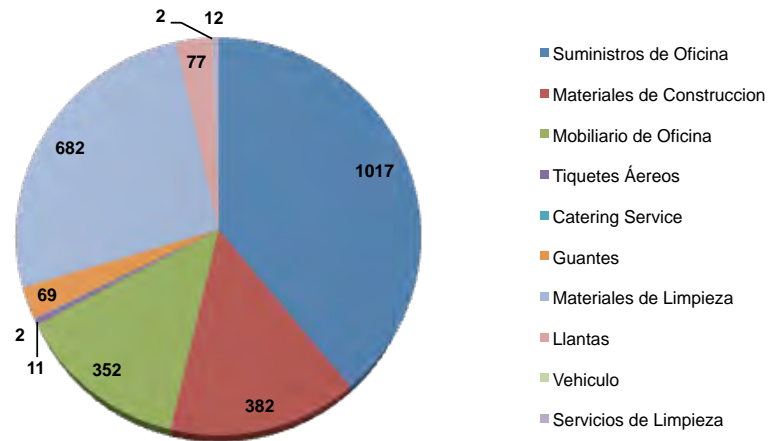
CUADRO NO. 3
Uso de los Convenios Marco en la Institución

	2012	2013	2014	2015	2016	
Suministros de Oficina	4	132	586	732	1017	2467
Materiales de Construcción	0	28	243	311	382	964
Mobiliario de Oficina	0	17	149	128	352	646
Tiquetes Áereos	0	0	7	4	11	22
Catering Service	0	0	5	23	2	30
Guantes	0	0	52	45	69	166
Materiales de Limpieza	0	0	69	416	682	1167
Llantas	0	0	67	65	77	209
Vehículo	0	2	4	5	2	13
Servicios de Limpieza					12	12
	4	179	1182	1729	2606	5696

Fuente: Compra Red.

En el Gráfico No. 1 se presenta el detalle de la cantidad de órdenes de pedido solicitadas por tipo de convenio marco, los de mayor demanda siguen siendo los de Suministro de Oficina, Materiales de Construcción y Materiales de Limpieza.

GRÁFICO NO. 1
Órdenes de Pedido realizadas, según tipo de convenio marco
 Periodo 2016

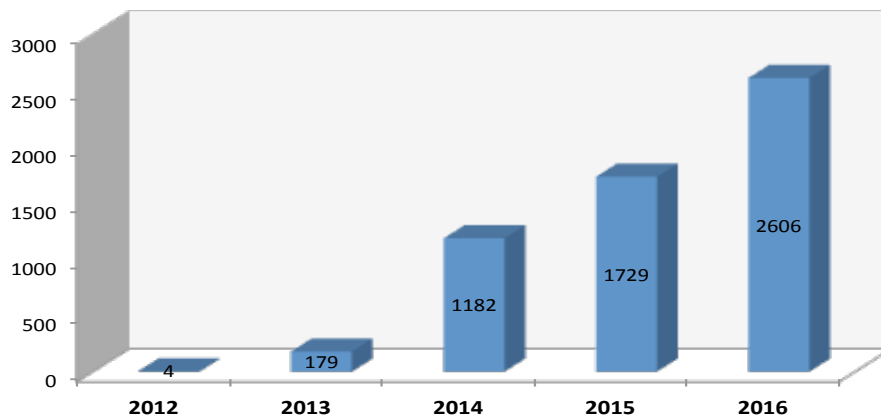


Fuente: Compra Red.

Por otro lado, en el gráfico N°2 se muestra la cantidad de órdenes de pedido efectuadas por las diferentes unidades, para el uso de los convenios marco, y como ha ido en crecimiento desde el año 2012.

GRÁFICO N° 2.
Órdenes de Pedido solicitadas en Convenio Marco
 Período 2012 – 2016

Fuente: Compr@Red.



El uso de los convenios marco ha repercutido no sólo en la generación de ahorros por economía de escala, sino también en el reforzamiento de la seguridad jurídica de los procedimientos utilizados, transparencia de los procesos de adquisición de bienes y servicios a nivel institucional y en una transformación de la cultura organizacional en el uso de una plataforma electrónica.

Normalización de los procesos de la Cadena de Abastecimiento Institucional

a. Regulación y estandarización de los procesos que sustentan los pilares de la contratación administrativa.

Levantamiento de Procedimientos.

En el año 2016 se generó el levantamiento de los tres macro procesos en su versión 0, de la siguiente manera:

- Procedimiento para la programación de bienes y Servicios.
- Procedimiento para la Selección del Contratista.
- Procedimiento para la Ejecución Contractual.

b. Revisión y actualización de normas.

En el 2016 se aprobaron once normas:

1. Procedimiento para la recepción y facturación de Alimentos.
2. Manual de Normas y Procedimientos de Mercancías y pago de Facturas de Bienes y Servicios, Financiamiento de Agencias de Aduana.
3. Procedimiento de Integral de Ejecución Contractual.
4. Protocolo para la Venta de Medicamentos a terceros en la CCSS.
5. Guía para el Registro Precalificado de Medicamentos, Materias Primas, Reactivos envases y Material de Acondicionamiento.
6. Protocolo para la Programación, Acciones de Control, Supervisión y pago en los Contratos realizados bajo la modalidad de Prueba Efectiva.
7. Protocolo medicamentos para la Ejecución Contractual de las compras consolidadas.
8. Procedimiento de Gestión y Control para el inicio de nuevas Contrataciones.
9. Reglamento para la Tramitación de Donaciones.
10. Protocolos de Pruebas Efectivas.
11. Protocolo para la Aplicación de 117 de la DABS.

c. Capacitación en materia de gestión de abastecimiento a nivel institucional.

Mediante una metodología y Plan formalizado, se efectuaron actividades de capacitación y asesoría, de las cuales se recopiló los siguientes datos para el año 2016:

- 38 Actividades.
- 929 personas capacitadas.
- 2 Videoconferencias con 65 conexiones en total.

d. Evaluación de la gestión de abastecimiento institucional.

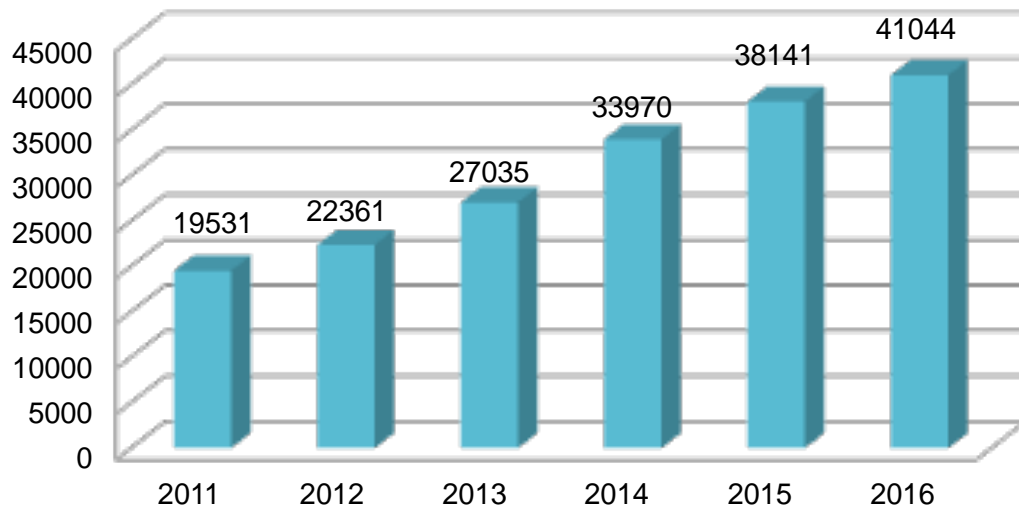
- 24 Hospitales Evaluados SIGES
- 5 Hospitales Evaluados Convenios Marco.

e. Administración del Catálogo de bienes y servicios.

Con las actividades que se han llevado a cabo para la actualización del Catálogo General de Suministros, se logró mantener la información oportuna y adecuada de los distintos bienes y servicios que se ofrecen para la Institución, se han clasificado los bienes y los servicios con el fin de estructurar y mantener vigente el Catálogo y se depuraron los códigos, para ajustar las especificaciones que correspondan.

En el gráfico No. 3 se puede observar el crecimiento del Catálogo para el año 2016 de 2903 códigos en comparación con el año 2015, como resultado de las acciones y cambios de códigos genéricos a específicos.

GRÁFICO NO. 3
Crecimiento Anual del Catálogo General de Bienes y Servicios
Al año 2016



f. Fortalecimiento de la gestión orientada al Desarrollo de Proveedores.

- 2498 Proveedores activos.
- 365 Proveedores nuevos.

g. Consolidación de compras de insumos de uso común.

La consolidación de compras de insumos de uso común, es una estrategia que la Gerencia de Logística impulsa con el fin de desarrollar proyectos para el mejoramiento de la cadena de abastecimiento, fomentando el aprovechamiento de economías de escala y de tipo procesal como oportunidades de mejora, para el fortalecimiento del abastecimiento a nivel institucional.

En el marco de estas soluciones, se efectuaron negociaciones que generaron los ahorros que se especifican en el cuadro adjunto:

CUADRO NO. 4
Ahorros generados por el uso de Convenios Marco y Compra Consolidada

SOLUCIONES INSTITUCIONALES AÑO 2016			
Objeto de Contratación	Tipo de Solución	Unidad que Tramita	Ahorros
Bombas de Infusión	Convenio Marco	Hospital. Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.	∅965 millones anuales.
Guantes	Compra Consolidada	Hospital México.	∅80 millones anuales.
Carnes	Convenio Marco	Hospital Nacional Psiquiátrico	∅52 millones semestre en economía procesal



La CCSS adquirió una moderna unidad médica móvil para el traslado a cualquier comunidad del país, con el objetivo de asegurar la prestación de servicios de salud en situaciones de emergencia y desastre.

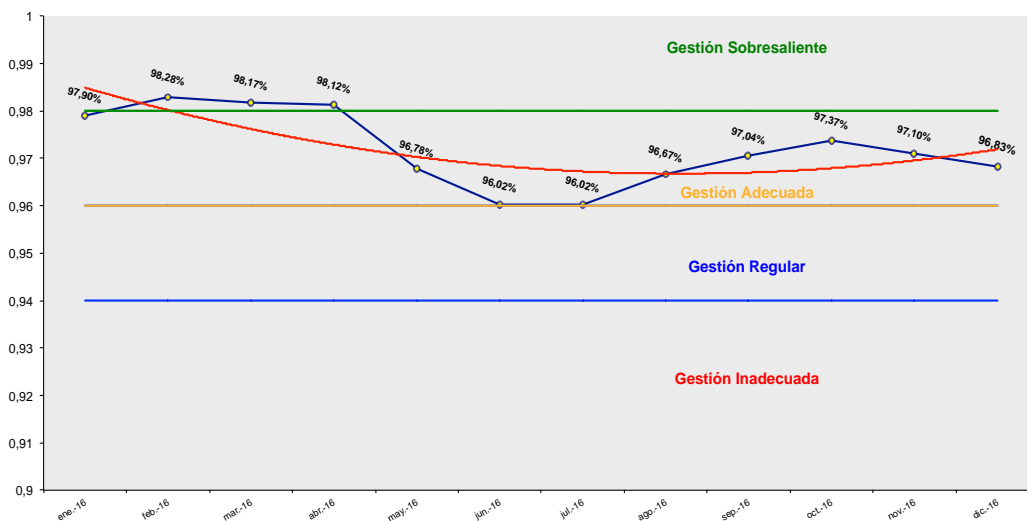
Gestión de abastecimiento de bienes y servicios

En el periodo 2016, mediante la unidad ejecutora 5101 “Programa Materiales y Suministros” se adquirieron medicamentos, insumos médicos, reactivos y otros, para abastecer la Red Institucional, con una inversión total de ¢165,476, con una ejecución presupuestaria de ¢162.297,8 millones que representó el 98.1%. Es fundamental destacar la gestión integrada desde que el producto es recibido en el Centro de Distribución, aprobación de calidad y el envío de las facturas para lograr el uso óptimo de los recursos. Asimismo en las compras por consignación se mantiene un control y seguimiento con las unidades ejecutoras que forman parte de los contratos para la ejecución presupuestaria en tiempo y forma.

La gestión de abastecimiento conlleva la entrega de los productos en el momento que se requiera para satisfacer la necesidad de los usuarios, con criterios de calidad, oportunidad y equidad. Cabe destacar que actualmente la Gerencia de Logística, cuenta con información de los inventarios disponibles en la Red de Servicios por medio del Sistema SIGES e interfaces con otros sistemas como el SIFA, lo que permite realizar una correcta distribución del inventario para garantizar el abastecimiento continuo.

La gestión permitió alcanzar un abastecimiento al mes de diciembre cercano al 97% de todos los productos que se adquieren en esta Gerencia, indicador que se muestra en el Gráfico N°1.

GRÁFICO N° 4
Indicador de **abastecimiento total**
Período 2016



Fuente: Área Gestión de Medicamentos. Dirección Aprovisionamiento de Bienes y Servicios

El vencimiento de medicamentos e insumos médicos es un riesgo inherente al proceso de abastecimiento, es por esa razón que se mantienen controles para mitigarlo, los cuales han

permitido que para el periodo 2016, el porcentaje de vencimiento sea de sólo 0,10 % del valor del inventario promedio, logrando con esto un valor muy inferior a lo establecido, en el “*Protocolo para la Administración de Inventarios de Medicamentos e Insumos Médicos en los Centros de Distribución de la Gerencia de Logística*”, que es de un 3%, conforme al estándar establecido por la Organización Panamericana de la Salud. Con una rotación de inventario de un 3.59 veces, lo cual se logra mediante una integración ideal de operaciones logísticas como lo son; la planificación, la programación, y el abastecimiento (recibo, almacenamiento, aliste y despacho de mercadería), mediante un modelo logístico que toma en consideración las necesidades de los establecimientos de salud, así como sus particularidades en función de la estructura física, y región de atención.

Con la adquisición de medicamentos mediante la Negociación conjunta de precios y compra de medicamentos para los países de Centroamérica y República Dominicana, COMISCA, la Institución ha obtenido ahorros por aproximadamente 1.692.9 millones de colones durante el período 2016.

Por otra parte, dentro de la gestión que realiza la Gerencia de Logística para obtener mejoras de precios en la adquisición de los productos, se han obtenido por medio del proceso de negociación de precios, descuentos significativos de aproximadamente \$1.513.180.42, que en colones representa aproximadamente 847.3 millones de colones, durante el período 2016.



Equipos técnicos de la CCSS, inspeccionaron los diversos sistemas del hospital de Upala, con la finalidad de determinar los posibles daños provocados, tras el paso por el Huracán Otto.

Autoridades de la CCSS, lideradas por la doctora María del Rocío Sáenz Madrigal, inauguraron el remozamiento del servicio de Medicina Nuclear del Hospital San Juan de Dios.



Eficiencia en la gestión de producción industrial

Los centros de producción industrial desempeñan una función importante en el abastecimiento de bienes y servicios, debido al impacto en la continuidad de la prestación de los servicios en la Red Institucional, con productos como: medicamentos, sueros, reactivos químicos, anteojos, prótesis, papelería e impresos, ropa hospitalaria y el servicio de lavado de ropa hospitalaria.

La producción realizada durante este período en los diferentes centros de producción se detalla en el cuadro N° 5.

CUADRO N° 5.
Producción por Centro Productivo
Período 2016

CENTRO DE PRODUCCIÓN	PRODUCCIÓN
Laboratorio de Productos Farmacéuticos	8.117.892 unidades de medicamentos.
Laboratorio de Soluciones Parenterales	4.029.500 bolsas de soluciones parenterales.
Laboratorio de Reactivos Químicos	332,886 unidades de reactivos.
Laboratorio Óptico	39.710 anteojos.
Taller Nacional de Prótesis y Ortesis	848 prótesis y 794 reparaciones
Fábrica de Ropa	856.507 prendas.
Imprenta	876.596 cientos de formularios
Lavandería Central	6.338.009 kilos de ropa
Lavandería Zeledón Venegas	6.744.769 kilos de ropa

Fuente: Dirección de Producción Industrial

Para alcanzar una mayor eficiencia y eficacia de los diferentes centros productivos, durante este período se realizaron diferentes inversiones en equipo industrial, las cuales se detallan en el Cuadro N°6 indicando el impacto en la producción.

CUADRO NO. 6
Inversión en equipamiento industrial
 Período 2016

DESCRIPCIÓN DE EQUIPO	IMPACTO EN LA PRODUCCIÓN	MONTO
Biseladora– Laboratorio Óptico	Es un equipo utilizado en forma directa en el proceso productivo específicamente para el montaje de los lentes, con este se mejorará la calidad del producto	€14 300 000,00
Instalación Planta eléctrica de emergencia con transferencia automática - Laboratorio Soluciones Parenterales	Con el respaldo eléctrico de la planta se garantizará la continuidad del proceso productivo de las soluciones parenterales en eventuales faltantes del fluido eléctrico, mejora en su eficiencia.	€69 272 000,00
"Medidor de pruebas de integridad- Laboratorio Soluciones Parenterales	Un instrumento de medición de integridad de filtros y recambio de los housing sanitarios. Garantizando según las Buenas Prácticas de Manufactura, que el proceso de filtración de soluciones parenterales de gran volumen esté de acuerdo a la normativa vigente y debidamente documentado.	€39 000 000,00
Llenadora de Cremas- Laboratorio Productos Farmacéuticas	Mejora en la eficiencia del proceso de producción de cremas del Laboratorio de Productos Farmacéutica permitiendo hacerle frente a la demanda creciente institucional de estos productos	€152 487 600,00
Tren de Planchadores Industrial – Lavandería Central y Lavandería Zeledón Venegas	Mejora la eficiencia y eficacia en el proceso de planchado de ropa hospitalaria y representa una mejora tecnológica.	€815 320 800,00
Sistema de Esterilización Industrial (Autoclave) – Laboratorio Soluciones Parenterales	Disminuye el tiempo de espera de esterilización de la carga, logrando disminuir la carga bacteriana del medicamento, y a su vez, permite renovar un equipo básico en la producción de soluciones parenterales de gran volumen. Se espera su ingreso a mediados del 2017 este monto esta en reserva.	€632 291 278,00
Sillas podológicas- Taller Nacional de Ortesis y Prótesis	Mejorar las condiciones en que son atendidos los pacientes, de tal forma que su manipulación sea segura y cómoda durante su atención.	€3 700 000,00
TOTAL MONTO INVERTIDO		€1 726 371 678,00



Gerencia de PENSIONES

El Régimen de Invalidez Vejez y Muerte (RIVM) es el Seguro de Pensiones más grande del país que considera como afiliado a cualquier trabajador que haya incluido al menos una cuota en el último año de trabajo protegiéndolo de los riesgos de Invalidez, Vejez y Muerte.

Constituido como el Primer Pilar del Sistema Nacional de Pensiones a partir de la promulgación de la Ley de Protección al Trabajador; el RIVM es un seguro administrado con gran responsabilidad y transparencia, ante la mirada vigilante de todas las instituciones estatales relacionadas con el tema y de la ciudadanía en general.

Ante el reto de mantener al RIVM sano y sostenible financieramente, las autoridades periódicamente toman medidas de corto, mediano y largo plazo para lograr ese objetivo, prueba de ello han sido las reformas que se realizan al Reglamento de Invalidez, Vejez y Muerte.



Pensiones del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte

El Seguro de Pensiones de Invalidez, Vejez y Muerte es el régimen de pensiones de la Seguridad Social al que se encuentran afiliados la mayoría de los trabajadores de nuestro país. a diciembre del 2016 la afiliación rondaba los 1.515.185 de personas.

Dada la dinámica demográfica que se observa en la población costarricense, en la que se documentan incrementos en la esperanza de vida y menores índices de fecundidad, así como un envejecimiento poblacional, en el cual sin duda el Seguro de Pensiones de IVM juega un papel muy importante al otorgarle el beneficio de una renta a la población que luego de una vida laboral decide retirarse.

En esa misma línea cabe destacar que a diciembre 2016, el Seguro de IVM registraba un total de 243.343 beneficiarios, distribuidos de la siguiente manera: en el Riesgo de Invalidez 51.473 pensionados, en el Riesgo de Vejez presenta 117.630 pensionados y en Muerte 74.240 pensionados.



Las Oficinas Centrales de la CCSS, se convirtieron en centro de recolección de víveres no perecederos para paliar las necesidades básicas de las personas afectadas por el huracán Otto.

Cantidad de pensionados del RIVM

En la siguiente tabla se muestra la distribución de beneficiarios por riesgo desde el año 2000 al 2016.

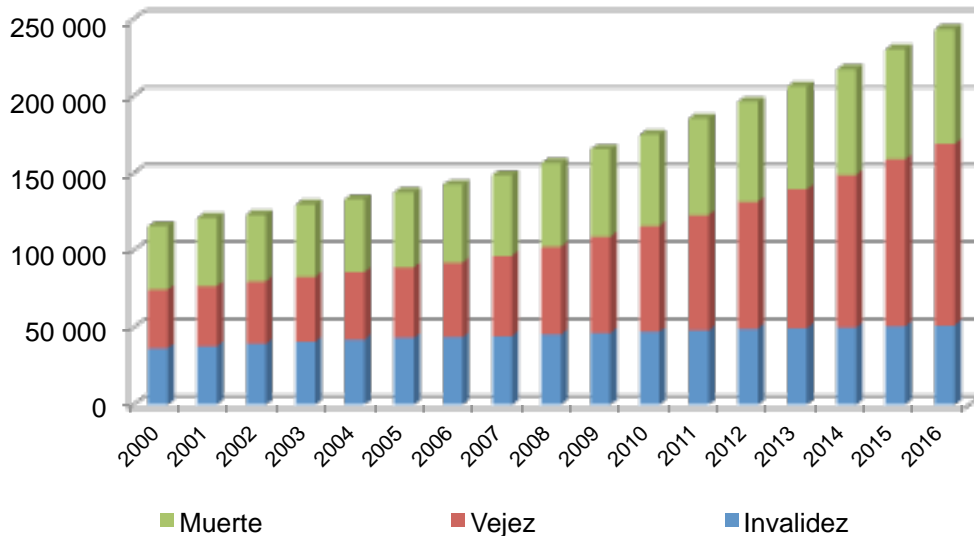
CUADRO NO 1
Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte
Beneficiarios en planilla ordinaria
A diciembre de cada año
Periodo 2000-2015

AÑO	INVALIDEZ	VEJEZ	MUERTE	TOTAL
2000	36 503	38 051	41 174	115 728
2001	37 873	39 245	44 068	121 186
2002	39 588	40 533	42 949	123 070
2003	40 874	42 146	46 897	129 917
2004	42 436	43 684	46 994	133 114
2005	43 370	45 738	48 442	137 550
2006	43 797	48 513	50 306	142 616
2007	44 580	52 055	52 152	148 787
2008	45 571	57 008	54 015	156 594
2009	46 631	62 389	56 544	165 564
2010	47 520	68 433	59 168	175 121
2011	48 206	74 802	62 585	185 593
2012	49 339	82 287	64 752	196 378
2013	49 705	90 048	66 576	206 329
2014	50 233	98 824	68 288	217 345
2015	51 003	108 069	71 216	230 288
2016	51 473	117 630	74 240	243 343

Fuente: Área de Informática, Dirección Administración Pensiones.

De acuerdo con el siguiente gráfico, se pueden observar dos tendencias muy marcadas, la primera es que el total de casos de pensiones para este periodo (2000-2016) ha crecido de manera sostenida y la segunda tendencia es la importancia relativa del Riesgo de Vejez es mayor cada año, lo cual es consistente con regímenes de pensiones dinámicos como el IVM, por cuanto es un régimen de pensiones maduro y que pertenece a una población con mayor esperanza de vida y mejores tasas de mortalidad.

GRÁFICO NO. 1
Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte
Beneficiarios planilla ordinaria
A diciembre de cada año
Período 2000-2016



Durante el periodo 2016, la Dirección Administración de Pensiones llevó a cabo distintas actividades para mejorar la gestión y los procesos internos en cuanto a la administración de la planilla de pensionados.

- Consolidación del Proyecto Actualización de Datos de los Pensionados del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y Régimen No Contributivo.
- Disponible actualización de datos en línea para los usuarios que hayan solicitado la clave de acceso para ingresar a IVM- Servicios, Sistema Trámite en Línea (SITEL).
- Remodelación de la Plataforma de Servicios.
- Activación del proceso de solicitud de pensión de vejez en línea.

Cobertura contributiva en el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte

La cobertura contributiva del Seguro de Pensiones con respecto a la Población Económicamente Activa mantiene un crecimiento sostenido para el período 2002-2016.

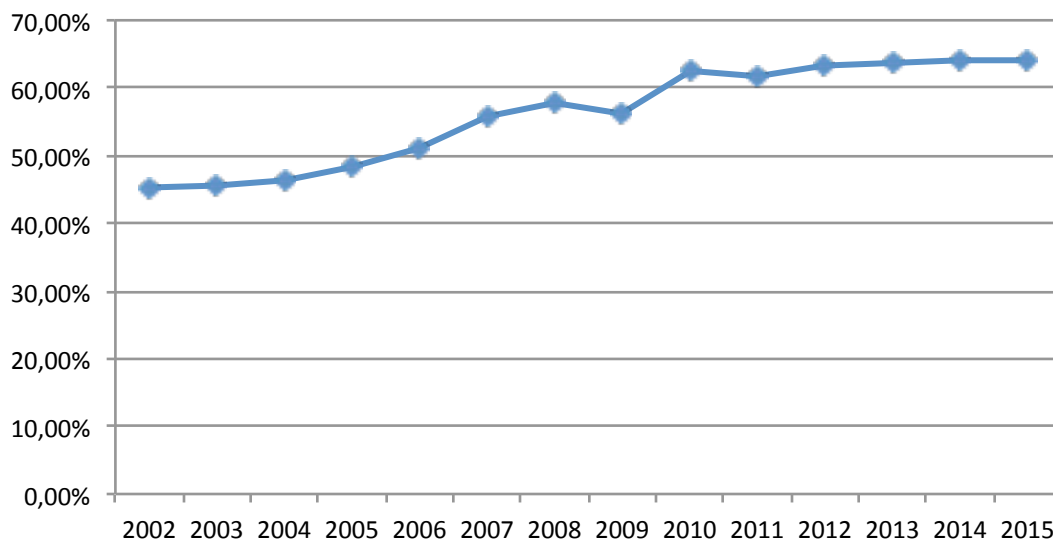
CUADRO NO. 2
Caja Costarricense de Seguro Social
Cobertura de la PEA total
Datos mensuales 2016

AÑO	COBERTURA RESPECTO A LA PEA TOTAL
2002	45,29%
2003	45,58%
2004	46,18%
2005	48,36%
2006	51,16%
2007	55,66%
2008	57,64%
2009	56,40%
2010	62,62%
2011	61,85%
2012	63,25%
2013	63,87%
2014	64,14%
2015	64,18%
2016	

Fuente: Dirección Actuarial y Económica. Área de Estadística

Gráficamente, la cantidad de afiliados puede observarse de la siguiente manera, en el gráfico No. 2:

GRÁFICO NO. 2
Caja Costarricense de Seguro Social
Cobertura de la PEA total
Datos mensuales 2016



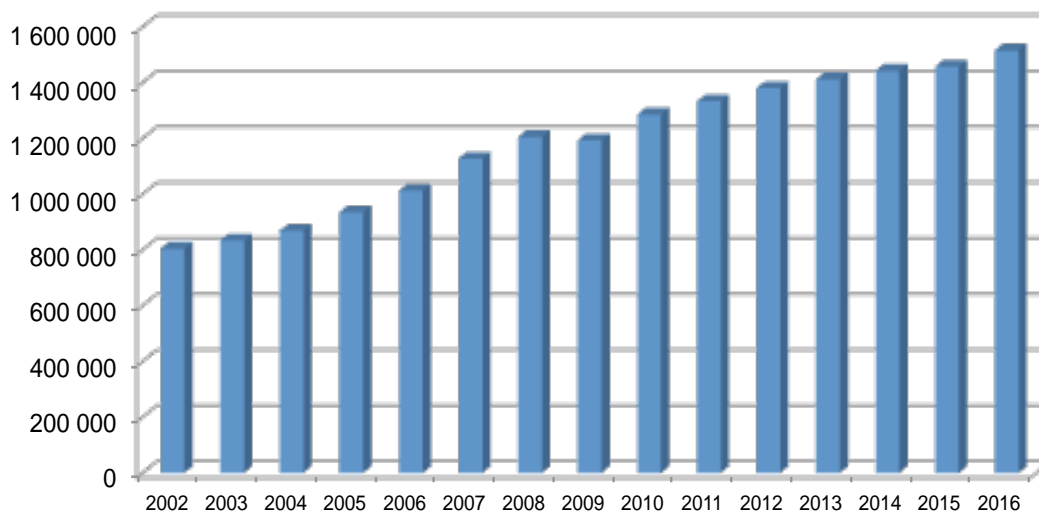
La cantidad de afiliados al Seguro de IVM, de igual forma que la cobertura, ha mantenido un crecimiento sostenido para el mismo periodo. Durante el año 2016, se registró en total 1.515.185 personas cotizantes activas. La información se presenta en el cuadro No. 3 y en el gráfico No. 3:

CUADRO NO. 3
Caja Costarricense de Seguro Social
Cotizantes al Seguro de Pensiones
Datos mensuales 2016

Año	Trabajadores asegurados
2002	804 353
2003	833 191
2004	868 005
2005	934 241
2006	1 012 033
2007	1 126 813
2008	1 204 969
2009	1 191 992
2010	1 284 762
2011	1 332 584
2012	1 379 961
2013	1 411 804
2014	1 442 063
2015	1 456 744
2016	1 515 158

Fuente: Dirección Actuarial y Económica. Área de Estadística

GRÁFICO NO. 3
Caja Costarricense de Seguro Social
Cotizantes al Seguro de Pensiones
Datos mensuales 2016



Régimen No Contributivo de Pensiones

El Régimen No Contributivo es un programa administrado por la CCSS y cuyos recursos provienen del Fondo de Asignaciones Familiares con cargo al presupuesto del Estado.

Los beneficios se dirigen a los sectores de nuestra sociedad en condición de pobreza y pobreza extrema, los cuales se rigen por la normativa establecida para cada uno.

Cantidad de pensionados por tipo de beneficio

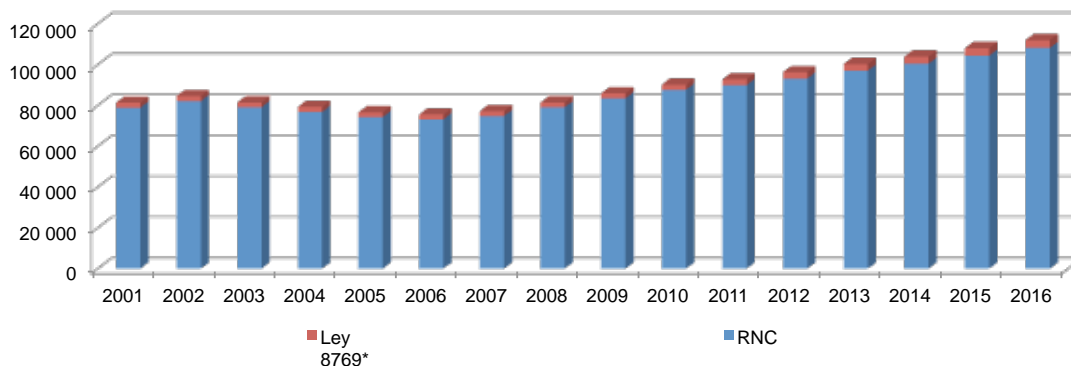
En lo que respecta al programa Régimen No Contributivo de Pensiones, el número total de pensiones ordinarias acumuladas al mes de diciembre 2016 fue de 112.029, lo que representa un crecimiento porcentual con respecto a diciembre 2015 de un 3,66%. Este crecimiento es producto de lo dispuesto en el Plan Nacional de Desarrollo 2015 – 2018, la disponibilidad de recursos otorgados a este Programa y el esfuerzo y coordinación a nivel nacional, con la clara consigna de incrementar la cobertura de dicho Régimen de Pensiones a la población en pobreza extrema, según lo que estableció la estrategia Plan Puente al Desarrollo.

CUADRO NO. 4
Régimen No Contributivo
Número de pensiones Ordinarias y Ley 8769
Período 2001-2016
Acumulado al 31 de diciembre de cada año

Período	RNC	Tasa de Variación	Ley 8769*	Tasa de Variación	Total
2001	78 854		2 429		81 283
2002	82 116	4,1	2 481	2,1	84 597
2003	79 047	-3,7	2 447	-1,4	81 494
2004	76 804	-2,8	2 434	-0,5	79 238
2005	74 219	-3,4	2 405	-1,2	76 624
2006	73 146	-1,4	2 398	-0,3	75 544
2007	74 779	2,2	2 406	0,3	77 185
2008	79 005	5,7	2 414	0,3	81 419
2009	83 438	5,6	2 446	1,3	85 884
2010	87 654	5,1	2 557	4,5	90 211
2011	89 982	2,7	2 815	10,1	92 797
2012	93 182	3,6	3 116	10,7	96 298
2013	97 028	4,1	3 280	5,3	100 308
2014	100 454	3,5	3 449	5,2	103 903
2015	104 390	3,9	3 679	6,7	108 069
2016	108 175	3,6	3 854	4,8	112 029

El gráfico N° 4 ilustra la evolución histórica de las pensiones a partir del año 2001.

GRÁFICO NO 4
Régimen No Contributivo
Número de pensiones Ordinarias y Ley 8769
Período 2001-2016
Acumulado al 31 de diciembre de cada año



Debido a las políticas institucionales, a las acciones de las unidades administrativas y a la coordinación para la aplicación de la normativa, entre otros, la tendencia experimentada a partir del año 2007 ha sido constante, con lo cual se cumple el objetivo del Gobierno de incrementar la cobertura de este Régimen a las personas en necesidad de amparo económico inmediato.

Monto de la pensión

El monto de las pensiones del Régimen No Contributivo, ha tenido modificaciones que se han realizado con el propósito de que los beneficiarios tengan mayor capacidad adquisitiva y consecuentemente puedan satisfacer de mejor manera sus necesidades básicas.

CUADRO NO. 5
Programas pensiones ordinarias RNC y Ley 8769
Histórico de montos de pensión por programa

RNC MONTO ORDINARIA		RNC LEY 8769	
FECHA	MONTO	FECHA	MONTO
dic-05	16 000,00	dic-05	108 879,00
dic-06	35 000,00	dic-06	122 683,50
dic-07	50 000,00	dic-07	137 770,50
dic-08	57 500,00	dic-08	161 824,50
dic-09	66 125,00	dic-09	176 616,00
dic-10	70 125,00	dic-10	192 790,20
dic-11	70 125,00	dic-11	202 906,00
dic-12	72 000,00	dic-12	215 618,25
dic-13	75 000,00	dic-13	228 852,05
dic-14	75 000,00	dic-14	247 525,25
dic-15	78 000,00	dic-15	256 352,00
dic-16	78 000,00	dic-16	264 093,84

Clasificación de beneficiarios según tipología

Las tipologías establecidas son: vejez, invalidez, viudez, orfandad, indigencia y Ley 8769. Durante los últimos años, se ha mantenido la estructura relativa por tipología, dando prioridad a las solicitudes por vejez, mientras que la demanda por invalidez continúa también siendo significativa.

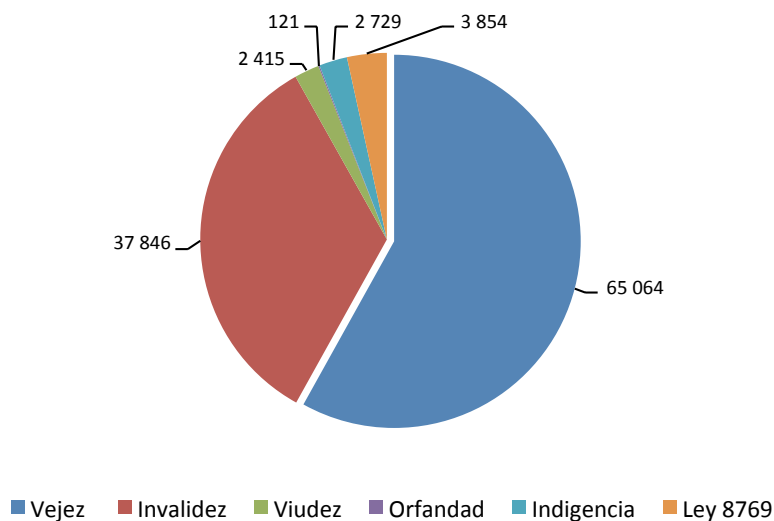
CUADRO NO. 6
Distribución de pensionados por riesgo

RIESGO	DIC-16	PORCENTAJE	DIC-15	PORCENTAJE
Vejez	65 064	58,1%	62 442	57,8%
Invalidez	37 846	33,8%	36 737	34,0%
Viudez	2 415	2,2%	2 361	2,2%
Orfandad	121	0,1%	116	0,1%
Indigencia	2 729	2,4%	2 734	2,5%
Ley 8769	3 854	3,4%	3 679	3,4%
Total	112 029	100%	108 069	100%

Fuente: Elaboración propia, con datos del SIP

En términos absolutos, la tipología de vejez tiene el mayor crecimiento neto interanual desde diciembre 2014 hasta diciembre 2015 - 2.652 casos en ese período.

GRÁFICO NO. 6
Distribución de pensionados por riesgo



Durante el año 2016, alrededor de un 55% de nuevos beneficiarios, son personas en pobreza extrema y un 44% registran un ingreso per cápita que los ubica en pobreza básica, y 71 beneficiarios cuyo análisis incluyó gastos por necesidades especiales; por lo que este se dirige a las personas que requieren apoyo, debido a su condición de pobreza extrema.

Calificación de Invalidez

La Dirección de Calificación de la Invalidez de la Gerencia de Pensiones es la única dependencia competente a nivel institucional, para emitir el criterio de calificación del estado de la invalidez de los solicitantes de pensión por este riesgo en los diferentes regímenes de pensiones y el criterio de discapacidad severa para la obtención de algunos beneficios sociales, así determinado en: leyes, reglamentos, circulares e instructivos, de todo el país.

Se presenta a continuación la producción del año 2016 de esta unidad médica de la Gerencia de Pensiones, en relación con los diferentes servicios de valoración médica, con los porcentajes de aprobados y denegados de cada uno de ellos. Asimismo, se compara el aumento logrado en la producción total en el año 2016 en relación con los años 2014 y 2015.

Es importante indicar que la producción se refiere a casos concluidos (egresos), y en el caso de pensiones de invalidez del RIVM y del RNC, no van a corresponder directamente con el número de pensiones otorgadas, por cuanto el criterio médico es uno de los requisitos para la obtención del beneficio y la aprobación dependerá del cumplimiento también de otros requisitos. En el caso del RIVM requiere el cumplimiento del derecho administrativo y además de que el solicitante decida acogerse, ya que hay casos en que debido al monto de las pensiones deciden continuar laborando aún con gran afectación funcional. En el caso del RNC dependerá del cumplimiento del requisito socioeconómico respectivamente y de que permita ser incluido en la meta fijada por el gobierno de asignación de estas pensiones.

CUADRO NO. 7
Producción de la Dirección Calificación de la Invalidez
Egresos año 2016

RIESGO O BENEFICIO	AÑO 2016			
	N° Egresos	Aprobados (%)	Denegados (%)	Sin Criterio* (%)
Invalidez Régimen IVM	8304	34,38	62,90	2,72
Invalidez para PXM	285	55,79	37,89	6,32
Invalidez Ley 8769 (PCP y similares)	501	53,09	43,71	3,19
Invalidez Régimen No Contributivo	4823	43,44	49,95	6,61
Invalidez Régimen Magisterio Nacional	274	43,43	54,38	2,19
Invalidez Régimen Ministerio de Trabajo	31	41,94	58,06	0,00
Discapacidad Seguro Familiar de Salud	825	73,33	21,70	4,97
Discapacidad Bono Familiar de Vivienda	721	44,11	0,69	55,20
Discapacidad Ley 8444	52	28,85	40,38	30,77
Apelaciones Médico Legales	135	-	-	-
TOTAL	15951			

Como se puede observar en la tabla anterior, se logró aumentar la producción como resultado de diferentes estrategias implementadas para mejorar la gestión, entre ellas la Reforma al Reglamento sobre la Calificación, Valoración y Dictamen del Estado de Invalidez del Régimen

de Invalidez, Vejez y Muerte y la actualización del Manual de Organización de la Dirección de Calificación de Invalidez, aprobadas por la Junta Directiva en el artículo 27°, acuerdo primero y segundo respectivamente de la sesión N° 8801, celebrada el 17 de setiembre del 2015. El reglamento reformado fue publicado en la Gaceta N° 196 el jueves 08 de octubre del 2015.

Principales causas de declaratoria de invalidez

Las enfermedades Osteomusculares continúan ocupando el primer lugar como causa de invalidez, tal y como se puede observar en el siguiente cuadro, representando el 27.06% de las causas.

CUADRO NO. 8
Principales grupos de enfermedades causantes de declaratoria de invalidez
Año 2014-2016

DIAGNÓSTICO	2016			2015			2014		
	Casos	%	Top 10	Casos	%	Top 10	Casos	%	Top 10
Enfermedades Osteomusculares	681	27,06	1	506	20,54	1	494	22,76	1
Tumores malignos	405	16,09	2	411	16,69	2	440	20,28	2
Enfermedades Sistema Nervioso Central y Periférico	377	14,98	3	404	16,4	3	335	15,44	3
Enfermedades Sistema Cardiovascular	219	8,70	4	215	8,73	4	186	8,57	4
Enfermedades de vías urinarias	173	6,87	5	145	5,89	7	122	5,62	6
Diabetes Mellitus con complicaciones	169	6,71	6	183	7,43	6	142	6,54	7
Trastornos Mentales y del Comportamiento	147	5,84	7	200	8,12	5	145	6,68	5
Enfermedades visuales	89	3,54	8	96	3,9	8	74	3,41	8
Enfermedades del Sistema Digestivo	74	2,94	9	72	2,92	9	48	2,21	10
Colagenopatías	47	1,87	10	20	1,7	12	11	0,51	13

Los tumores malignos mantienen el segundo lugar desde el año 2012, como causa de declaratoria de invalidez, las enfermedades del Sistema Nervioso Central y Periférico siguen manteniendo la tercera posición y las enfermedades cardiovasculares el cuarto lugar.

Las enfermedades de las vías urinarias, ascendieron del séptimo al quinto lugar, principalmente por el aumento de casos de insuficiencia renal crónica.

La Diabetes Mellitus con complicaciones cambió de la posición octava en el año 2011 a la posición séptima durante los años 2012, 2013 y 2014, ascendiendo en el año 2015 a la sexta posición y durante el año 2016 mantuvo ese lugar.

Créditos hipotecarios

Gestión de créditos

El año 2016 fue particularmente importante para el Sistema de Préstamos Hipotecarios del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM), primero por haber brindado el servicio de crédito hipotecario de vivienda por espacio ininterrumpido de 65 años, contribuyendo en la construcción de más de 32.000 soluciones de vivienda para los asegurados del Régimen de Invalidez, Vejez, y segundo, porque durante el recién finalizado ejercicio económico del año 2016, se logró la primera participación de la Institución en una feria especializada de vivienda, como lo fue Expocasa y Decoración 2016.

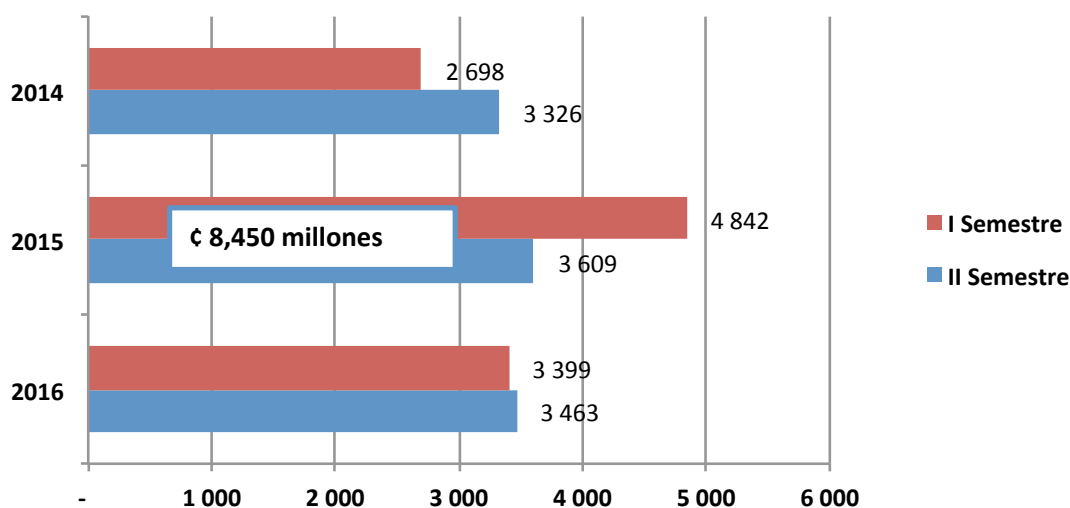
Dentro de este contexto, la participación en Expocasa y Decoración año 2016, permitió brindar cabal cumplimiento a lo dispuesto por la Junta Directiva de la Institución, mediante Artículo N° 16, de la Sesión N° 8689, celebrada el día 14 de enero de 2016, en relación directa con el proceso de fortalecimiento de los créditos hipotecarios del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte. Asimismo, y como parte del proceso de planificación llevado a cabo, el Área de Crédito y Cobros desarrolló el denominado “Plan de Acción para la participación del Sistema de Créditos de Vivienda Hipotecario RIVM en ferias especializadas de vivienda”, que fue conocido y aprobado tanto por parte del Comité de Crédito (Sesión Ordinaria N°19 de fecha 21 de setiembre del 2016), como la Junta Directiva institucional mediante artículo N° 12, de la sesión N° 8858, celebrada el día 11 de agosto de 2016.

Resultados de colocación de créditos

Durante el año 2016, el sistema de Préstamos Hipotecarios del Régimen Invalidez, Vejez y Muerte, logró colocar un total de ¢6.862,5 millones, producto de la aprobación de un total de 272 operaciones hipotecarias, lo que significó un monto aproximado de ¢25.2 millones por crédito otorgado.

Cabe destacar que durante el primer semestre del año 2016, se colocó una importante cantidad de operaciones crediticias, tal y como se puede observar en la gráfica siguiente.

GRÁFICO N° 7
Sistema de Créditos Vivienda Hipotecarios IVM
Resultados de colocación semestral,
durante los años 2015 y 2016
(en millones de colones)



En el siguiente cuadro, se refleja la distribución de la colocación hipotecaria del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte durante el ejercicio económico 2016, según cada uno de los Planes de Inversión autorizados en el Artículo N° 7 del “Reglamento para el Otorgamiento de Créditos Hipotecarios en el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte”:

CUADRO N° 9
Composición Colocación de Créditos Hipotecarios IVM
Según Plan de Inversión (líneas de crédito)
Año 2016 (Millones de colones)

LÍNEA DE CRÉDITO	CANTIDAD CASOS	MONTO	PORCENTAJE
Construcción	49	1 690,1	24,60%
Compra de Casa	111	3 212,1	46,80%
Ampliación y/o Mejoras	28	353,0	5,20%
Compra de Lote	69	1 206,0	17,60%
Cancelación de Hipotecas	15	399,9	5,80%
Total	272	6 861,1	100,00%

Se puede apreciar en la gráfica anterior, los créditos de vivienda hipotecarios reflejaron, a partir del mes de junio de 2016, una tendencia hacia la baja. En esa coyuntura el Área de Crédito y Cobros se encontraba preparando una nueva propuesta de instrumento hipotecario que de manera conjunta con todos los planes para el fortalecimiento del Sistema de Créditos de vivienda se adicionarían a la participación en ferias de vivienda y particularmente la Expocasa y Decoración

celebrada los días 24 al 29 de agosto de 2016. Nótese en la misma gráfica que los resultados post feria reflejaron un cambio de dicha tendencia mencionada; es decir, que los créditos gracias al nuevo instrumento repuntaron en los meses de setiembre, octubre y noviembre recordando que históricamente diciembre es un mes donde las solicitudes es normal que disminuyan.

Debe destacarse que los planes para el fortalecimiento de los créditos ya formulados antes del mes de octubre de 2016, continuarán con la gestión para participar en la feria Expo Construcción en el presente 2017, dado que los resultados no pueden valorarse en un período tan corto ya que la feria fue casi terminando el año y con esta feria se espera proyectar aún más los créditos de la CCSS con miras de buscar paulatinamente un mejor posicionamiento y conocimiento en la oferta a nivel nacional, aspecto que hasta la fecha nunca se había abordado de esa forma.

Para mayor comprensión de la situación descrita, seguidamente se presenta en el siguiente cuadro, la distribución de la colocación hipotecaria del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte durante el ejercicio económico 2016, según cada uno de los Planes de Inversión autorizados en el Artículo N° 7 del “Reglamento para el Otorgamiento de Créditos Hipotecarios en el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte”:

CUADRO N° 10
Distribución Colocación de Créditos Hipotecarios IVM
Por rangos monetarios, año 2016
(Millones de colones)

Rango Monetario	Monto	Cantidad	Porcentaje
	Colocado	Casos	(S/Casos)
Menos de ¢10 Millones	244,1	38	3,60%
De ¢10.1 a ¢15 Millones	579,1	46	8,40%
De ¢15.1 a ¢30 Millones	2 351,10	108	34,30%
Más de ¢30 Millones	3 687,50	80	53,70%
Totales	6 861,80	272	100,00%

Del análisis de las cifras reflejadas en el cuadro anterior, se desprende que el Rango Monetario más representativo dentro del proceso de colocación hipotecaria durante el año 2016, fue el rango de créditos mayores a ¢30 millones por un total de 80 operaciones hipotecarias lo cual representa el 53.7% del total colocado.

Además es importante resaltar que el 46.3% del total de créditos hipotecarios IVM colocados durante el año 2016, correspondieron a operaciones que, en promedio, fueron montos menores a los ¢30 millones, con lo que se comprueba que las condiciones ofrecidas del nuevo instrumento del Sistema de Préstamos Hipotecarios del IVM, ha resultado ser más atractivo para captar deudores con montos de inversión mayores que los observados en el ejercicio económico anterior.

Colocación Hipotecaria del IVM año 2016, según ubicación geográfica

Teniendo en cuenta que el Sistema de Préstamos Hipotecarios del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte tiene cobertura nacional, resulta conveniente detallar la colocación de nuevos créditos de vivienda por provincia, durante el año 2016, tal y como se aprecia en el siguiente cuadro.

CUADRO N° 11
Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte
Número de créditos y montos aprobados por provincia
Año 2016 (Millones de colones)

PROVINCIA	Nº DE CASOS	MONTO	PORCENTAJE
San José	135	3 155,40	46,00%
Heredia	33	1 113,90	16,20%
Cartago	44	1115,7	16,30%
Alajuela	38	1073	15,60%
Limón	14	265,7	3,90%
Limón	5	78,5	1,10%
Puntarenas	3	59,4	0,90%
Totales:	272	6 861,60	100,00%

El Sistema de Préstamos Hipotecarios administrado por el Área de Crédito y Cobros de la Gerencia de Pensiones, data desde el año de 1951, y desde esa fecha y hasta la actualidad, ha tenido cobertura nacional, brindando soluciones de vivienda a los asegurados del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, que residen a lo largo y a lo ancho del país.

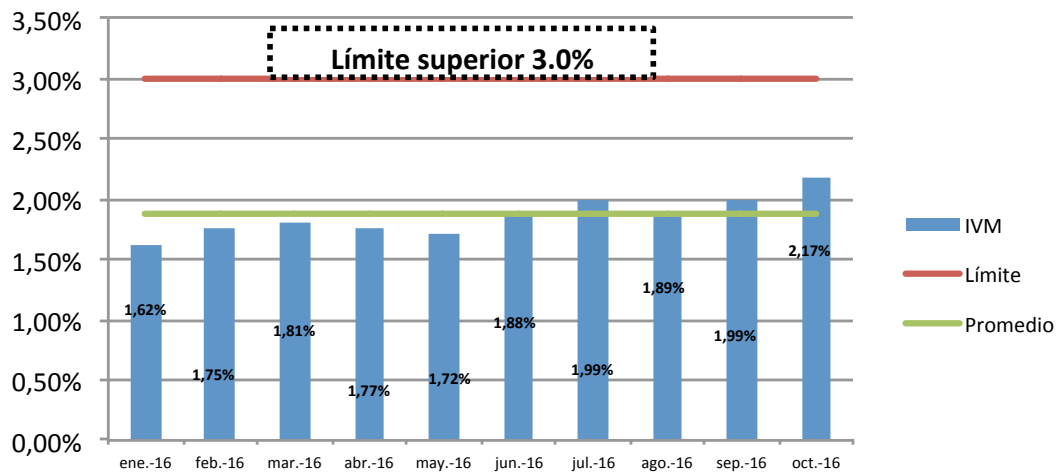
Dentro de este contexto, el Sistema de Préstamos Hipotecarios del IVM a través del tiempo y particularmente en el año 2016, ha concentrado el proceso de concesión de créditos hipotecarios principalmente en la Gran Área Metropolitana, siendo la provincia de San José la que ostenta la mayor concentración, por cuanto en el período en estudio se otorgaron un total de 155 operaciones crediticias por un monto de ₡4.403,6 millones, lo que representa el 52.1% del total. Asimismo, en el segundo lugar en cuanto a colocación hipotecaria del IVM en el período en estudio, se colocó la provincia de Heredia con un total colocado de ₡1,518.2 millones, producto de 41 operaciones de créditos aprobados.

Morosidad de créditos hipotecarios IVM

Respecto de la morosidad de la Cartera Hipotecaria del IVM, la Institución ha venido utilizando como métrica de calidad, el indicador diseñado por el CONASSIF según la norma SUGEF 24-00; en la cual se mide como nivel de riesgo normal la cartera con atraso mayor a 90 días y en cobro judicial entre el saldo de la cartera directa que no supere el rango superior del 3%.

Aún cuando la Institución no cuenta con la estructura de capital propia de la naturaleza de las entidades de intermediación financiera, el riesgo de la cartera de créditos de vivienda hipotecario del IVM se ha logrado mantener a través de los años de forma controlada, siendo que históricamente los resultados del indicador no han superado el límite del 3% establecido como el rango de normalidad por la Superintendencia General de Entidades Financieras, situación que permite ratificar que el proceso de selección de beneficiarios es eficiente, siendo inclusive tales indicadores cifras muy por debajo del promedio del sistema, tal y como se puede apreciar en el siguiente gráfico.

GRÁFICO N° 8
Comportamiento de la morosidad de Créditos Hipotecarios IVM
Período enero 2015- octubre 2016
(Tasa de morosidad)



Como se puede observar en el gráfico anterior, el indicador de morosidad de la Cartera Hipotecaria de IVM durante el año 2016, mostró un comportamiento estable, es decir toda vez que el Indicador de Morosidad mayor a 90 días (Mora normal), se mantuvo controlado a lo largo del citado ejercicio económico, siendo que los indicadores mensuales registrados fueron significativamente inferiores al 3% de “Morosidad Normal”, según criterio SUGEF de calidad de la cartera; lo cual denota las buenas prácticas implementadas tanto en el proceso de selección de sujetos de crédito a largo plazo del proceso sustantivo de “Colocación de Créditos Hipotecarios IVM”; así como los eficientes mecanismos de cobro (Administrativo y Judicial), del proceso sustantivo de “Gestión de la Cobranza”, de estos créditos hipotecarios.

Gestión de las Inversiones

Cartera total del RIVM

Al 31 de diciembre de 2016, la cartera total de inversiones del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte alcanzó un monto de ¢1.951.601,41 millones, de los cuales ¢1.853.897,82 millones (94,99%) correspondió a títulos valores, ¢59.787,21 millones (3,06%) a préstamos hipotecarios, ¢29.317,47 millones (1,50%) a bienes inmuebles y finalmente, ¢8.598,91 millones (0,44%) a las inversiones a la vista, tal como se detalla en el siguiente cuadro:

CUADRO NO. 12
Cartera Total de Inversiones de IVM
 Al 31 de diciembre 2016
 - en millones de colones-

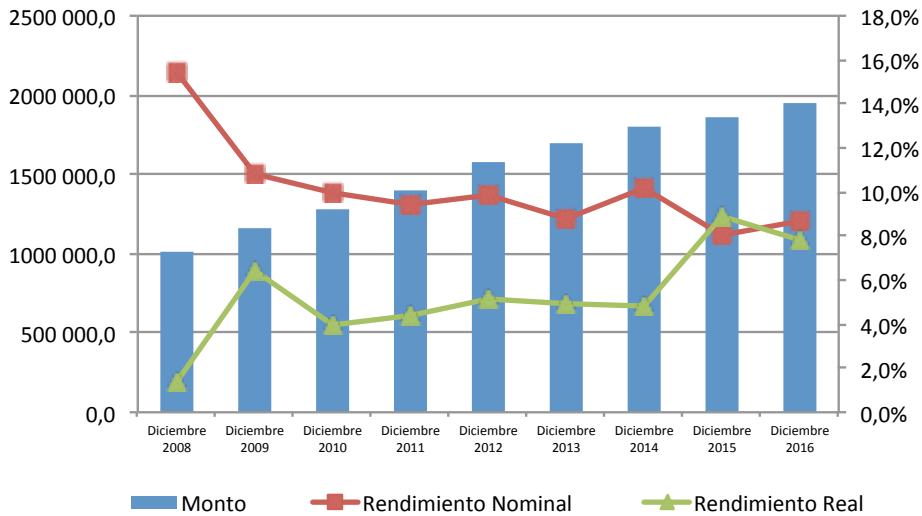
LÍNEA DE INVERSIÓN	DIC-15		DIC-16		
	Monto	% Partic.	Monto	% Partic.	Rendimiento ¹
Títulos valores	1 766 177,38	94,81%	1 853 897,82	94,99%	8,60%
Inversiones a la vista	14 166,15	0,76%	8 598,91	0,44%	0,20%
Préstamos hipotecarios	58 569,70	3,14%	59 787,21	3,06%	10,24%
Bienes inmuebles	23 924,38	1,28%	29 317,47	1,50%	10,97%
Cartera Total	1 862 837,61	100,00%	100,00	100,00%	8,65%

Es importante destacar que para el 2016, las reservas del Régimen de Invalidez Vejez y Muerte generaron en intereses una suma total de ¢130.562,08 millones.

Saldos y rendimientos de la cartera total del RIVM

Para el mes de diciembre de 2016, la cartera total de las inversiones del RIVM muestra un leve crecimiento, cuya variación nominal fue de ¢88.763.80 millones, con respecto al mismo mes del año anterior. Su rendimiento nominal aumentó a 8.65%, no sucedió así con la rentabilidad real que tuvo una disminución, al pasar de 8.92% registrada en diciembre 2015 a 7.82% en diciembre 2016, esto principalmente debido al crecimiento de la inflación.

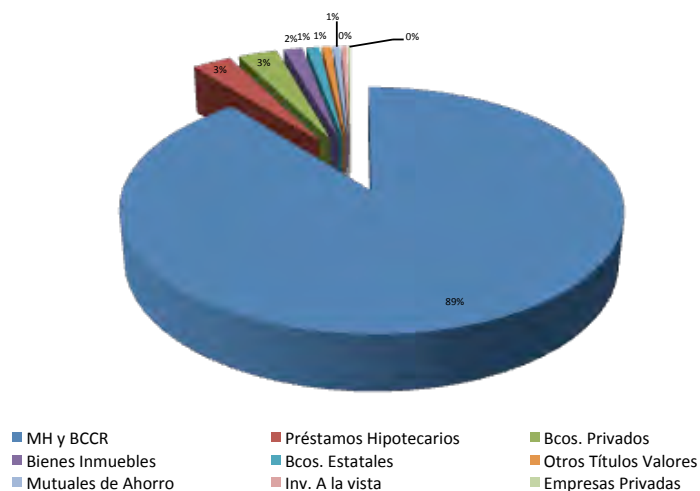
GRÁFICO NO. 9
Saldos y rendimientos de la cartera total del RIVM
 al 31 de diciembre del 2016



Diversificación de la cartera total del RIVM

En cuanto a la diversificación, cabe señalar que el enorme volumen de recursos de la Cartera del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, aunado a las condiciones estructurales del mercado financiero bursátil costarricense, inciden en la distribución de dicha cartera. Por lo que se cuenta con muy pocas opciones de diversificación, por esta razón esta cartera está compuesta en su mayoría, por títulos emitidos por el Ministerio de Hacienda (MH) y el Banco Central de Costa Rica (BCCR), tal y como se observa en el gráfico a continuación:

GRÁFICO NO. 10
Cartera total de inv. del RIVM
 Según tipo de Inversión
 Al 31 de diciembre de 2016
 -valores relativos-



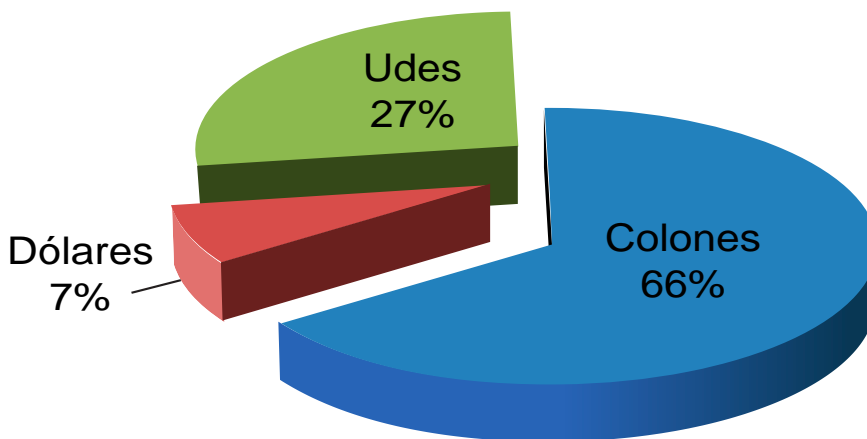
Un 89.43% de la Cartera Total del RIVM a diciembre 2016, se encuentra en títulos valores emitidos por el MH y BCCR, por su parte un 3.10% en Préstamos Hipotecarios, un 1.50% en Bienes Inmuebles y el 0.72% en otros Títulos Valores (Corbana y BPDC).

Es por la razón expuesta anteriormente que, desde el año 2015, la Dirección de Inversiones inició el proceso de análisis de alternativas que permitieran diversificar su cartera, analizando así el tema de explotar inversiones en el extranjero y fondos de inversión, los cuales han dado pie para que se lleven a cabo una serie de capacitaciones para los funcionarios de la Dirección de Inversiones y miembros del Comité de Inversiones, lo cual beneficiará paulatinamente a la diversificación de la Cartera Total de Inversiones del RIVM.

Composición de la cartera de títulos valores por moneda

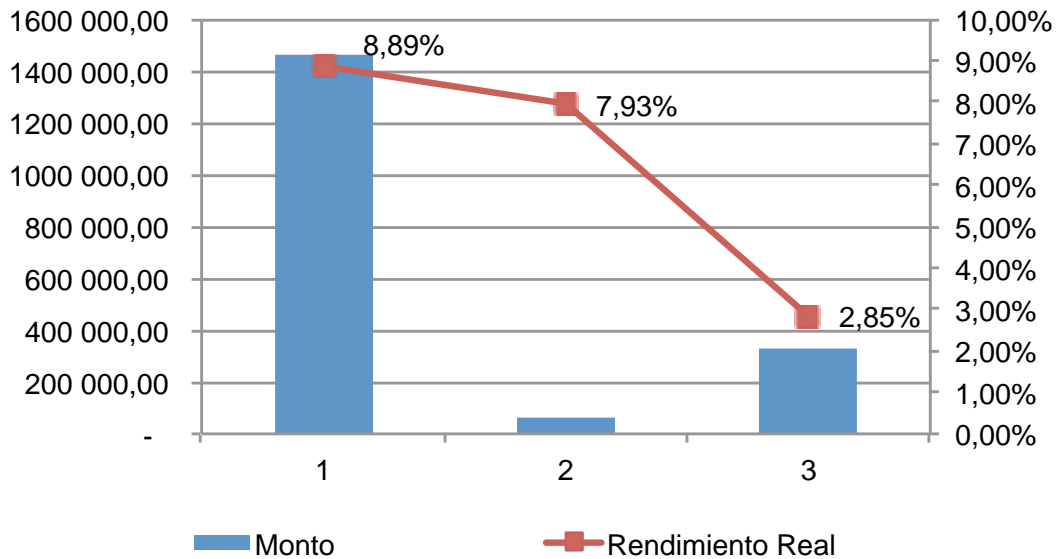
El siguiente gráfico muestra la composición de la Cartera de Títulos Valores por moneda, para diciembre 2016, donde las inversiones en colones alcanzan una participación de 78.81%, seguidas por las inversiones en Unidades de Desarrollo que representan un 18.04%, mientras las inversiones en dólares alcanzaron un 3.14% de dicha cartera.

GRÁFICO NO. 11
Cartera Total de Inv. del RIVM
Según tipo moneda
Al 31 de diciembre de 2016
-valores relativos-



Es importante señalar, que las tres unidades de cuenta mencionadas anteriormente, las inversiones en colones ofrecen una mayor rentabilidad, como se muestra en el siguiente gráfico, estas inversiones alcanzaron a diciembre de 2016 una rentabilidad real de 8.89%, seguidas de las inversiones colocadas en dólares con una rentabilidad real de 7.93% y las colocadas en Unidades de Desarrollo muestran una rentabilidad real de 2.85%, éstos últimos afectados a la baja inflación medida por el Índice de Precios al Consumidor (IPC).

GRÁFICO NO. 12
Cartera Total de Inv. del RIVM
 Rentabilidad según moneda
 Al 31 de diciembre de 2016



La Embajada de Japón donó al Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología unidades de transporte para fortalecer el programa de atención domiciliar que tiene ese centro médico. En la actividad participaron las autoridades del Hospital de la Asociación Pro Hospital Geriátrico (Apronage).

Comisión Nacional de Apelaciones

En este periodo se continuó con estrategias para evitar el aumento del pendiente y mejorar los tiempos de respuesta en apelaciones del régimen No Contributivo, con respecto a la distribución del trabajo y recurso humano disponible. Además se han mantenido medidas que han consistido en control de calidad por analista y cuota semanal de casos para análisis.

Con respecto a las apelaciones del IVM, se implementó un plan de trabajo que consistió en asignar semanalmente una cantidad específica de casos a cada analista con fechas de cumplimiento más rigurosas, así como la elaboración de una matriz con la cual se midieron los tiempos de respuesta. Estas acciones permitieron tener mayor control de los casos, identificar las causas que generan el rezago en la atención y por ende agilizar el proceso en la resolución de los mismos.

Además, se implementó una estrategia de tiempo compartido con analistas de RNC para que también resuelvan casos de IVM, dado el aumento de ingresos, a fin de evitar que el pendiente creciera y así poder cumplir con las metas de tiempos de respuesta.

La Junta Directiva en el acuerdo adoptado en el artículo 27° de la sesión N° 8801, celebrada el 17 de setiembre de 2015, aprobó la reforma al “Reglamento sobre la Calificación, Valoración y Dictamen del Estado de la Invalidez”.

Por lo anterior, a partir del 11 de enero de 2016, los recursos de apelaciones por razones médicas del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte presentados en las sucursales y en el Edificio Jorge Debravo, la Comisión Nacional de Apelaciones IVM-RNC, comenzó con la recepción y gestión de los recursos de apelación IVM por aspectos médicos.

Trámite de apelaciones del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte

Para el 1 de enero de 2016, el pendiente existente en el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, era de 215 casos con recurso de apelación por resolver. Durante el año se recibió un total de 686 nuevos expedientes, y se egresaron 707, por lo que el pendiente al finalizar el año, es de 194 casos por atender.

CUADRO N°13
Apelaciones IVM

Casos al inicio de año	215
Casos ingresados	686
Casos egresados	707
Casos pendientes	194

Fuente: Control casos IVM- Comisión de Apelaciones

Trámite de apelaciones médicas de IVM:

A partir del 11 de enero de 2016 se comenzaron a recibir y tramitar en esta Comisión las apelaciones por aspectos médicos del régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, para lo cual se trasladaron permanentemente dos funcionarios para esta instancia provenientes de la Dirección Calificación de la Invalidez. Así entonces, para abordar los recursos de apelación se solicita un criterio técnico médico a la Dirección de Calificación de la Invalidez.

CUADRO N°14
Apelaciones médicas IVM

Casos ingresados	2347
Casos egresados	1067
Casos pendientes	1280

Fuente: Control casos IVM- Comisión de Apelaciones

Así entonces, en el 2016, ingresaron 2347 casos con apelación médica, de los cuales egresaron 1067. No obstante, si bien es cierto existen 1280 pendientes, debe tenerse en cuenta que de esa cifra alrededor de 800 casos están pendientes de criterio médico.

Trámite de apelaciones en el Régimen No Contributivo:

El año 2016, inició con un pendiente en el Régimen No Contributivo de 712 casos, tal y como muestra el cuadro inserto a continuación.

El cuadro N°3 muestra un detalle del estado de casos pendientes al inicio año, así como el número de expedientes ingresados y egresados. Según los registros, durante el año 2016, se recibió un total de 2456 nuevos casos y se egresaron 1798, quedando un pendiente al finalizar diciembre de 1370 casos por atender

CUADRO N°15
Apelaciones RNC

Casos al inicio de año	712
Casos ingresados	2456
Casos egresados	1798
Casos pendientes	1370

Fuente: Control casos IVM- Comisión de Apelaciones

Es importante aclarar que en total hubo 2603 casos analizados y resueltos, pero de ese total únicamente se logró egresar efectivamente 1798 casos, lo que no quiere decir que la producción de esta Comisión haya disminuido. Lo anterior, por cuanto existe un remanente de 805 casos que a pesar de estar analizados y resueltos, quedaron en etapas de revisión y pendiente de firma del Gerente, que en realidad no se logró egresar por cuestiones operativas, lo cual se hará de manera paulatina.

Sostenibilidad financiera del IVM

Los sistemas de pensiones en el mundo en las últimas décadas han venido experimentando desafíos en materia de sostenibilidad financiera, producto principalmente de los cambios demográficos relacionados con el envejecimiento de la población, disminución de la natalidad y de variables económicas adversas que afectan las condiciones financieras presentes y futuras, lo cual hace reflexionar la necesidad de realizar cambios en las condiciones paramétricas o estructurales de los beneficios actuales, cuya perspectiva es la de salvaguardar los beneficios en el largo plazo.

Ante este panorama, el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (seguro de pensiones) viene experimentando desafíos en materia de sostenibilidad financiera, producto principalmente de los cambios demográficos (envejecimiento de la población y disminución de la natalidad) y del surgimiento de variables económicas adversas que afectan las condiciones financieras presentes y futuras, por lo que es imprescindible hablar de los retos a futuro de la sostenibilidad. Las autoridades de la Caja Costarricense de Seguro Social han definido la sostenibilidad como un tema estratégico y prioritario y es conveniente realizar una serie de análisis más profundos, con el fin de ver cuales variables del entorno económico podrían afectar la sostenibilidad del sistema en el corto, mediano y largo plazo.

Si bien es cierto, el segundo pilar ha acumulado importantes recursos, todavía está en proceso de maduración y aún no ha cumplido con las expectativas. Además, los recursos del artículo 78 de la Ley de Protección al Trabajador, no se han materializado como se previó en esa reforma, ni parecen ser suficientes para la universalización del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.

Algunas alternativas que podrían favorecer la sostenibilidad del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, ante los cambios que se vienen experimentando, son las siguientes:

1. Adopción de medidas que promuevan la permanencia de los cotizantes en el sistema durante más tiempo; para lo que se ha acordado eliminar gradualmente las posibilidades de adelantar la pensión con castigo. Con estas medidas se pretende limitar el gasto en el corto plazo y conseguir que las personas coticen por más tiempo.
2. Aumento de la participación del Estado en el financiamiento de las pensiones mínimas. Históricamente se ha venido otorgando una pensión mínima, con el fin de asegurar a los afiliados un nivel básico de ingreso, de acuerdo con un principio de suficiencia. De acuerdo con los estudios actuariales internos, se ha planteado elevar el aporte del Estado en 0,66 puntos porcentuales p.p., para financiar esta diferencia.
3. Mejorar la diversificación de las inversiones: Es claro que en los últimos años, producto de la escasez de opciones en el mercado bursátil nacional, las inversiones de la reserva se han colocado fundamentalmente en títulos del sector público. Para fomentar aún más la diversificación, las autoridades institucionales han aprobado que se exploren otras alternativas, principalmente el financiamiento de proyectos de obra pública.

4. Mejorar los controles de la evasión y atracción de grupos de difícil cobertura: Se ha fortalecido los controles y mecanismos de inspección, de forma que se permita disminuir la evasión en diferentes grupos.

La Universidad de Costa Rica elaboró el documento denominado “*Estudio Actuarial del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte Administrado por la Caja Costarricense de Seguro Social, con corte al 31 de diciembre del 2015*”, cuyos productos están orientados a observar la situación económica del Seguro Invalidez, Vejez y Muerte y definir las alternativas para la sostenibilidad en el mediano y largo plazo.

El estudio se efectuó con el aval de la SUPEN y de los técnicos de la CCSS y tras conocer sus resultados, se consideró que el estudio se ajustó a las prácticas actuariales internacionales en materia de Seguridad Social y adicionalmente, los archivos y el modelo que realizó la UCR fue entregado a la CCSS para que se efectuaran todos los análisis, con el propósito de reproducir los resultados obtenidos.

Por otra parte, el doctor Álvaro Ramos Chaves, Superintendente de Pensiones, manifestó que el informe tiene un alto nivel técnico, pues tanto las hipótesis como los procedimientos se encuentran detallados con su debida justificación, lo que permite su replicabilidad y confiabilidad en los resultados obtenidos por el equipo técnico de la UCR, dadas las mejores prácticas actuariales.

Según el doctor Ramos, de los análisis realizados en los productos anteriores, se puede concluir que los procesos desarrollados para el modelamiento de IVM son lo suficientemente robustos y pueden ser recibidos a satisfacción.

Principales hallazgos y conclusiones del estudio

1. Según la UCR, el régimen IVM se encuentra en un proceso de transición demográfica y financiera, caracterizado por una reducción del número de trabajadores por pensionado, los costos sobre los salarios y un debilitamiento del cociente de reserva.
2. El número de trabajadores por pensionado, se redujo en 2015 a su nivel más bajo observado en los últimos 35 años, alcanzando el 6,7 cotizantes por pensionado.
3. Dentro de las conclusiones, la Universidad de Costa Rica afirma que la situación actual de Seguro IVM es coherente con el proceso de envejecimiento de la población, los altos índices de natalidad y fecundidad del período 1940-1965, el incremento de la esperanza de vida, el aumento de la cobertura promovido en las décadas del 1970 al 2000, entre otros factores.
4. De acuerdo con el estudio de la UCR, la situación financiera y actuarial de este régimen de pensiones bajo la normativa vigente al 31/12/2015, se tienen soluciones y tiempo para adoptarlas, a fin de que este seguro continúe saludable por muchos años más.

5. Sin embargo, sostiene que si no se toman las medidas necesarias, el comportamiento de los momentos críticos se daría entre el año 2022 y 2028 que sería el plazo previsto para agotar los intereses de la reserva, y entre el año 2027 y 2034 el agotamiento total de la reserva.

Principales recomendaciones:

1. Tomar medidas oportunas para dotar a IVM de equilibrio financiero y actuarial en el mediano y largo plazo, incluyendo aumento en las primas y reforma al perfil de beneficios y requisitos.
2. Fortalecer la reserva de IVM, evitando que los cocientes de reserva bajen a menos de 2,5 veces los gastos del año.
3. Que el Estado tenga una mayor participación en la prima sobre los salarios o ingresos, principalmente en el sector no asalariado y convenios.
4. Mejorar la cobertura en el sector de servicio doméstico.
5. Fortalecer la gestión de riesgos: Elaborar estándares de gestión de riesgos; crear una Dirección de Riesgos adscrita a la Junta Directiva; modificar la integración del Comité de Riesgos y robustecer la función actuarial.
6. Diversificar la cartera de inversiones y fortalecer la gestión de activos y pasivos.

Sobre los resultados de este estudio, el licenciado Jaime Barrantes Espinoza, gerente de Pensiones, expresó su satisfacción por el proceso que culminó con esta valuación actuarial.

Reconoció que con las medidas de corto plazo, se inició este proceso de fortalecimiento y en este momento, como país debemos discutir las medidas adicionales de ajuste en el largo plazo. Con los acuerdos, de corto plazo, se espera que se alivien las presiones financieras del gasto en el corto plazo y se aumenten los ingresos vía el aporte estatal para el financiamiento de las pensiones mínimas.

Por ejemplo, en relación con el mejoramiento de las inversiones se iniciaron conversaciones para el desarrollo de obra pública y se ha avanzado en las modificaciones reglamentarias que permitan la inversión en el extranjero.

Adicionalmente, se han realizado también acciones tendientes al fortalecimiento de los créditos hipotecarios. Esta cartera tuvo en el 2016, un rendimiento del 12% y para este año, la meta es colocar €12 mil millones.

En la ruta hacia lo sostenibilidad del IVM, no se ha pensado en una medida única, sino que se pondrá sobre la mesa de la discusión una combinación de opciones, con las cuales se alcanzará la meta de madurez de este régimen.

También, dijo, habrá que discutir el tema de la cotización, en un ajuste de los beneficios tomando en cuenta la maduración del segundo pilar y se podría someter a revisión las pensiones anticipadas.

Adicionalmente, se podría proponer que los nuevos pensionados coticen para el Seguro de Salud, tal y como se hace con otros regímenes tanto costarricenses, como allende de nuestras fronteras.

A partir de los meses de enero y febrero del 2017, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) abrirá una mesa de discusión que permitirá definir un conjunto de medidas para darle sostenibilidad al régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) en el mediano y largo plazo, tras disponer de la valuación actuarial realizada por un equipo de expertos de la Universidad de Costa Rica (UCR).

Se conformará una mesa de diálogo donde participen todos los sectores de la sociedad representados por miembros seleccionados por cada uno de esos sectores. En este proceso de discusión, se tendrá el acompañamiento de la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social (OISS), organismo experto que ha participado en procesos de reforma en otros países de Iberoamérica, la cual puso a disposición de la CCSS un reconocido equipo de expertos en el ámbito internacional.

Se tiene previsto que este proceso de discusión concluya hacia el segundo semestre del año 2017, para implementar las medidas de ajuste hacia el primer semestre del año 2018.

Prestaciones Sociales

En relación con las acciones sustantivas y estratégicas que desarrolla la Dirección de Prestaciones Sociales, en el año 2016, se desarrollaron 1.976 actividades de apoyo, orientación, promoción, educación y capacitación, a diferentes colectivos y grupos vulnerables de la población, que buscan transmitir información relacionada con mejores estilos de vida para el crecimiento y desarrollo personal a través de los medios tecnológicos más modernos e incluso mediante la educación virtual.

Las capacitaciones ejecutadas transmiten información relacionada con mejores estilos de vida para el crecimiento y desarrollo personal a través de los medios tecnológicos más modernos e incluso mediante la educación virtual; además de promover ambientes personales, laborales y comunales más sanos, sin estrés y libres de violencia.

Destaca en el 2016, la producción de una Campaña de Comunicación que fue pauta en medios de comunicación masiva, denominada “Encuentro entre Generaciones”, tuvo como fin fortalecer los lazos entre adultos mayores y las generaciones más jóvenes. La campaña constó de un comercial difundido en televisión y cine, además de redes sociales en donde se promovió el concurso “Tómese un selfie con un adulto mayor”. Esta campaña fue muy bien lograda, pues alcanzó a 1.300.000 personas con un total de 13.535 interacciones, y el video fue reproducido 1.100.000 veces.

Se resalta en este año el nuevo modelo de prestación social que ha tomado el Programa Ciudadano de Oro, realizando actividades en coordinación con grupos organizados de las comunidades; así como alianzas estratégicas con Asociaciones, Empresas Privadas y Públicas. En un esfuerzo de apoyar la política de discapacidad del país, se realizó en el Museo de los Niños un Conversatorio sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; esta actividad contó con la participación de personas involucradas en el Tema, tanto de instituciones públicas como de la Empresa privada.

Atendiendo la misión de esta Dirección en cuanto a contribuir con el mejoramiento de la calidad de vida de asegurados y pensionados, se realizó en el Colegio de Médicos el primer Conversatorio referente a la “Calidad de Vida” con la participación mediante Videoconferencia de la Secretaria General de la OISS, al que asistieron personas de diferentes instituciones a nivel público y privado.



Gerencia

ADMINISTRATIVA

A continuación se realiza un recuento de las principales acciones desarrolladas por la Gerencia Administrativa y sus unidades adscritas, durante el período 2016.

Cabe destacar que se abarcarán temas relacionados con el recurso humano, sistemas administrativos, desarrollo organizacional, comunicación organizacional, bienestar laboral, simplificación de trámites, equidad de género, entre otros aspectos.



De la gestión de calidad

La Gerencia Administrativa ha trazado el direccionamiento Gerencial para los próximos 6 años y cuya ruta, es lograr una transformación, posicionando la innovación dentro de su gestión operativa y así mejorar su productividad.

Dentro de este direccionamiento estratégico, durante el año 2016, se organizan esfuerzos en tres grandes líneas de acción, a saber:

- Desarrollar la Arquitectura Empresarial para articular, estrategia, objetivos del negocio, sistemas, datos, normativa y organización, mejorando con ello la gestión y la productividad.
- Implementar un Sistema de Gestión de Calidad que permita la eficacia y el control de los procesos.
- Implementar una Oficina de Administración de Proyectos para estructurar y controlar todos los proyectos relacionados con la transformación.

Así las cosas, en concordancia con estas líneas de acción se han desarrollado una serie de actividades que permiten su implementación, siendo tareas que se alinean entre sí para fortalecer la operativa y aportar en la elaboración de bases sólidas para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en la Gerencia Administrativa, que por su naturaleza se relaciona directamente con las otras dos líneas de acción para la arquitectura empresarial y la administración de proyectos.

En el entendido que las tres iniciativas citadas anteriormente son en sí mismas de igual importancia para esta Gerencia y para su implementación requiere una serie de acciones previas para definir la conceptualización de su alcance, la preparación del plan de trabajo para este proyecto y la solicitud presupuestaria para su puesta en marcha, es que esta Gerencia se ha abocado, en medida de lo posible, en lograr su desarrollo integral.

Así las cosas, a manera de resumen se citan las principales actividades realizadas en la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en el despacho de la Gerencia Administrativa.

1. Identificación de iniciativas institucionales que impactan el proyecto de implementación del Sistema de Gestión de Calidad, donde por medio de la investigación y análisis se identifican las líneas institucionales que impactarán en el desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad en el despacho de la Gerencia Administrativa.
2. Integración de los esfuerzos para la implementación de las líneas Gerenciales definidas para el plan de trabajo de los próximos 6 años para la Gerencia Administrativa y su relación directa con el proyecto de implementación de un Sistema de Gestión de Calidad en el despacho de la Gerencia Administrativa.

3. Elaboración del plan de acción para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en el despacho de la Gerencia Administrativa en completa armonía y relación con los proyectos institucionales que impactarán su desarrollo en búsqueda de un máximo aprovechamiento de los recursos disponibles y una armonización de resultados. En el entendido que es un plan de acción vivo donde algunas de sus actividades podrán ser modificadas en función de los proyectos institucionales que lo impactan.
4. Participación activa en proyectos institucionales que impactarán la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en el despacho de la Gerencia Administrativa, como lo son:
 - a. Análisis de la Política de Calidad Institucional e identificación de la responsabilidad de la Gerencia Administrativa y la Dirección de Sistemas Administrativos, como Dirección definida a cargo del desarrollo del plan de acción para su implementación.
 - b. Actualización del plan para la implementación de la Política de Calidad Institucional, incorporando aportes de gran valor alineados con las líneas Gerenciales y con actividades concretas de factible ejecución en el tiempo trazando las líneas de responsabilidad de las unidades ejecutoras de dicho plan (Dirección de Sistemas Administrativos).
 - c. Participación en el Proyecto de reestructuración, en la identificación y desarrollo de procesos que se definirán como los procesos institucionales que soportaran el proceso de reestructuración, trabajo en equipo fundamental para lograr una adecuada alineación del proyecto de reestructuración con el proyecto de implementación del Sistema de Gestión de Calidad en el despacho de la Gerencia Administrativa ya que el insumo de los procesos que resulte del proyecto de reestructuración es pilar fundamental para el desarrollo del Sistema en esta Gerencia de ellos dependerá el desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad en el despacho.
 - d. Participación estratégica en el Programa de Simplificación de Trámites y mejora Regulatoria, sin lugar a dudas el Programa SIMPLIT guarda una estrecha relación con la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en el despacho de la Gerencia Administrativa, esto por cuanto el principio de mejora continua se visualiza directamente en estas dos iniciativas, por lo tanto el conocimiento de las acciones que se realicen en esta materia es fundamental para integrar esfuerzos y aprovechar al máximo los recursos.
 - e. Participación en la comisión a cargo de definir el procedimiento para la Gestión documental en la Institución, de igual manera un pilar fundamental de la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad es la Gestión documental razón por la cual este despacho ha guardado especial interés en participar activamente en los productos que surjan de la comisión definida para establecer el procedimiento de Gestión documental en la Institución, siendo nuestra Gestora de Calidad parte activa de dicha comisión y donde se trabaja integralmente con su equipo de trabajo para definir el procedimiento que permita cumplir con las necesidades de la institución siempre alineado con los conceptos requeridos en el Sistema de Gestión de Calidad que se implementará en la Gerencia Administrativa.

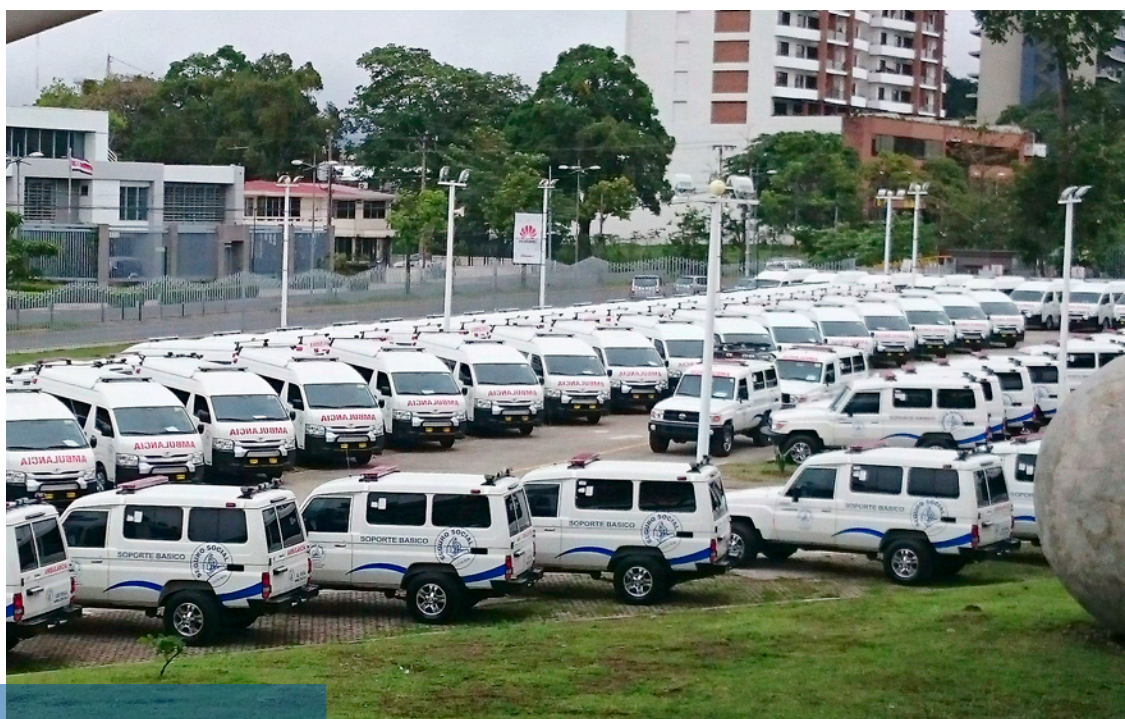
5. Actualización del Plan de capacitación, gracias a la actualización del plan de capacitación se han incorporado temas medulares requeridos para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en el despacho de la Gerencia Administrativa, temas de capacitación para la Gerencia Administrativa y que sin el desarrollo del conocimiento de los funcionarios de esta Gerencia será imposible conceptualizar y ejecutar hasta buen puerto la línea gerencial trazada.
6. Ejecución del plan de capacitación trazado en materia de Calidad para lo cual se ha trabajado arduamente en la definición y preparación de contratación para
 - a. la “Capacitación para el desarrollo de liderazgo y Habilidades Gerenciales e integración del equipo en la Gerencia Administrativa”.
 - b. “Capacitación para el desarrollo de conocimientos en materia de Sistemas de Gestión de Calidad”.

Se han definido las especificaciones técnicas, el cartel de la contratación y se está a la espera de la asignación presupuestaria para su activación del concurso respectivo para su contratación.

7. Desarrollo de actividades de capacitación y reuniones de equipo en materia de introducción a conceptos aplicables a la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en el despacho de la Gerencia Administrativa, gracias al acompañamiento y asesoría de empresas expertas que han suministrado su conocimiento para el desarrollo de nuestro equipo de directores y equipo de asesores.
8. Desarrollo de actividades de integración del equipo, mediante las cuales se ha fomentado la administración proactiva mediante valores humanos que respalden nuestra gestión, en procura de incentivar la mejora continua.
9. Contratación socio consejero, con el objetivo de contratar 500 horas (según demanda) de un socio/consejero para el diagnóstico y definición de la arquitectura de negocios y tecnológica de la Gerencia Administrativa, para la gestión del capital humano, portal de recursos humanos, sistema de nómina, simplificación de trámites internos y externos de la organización, gestión de riesgos y gestión documental, a ejecutarse durante los años 2016 y 2017. Este objetivo es concordante con las líneas gerenciales trazadas y donde la gestora de calidad ha sido definida como encargada del contrato trabajando directamente con el desarrollo de esta contratación y alineando sus resultados con los objetivos de la Gerencia y alineando los productos que serán insumo fundamental para la definición del Sistema de Gestión de Calidad en el despacho de la Gerencia Administrativa.
10. En relación con lo señalado en el punto 4.e y teniendo en cuenta que uno de los beneficios de contar con un Sistema de Gestión de Calidad es el lograr la estandarización de procesos, se ha buscado alinear la documentación que se elabora en la Gerencia y en el entendido que actualmente no se tiene como producto final el procedimiento para la elaborar documentos normativos dentro de la institución y que se trabaja en el tema de definir las líneas institucionales para estandarizar la gestión documental. A partir de la contratación de

la gestora de calidad se implementó una política, respetando líneas generales en procura de una cultura de estandarización documental que respalde la gestión considerando las líneas generales que se definen en las normas ISO 9001.

Finalmente, es importante destacar que implementar un Sistema de Gestión de Calidad es un compromiso por la búsqueda de la mejora continua, la mejora de los procesos y satisfacer al cliente. El sistema está en constante cambio en procura de adaptarse al entorno y optimizar nuestra gestión, este es un proceso largo y de mucho trabajo, pero iniciamos labores a buen ritmo y con la meta clara de mejorar la gestión en la Gerencia Administrativa.



Cerca de tres millones de personas residentes en diferentes puntos de la geografía nacional, se beneficiaron con las nuevas ambulancias que puso a su servicio la CCSS, con las que renovó el 66.5% de su flotilla.

De los Recursos Humanos

En materia de recursos humanos, se expone un balance de la gestión realizada, llamada a contribuir al alcance de la visión de la Caja; que, en esta materia, pretende que al 2025, se cuente con personas creativas y dinámicas, dispuestas a trabajar en equipos multidisciplinarios; comprometidas con la búsqueda de excelencia de los procesos que desempeñan; que perciban un salario competitivo y procuren un balance laboral, personal y familiar.

Este apartado abarcará los avances obtenidos en relación con la evaluación del desempeño, el fortalecimiento de la gestión salarial, promoción de la estabilidad laboral, planificación de recursos humanos, etcétera

1.1 Posicionamiento de la evaluación del desempeño

La evaluación del desempeño es un instrumento que se utiliza para comprobar el grado de cumplimiento de los objetivos propuestos a nivel individual. Es una herramienta útil para determinar la existencia de problemas en cuanto a la integración de un empleado/a en la organización, identifica los tipos de insuficiencias y problemas del personal evaluado, sus fortalezas, posibilidades, capacidades y los caracteriza.

Por tal razón, es que el área de Rendimiento y Productividad realiza un proceso de mejora continua aplicado al tema de evaluación del desempeño, para el período 2016:

1.1.1. Evaluación del desempeño de los trabajadores de la CCSS año 2016:

En este periodo se realizaron los ajustes necesarios, con el fin de disminuir las brechas en cuanto a la aplicación de la herramienta a los funcionarios, el resultado estadístico fue el siguiente:

Tabla N° 1

Total de trabajadores según planilla salarial	53.492
Trabajadores Registrados en Base de Datos del SIED	51.469
Total Evaluados en Cumplimiento	51.276
Porcentaje de evaluados de los registrados en la Base de Datos	99.63%
Porcentaje de Evaluados del Total de Trabajadores	95.85%

Fuente: Base de datos Evaluación del desempeño.

1.1.2. Desarrollo del sistema informático de evaluación para periodo interino en coordinación con la Subárea Sistema Automatizado en Recursos Humanos:

Se elaboró el Módulo “Evaluación de Período Interino”, en coordinación con la Subárea Sistema Automatizado en Recursos Humanos, el cual va a ser incluido en el Sistema de Evaluación del Desempeño (SIED).

Dicho módulo proporcionará a las jefaturas de la Institución las herramientas necesarias, para realizar la evaluación del desempeño de los trabajadores interinos de nuevo ingreso a la Institución.

1.1.3. Programa de Fortalecimiento de las Competencias Gerenciales de las Jefaturas de la CCSS

Como parte de las actividades desarrolladas por el equipo de trabajo responsable de la implementación del proyecto de Fortalecimiento de las Funciones Estratégicas de Recursos Humanos, se encuentra, como parte de programa de fortalecimiento de las competencias gerenciales de las jefaturas, el desarrollo de los siguientes instrumentos:

- Catálogo de Competencias Gerenciales de la CCSS.
- Catálogo de Comportamientos para las competencias gerenciales de la CCSS.
- Catálogo de preguntas para las competencias gerenciales de la CCSS.
- Metodología e instrumentos para la medición de las competencias gerenciales de la CCSS.

1.1.4. Desarrollo de propuesta borrador de la “Guía metodológica para la construcción de indicadores de desempeño laboral”:

Tiene como objetivo fundamental dotar a la institución de una metodología para la construcción de indicadores laborales que permitan la medición del desempeño por equipos de trabajo, optimizando su funcionamiento e incrementando su eficacia y su eficiencia.

Actualmente, se encuentra en etapa de revisión y articulación con el proyecto de Reestructuración de Nivel Central y el proyecto de Fortalecimiento de las Funciones Estratégicas de Recursos Humanos. Lo anterior, ya que el principal insumo para el desarrollo de los indicadores planteados, es parte de los procesos institucionales que en estos proyectos se encuentran redefiniendo.

1.1.5. Se realizó la identificación, levantamiento y documentación de los procesos asociados a la gestión de las personas:

Estos procesos se convierten en insumo vital para el desarrollo de los indicadores de desempeño laboral. De igual manera forman parte de los entregables claves de los productos e) Estructura organizativa y funcional de RHUS y h) Modelo de Gestión de las Personas, del proyecto de Fortalecimiento de las Funciones Estratégicas de Recursos Humanos.

1.2 Fortalecimiento de la administración salarial

En cuanto a este tema, se busca la creación de normas y procedimientos tendientes a establecer o mantener estructuras de salarios equitativas y justas en la organización, en relación con salarios en los mismos cargos de la propia organización (equilibrio interno), por lo que seguidamente se detallan algunas de las acciones realizadas:

1.2.1. Participación activa en la comisión de Junta Directiva a cargo de la revisión de los informes técnicos sobre los pluses salariales

Tal y como se ha mencionado en informes anteriores, la Gerencia Administrativa, a través de la Dirección de Recursos Humanos, realizó la revisión de los 39 pluses salariales a nivel institucional: Esto con el objetivo de atender lo dispuesto por:

- a. El *“Informe del equipo de especialistas nacionales” nombrado para el análisis del Seguro de Salud* con fecha 29 de setiembre de 2011, el cual cita textualmente en la recomendación R.36 *“Simplificar y hacer más transparentes los pluses salariales existentes”*. Al respecto, la Junta Directiva de la Institución en el artículo 10° de la sesión N° 8545, celebrada el 10 de noviembre del año 2011, instruye a este Despacho, para que presente un informe con el detalle de todos los pluses salariales existentes y los procedimientos utilizados para la aplicación y cálculo de los mismos.
- b. Las disposiciones emitidas por la Contraloría General de la República, en oficio N° 13629 (DFOE-SOC-1070), en las que se instruye a la institución la atención del informe No. DFOE-SOC-IF-11-2012, *“Informe sobre Pluses Salariales en la Caja Costarricense de Seguro Social”*.

1.2.2. Desarrollo de la Modalidad de pago para actividades de donación y trasplante:

En atención a lo dispuesto por la Junta Directiva en el artículo 3° de la sesión N° 8824 del 04 de febrero de 2016, donde instruye elaborar una modalidad de remuneración específica para los profesionales en medicina participantes en el procedimiento de trasplante, la Dirección Administración y Gestión de Personal integra y lidera el correspondiente Equipo Técnico en el que se incorporan profesionales en medicina.

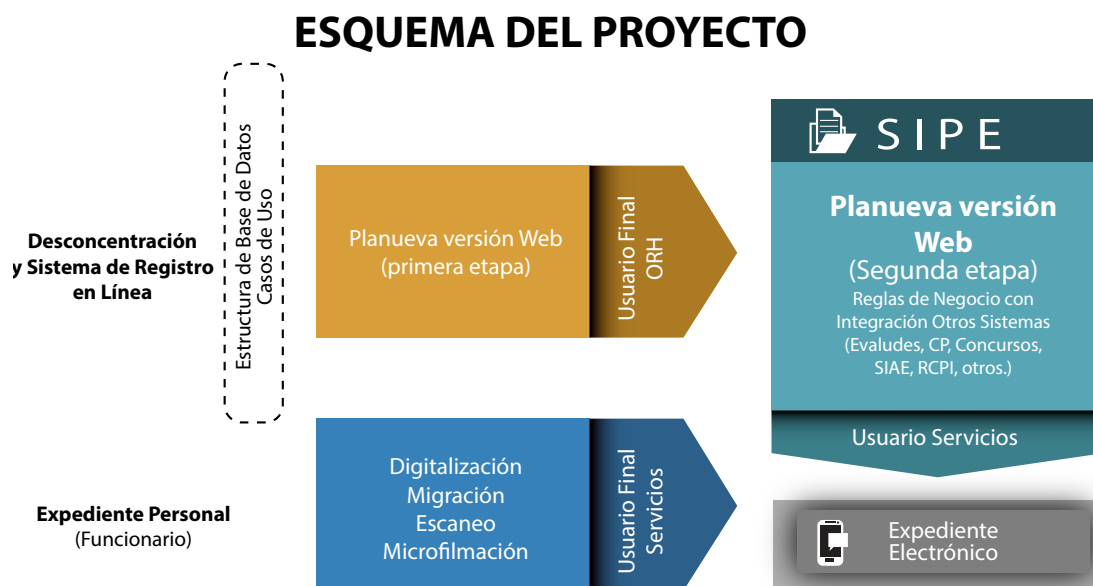
Para tales efectos, se realizaron las respectivas sesiones de trabajo del equipo y reuniones con la Gerencias Médicas y Administrativa, así como la elaboración presentación y discusión de propuestas de remuneración, que genera la aprobación de la modalidad de pago denominada *“Modelo de pago a los profesionales en Ciencias Médicas participantes en los procesos de donación y trasplante de órganos tejidos en la CCSS”*, por parte de la Junta Directiva en el acuerdo primero del artículo 11° de la sesión N°8873 del 07 de noviembre de 2016. Además, en acatamiento del acuerdo tercero del artículo 11° citado se encuentra en la elaboración del marco normativo que regirá la modalidad de pago enunciada.

1.2.3. Creación del puesto “Promotor de la Salud”

La creación de este perfil surge en respuesta de las *“Estrategias para el abordaje de la enfermedad cardiovascular en la Caja Costarricense de Seguro Social”*, en aras de reorientar el funcionamiento de los Equipos de Apoyo en las Áreas de Salud y la necesidad de fortalecerlo con recurso humano dedicado a tiempo completo a la ejecución de tareas relacionadas principalmente con la promoción de la salud extramuros en la Red de Servicios de Salud de la CCSS.

1.3. Proyecto Sistema Integrado de la Gestión de las Personas de la Caja Costarricense de Seguro Social (SIPE)

El objetivo principal del **Proyecto SIPE “Sistema Integrado de Gestión de las Personas Trabajadoras de la CCSS”**, es desarrollar un sistema de gestión de las personas trabajadoras de la CCSS, sustentado en una plataforma web, con visión de usuario final, a partir de un nuevo modelo de administración y la normativa que establezca las reglas de negocio actuales, adaptadas a las mejores prácticas y considerando el siguiente esquema de proyecto:



El Proyecto SIPE, tiene los siguientes objetivos específicos:

- Digitalizar y migrar la información de los expedientes personales y planillas salariales de todas las personas trabajadoras de la institución, en los formatos actuales de imágenes, documentos y microfilm. Proyecto de Digitalización de Expediente Personal.
- Desarrollar un portafolio de reglas del negocio basado en mejores prácticas en el tema de la gestión de las personas que se adapten a una plataforma web, a partir de las herramientas existentes: SPL y SOGERH. Primera Etapa SIPE (nueva Versión Web).
- Desarrollar una herramienta web de gestión local de recursos humanos, con visión de usuario final, que fortalezca el control y ejecución segura de todos los procesos de recursos humanos, que permita las validaciones necesarias para ejecutar el proceso de planillas institucional. Segunda Etapa SIPE (Plataforma Web/Enlace con otras plataformas de RRHH con visión de autoservicio), alineado a los requerimientos técnicos firmados en el seno del Plan de Innovación Institucional en su fase cero.

- Revalidar el marco normativo que esté directamente relacionado con la gestión de pago y de manejo del expediente personal, para presentar las propuestas de ajuste correspondiente.

En la actualidad se han desarrollado las siguientes actividades:

- Se ha completado la migración de todos los datos, en este momento se cuenta con carga a través de SOGERH por todas las Unidades de Red al día.
- Se hizo la migración del E-Power, de más de dos millones de imágenes, para lo cual se está en proceso de revisión de los tres estados de estos documentos.
- Sobre este aspecto, es importante mencionar que se pueden visualizar únicamente las que están en etapa de “Cargados”.
 - El proyecto E-Power, mantiene varios estados de los documentos:
 - Digitalización
 - Indexación
 - Control de calidad
 - Cargado
- Digitalización, nos encontramos en la etapa de depuración de los expedientes para continuar con su digitalización para posterior traslado a la Subárea Archivo y Correspondencia para dar el trámite según lo establecido en la Ley Nacional de Archivo.

1.4 Promoción de la estabilidad laboral

La formación laboral puede mejorar la calidad del trabajo realizado por los empleados de la empresa, por lo que puede ser entendida como una inversión, se enlistan a continuación las principales acciones realizadas durante este período:

1.4.1. Diseño de un procedimiento para la contratación de personas con discapacidad:

Ya se encuentra elaborado el procedimiento denominado “*Inclusión laboral de personas con discapacidad en la CCSS*”, el cual tiene como objetivo: Generar un Manual que permita aplicar de manera general el proceso de reclutamiento y selección de personal para personas con discapacidad, el cual garantice los principios de transparencia e igualdad de condiciones a los oferentes que se postulan para los diferentes puestos de la institución.

1.4.2. Presentación de un plan para la implementación de un Programa Institucional de Teletrabajo:

Se elaboró una propuesta en materia de teletrabajo, la cual contiene un conjunto de acciones que se vienen realizando en el campo de la gestión humana, las cuales buscan mejoras en el desempeño laboral, las condiciones laborales, aumentar la calidad de los servicios y minimizar los costos operativos. El proyecto se enmarca dentro de lo que establece el Decreto N° 39225-

MP-MTSS-MICITT según Gaceta #204 del 21 de octubre del 2015.

Como parte de las acciones para alcanzar ese propósito, surge la necesidad de hacer el mejor uso de las facilidades que hoy pone a disposición la tecnología, la cual permite aumentar la eficiencia y eficacia en el desempeño laboral, lo que a su vez se traduce en dar un mejor servicio a los usuarios y por consiguiente a la forma en que los trabajadores realizan sus actividades. Dentro de ese contexto, es donde surgen las opciones de aplicar esquemas donde se mejore la calidad de vida de los trabajadores y que a la vez se puedan lograr los objetivos organizacionales.

1.4.3. Participación en el desarrollo de un Estatuto de Servicios en la CCSS que actualizaría toda la normativa en materia de recursos humanos:

Este componente busca realizar un replanteamiento de todo el ordenamiento en materia de recursos humanos buscando homogeneidad, aplicación efectiva y simplificación en los trámites, se encuentra a nivel de propuesta esperando la validación técnica.

1.4.4. Aplicación de la Metodología para la determinación de carga de trabajo para la creación de plazas Institucionales:

La aplicación de esta metodología consiste en determinar las cargas de trabajo de los funcionarios (as), por medición de tiempo según las funciones asignadas al personal, determinando la cantidad de recurso humano que se requiere para realizar la función sustantiva de la unidad, mostrando la brecha de recurso existente.

Durante el año 2016, se realizó la aplicación mediante la asesoría de las comisiones locales y la revisión técnica de las propuestas finales por parte de la Subárea de Planificación de Recursos Humanos, la cual prioriza según definición de las diferentes Gerencias. En el año 2016 se crearon 403 plazas respaldadas con el criterio técnico de la Subárea en mención, sumado a las plazas creadas de médicos especialistas. Son plazas en servicios de atención de salud, distribuidas en todos los niveles de atención (áreas de salud), perfiles varios, por ejemplo:

- Técnicos en salud
- Enfermería
- Asistentes de paciente
- Administrativos
- Choferes
- Otros

1.5 Hacia el fortalecimiento normativo

La Dirección de Administración y Gestión de Personal, unidad adscrita a esta Gerencia, como ente rector en materia de recursos humanos, trabaja arduamente con el objetivo de brindar un servicio oportuno a todas las Oficinas de Recursos Humanos que requieren de todo el apoyo técnico en esta materia.

Cabe destacar que se realiza la atención de las consultas en materia legal de forma escrita, personal, telefónica y virtual (Centro de Atención Virtual), hasta la coordinación con las áreas técnicas de los aspectos normativos atinentes a la materia para la elaboración de los proyectos de *criterios técnicos-normativos*.

Asimismo, se elaboran proyectos de esta misma índole sobre la atención de asuntos constitucionales, informes para resolución de recursos de amparo y acciones de inconstitucionalidad, tales como el caso de las que se presentaron contra el *Reglamento de Concursos para Nombramiento en Propiedad en la CCSS, Reglamento a la Ley del Estatuto de Servicios de Enfermería y contra el artículo 40 de la Ley General de Salud por el Colegio Profesional de Psicólogos*.

Como complemento, se llevó a cabo la emisión de propuestas de informes sobre proyectos de ley que vinculan a la Institución:

- Empleo público, reforma al artículo 178 del Código de Trabajo.
- Propuesta para regular las remuneraciones adicionales al salario base y el auxilio de cesantía en el sector público.

Participación en las diferentes propuestas de reformas legales con trascendencia institucional y/o con presencia en las diferentes comisiones conformadas para los efectos, en temas de gran relevancia como disponibilidades médicas, guardias médicas, uniformes, modelos alternativos salariales, normativa para las poblaciones indígenas, teletrabajo.

1.6 Normas que regulan las relaciones de empleo entre personas trabajadoras indígenas y la Caja Costarricense de Seguro Social

Desarrollo y presentación del documento denominado "*Normas que regulan las relaciones de Empleo entre Personas Trabajadoras Indígenas y la Caja Costarricense de Seguro Social*". Posteriormente.

Asimismo, se efectuó un análisis exhaustivo, y valoración por parte de la Presidencia Ejecutiva, del plan de validación institucional por parte de los pueblos indígenas de la propuesta normativa antes señalada, lo cual conllevará una serie de giras a estas zonas a fin de dar a conocer el documento y recibir las observaciones pertinentes.

1.7 Comisión técnica para la atención del estudio de pluses salariales

La Junta Directiva en el artículo 13º de la sesión número 8862, aprueba el Informe de la Comisión ad hoc, contenido en el oficio N° JD-56.209-16, suscrito por miembros de la Comisión ad hoc que estudió los informes técnicos pluses salariales, donde se aprueban las recomendaciones

ahí contenidas y, además, solicitó a esa Gerencia, con base en lo deliberado, que presente un nuevo cronograma ajustado en un plazo de un mes.

En esa línea, mediante oficio DAGP-1680-2016 / DJ-6521-2016 del 01 de noviembre del 2016, suscrito por la Dirección Jurídica y esta Dirección, se presenta la propuesta del nuevo cronograma ante la Gerencia Administrativa, el cual fue del conocimiento de los señores miembros de Junta Directiva y aprobado en la sesión extraordinaria N° 8877 de fecha 5 de diciembre de 2016.

El cronograma propone la atención de cada una de las recomendaciones insertas en los informes técnicos en un lapso de 12 meses a partir de su aprobación, aspecto que conllevará la consecución de múltiples actividades por parte de las unidades responsables.

1.8 Elaboración Reglamento de guardias médicas

Mediante oficio GA-48583-2016 de fecha 29 de agosto de 2016, se da a conocer solicitud de la Gerencia Médica, a fin de que sea la Gerencia Administrativa, quien lidera la elaboración del “Reglamento de Guardias Médicas”.

La Dirección Administración y Gestión de Personal, asume el compromiso sobre la conducción y elaboración de dicho reglamento (reunión celebrada el 16 de agosto de 2016) y se conforma un equipo de trabajo para el análisis del tema, con participantes además, de la Dirección Jurídica y la Gerencia Médica.

Se elaboró el plan de trabajo respectivo y se encuentra en desarrollo la propuesta de reglamento, que se estará analizando con el equipo de trabajo y será presentado en el tiempo establecido.

1.9 Encuesta de Redes Sociales orientada a conocer los usos actuales que los trabajadores de la CCSS hace de las tecnologías de información y comunicación

La Dirección Administración y Gestión de Personal, por medio de la Subárea de Estadística y Recursos Humanos, se encuentra desarrollando un estudio orientado a conocer los usos actuales que los trabajadores de la CCSS hacen de las tecnologías de información y comunicación, para concluir con un aporte de parte de recursos humanos, sobre elementos relevantes que deben considerarse para una adecuada gestión de estos recursos en función de los objetivos organizacionales.

Actualmente se trabaja en el desarrollo de una propuesta reglamentaria para el uso de TIC personales en el trabajo y participación en redes, la cual está estructurada y redactada; sin embargo, se encuentra en proceso, ya que está pendiente de incorporar un capítulo de sanciones. Se encuentra en etapa de revisión por parte de las unidades técnicas de esta Dirección.

1.10 Informes sobre el rubro de tiempo extraordinario en guardias y disponibilidades médicas

La Dirección Administración y Gestión de Personal, por medio del oficio DAGP-1323-2015 de fecha 24 de noviembre de 2015, conformó un equipo técnico de trabajo (donde participarán además de colaboradores de ese despacho, funcionarios de las diferentes unidades técnicas competentes) con el propósito de analizar desde la perspectiva de rectoría, el comportamiento de las partidas relacionadas con tiempo extraordinario.

Lo anterior, dado que esta instancia es la responsable de realizar monitoreos constantes de estos rubros, de forma tal, que se analicen las principales causas que generan estas variaciones y que permitan brindar a la administración información oportuna para la toma de decisiones; así como propuestas alternativas de solución que genere un uso eficiente de los recursos.

En razón de lo anterior, el citado equipo de trabajo se encarga de realizar las siguientes actividades:

- Análisis del comportamiento de las partidas de servicios personales por concepto de tiempo extraordinario (guardias y disponibilidades médicas).
- Realizar un análisis comparativo de forma periódica cada tres meses, para lo cual inicialmente se tomará la información de dos periodos, comparando los datos de: noviembre del año 2013 hasta noviembre del año 2014 versus noviembre del año 2014 hasta noviembre del año 2015, para luego efectuar las evaluaciones de forma trimestral.
- Establecer reuniones (grupos focales) donde se discutirán los datos y sus posibles causas y repercusiones.
- La Subárea de Estadística en Recursos Humanos, presenta las estadísticas de tiempo extraordinario, insumo que será analizado por el equipo de trabajo y realizar la presentación a la Dirección de Administración y Gestión de Personal.
- Elaborar el informe de resultados del análisis y presentación, misma que se define para entrega de los Informes la segunda semana de los meses de enero, abril, julio, octubre de cada año.

Así las cosas, por medio del oficio DAGP-0260-2016 del 07 de marzo del 2016, se remitió a las Gerencias, el primer informe sobre el “Comportamiento del gasto extraordinario por concepto de horas extras, disponibilidad y guardias médicas de los profesionales de la salud y algunos grupos de apoyo” durante el periodo de Octubre del 2013 a Diciembre 2015.

Posteriormente, con el oficio DAGP-0834-2016 del 07 de junio del 2016, se dio a conocer el “Informe sobre Pago en salarios de Tiempo Extraordinario por Horas Extras, Disponibilidad y Guardias en Profesionales de la Salud y Auxiliares de Enfermería del I trimestre 2016”. Asimismo

mediante el oficio DAGP-1950-2016 del 23 de diciembre del 2016 se trasladaron los informes correspondientes al segundo y tercer trimestre del año 2016.

1.11 Encuesta de comunicación aplicada a las Jefaturas de la Red de RRHH

Esta encuesta está siendo desarrollada a fin de conocer algunos elementos relacionados con el flujo actual de la comunicación entre la Dirección de Administración y Gestión de Personal como instancia rectora y las oficinas de Recursos Humanos; a fin de establecer e identificar aspectos de mejora, así como los que requieren reforzamiento o impulso.

La encuesta concluyó y los resultados se encuentran en etapa de procesamiento, los cuales serán dados a conocer a través de una campaña de comunicación.

1.12. Herramienta para la priorización de brechas del recurso humano en el primer nivel de atención

Consiste en la construcción de un indicador que permita la priorización del cierre de las brechas de recursos humanos en el primer nivel de atención de salud, identificación de las brechas de recursos humanos en el primer nivel de atención de salud y propuesta de un plan de financiamiento para atender las brechas identificadas según el orden establecido con el indicador. El objetivo es generar un indicador para priorizar el requerimiento del recurso humano, utilizando una serie de variables con respecto a la población, aspectos sociales y creación de plazas.

El documento técnico de justificación, descripción y aporte de los resultados está terminado, y actualmente se encuentra en fase de revisión.

1.13 Definición de un modelo y requerimiento en cuanto a perfiles de puestos y esquemas de contratación para una organización basada en proyectos

En virtud de lo instruido por parte de la Junta Directiva mediante el artículo 7° de la sesión N°8562, celebrada el 23 de febrero de 2012, al ser necesario la contratación de personal, o bien la designación a tiempo completo de funcionarios en el desarrollo de programas y proyectos de interés institucional, la Gerencia Administrativa, Financiera y de Infraestructura y Tecnologías, por medio del oficio GA-48031-2016/GIT-3746-2016/GF-52243-2016 de fecha 07 de junio del 2016, conformaron un equipo de trabajo integrado por la Dirección de Planificación Institucional, Dirección Jurídica, Dirección de Arquitectura e Ingeniería y esta Dirección, con el propósito de desarrollar una propuesta de modelo y requerimientos en cuanto a perfiles de puestos y esquema de contratación de recurso humano para una organización basada en proyectos.

Asimismo en el oficio citado se instruyó a la Dirección Administración y Gestión de Personal, la

coordinación del equipo de trabajo, para lo cual se solicitó la designación de un representante de cada una de las gerencias, a fin de efectuar un abordaje integral del tema.

Se elaboró en conjunto, un plan de trabajo, y como parte de las actividades establecidas en dicho plan, se definió la realización de una exploratoria a nivel de otras instituciones del Estado que dispongan de un modelo de contratación basado en proyectos, para lo cual se gestionó ante la Contraloría General de la República y el Poder Judicial la solicitud para que compartieran la experiencia de estas dependencias en la implementación de dicho modelo.

Complementariamente, este equipo ha efectuado diversas sesiones de trabajo a efectos de realizar las coordinaciones pertinentes, así como exposiciones por parte de sus miembros, sobre temas de relevancia requeridos para el análisis de la propuesta del modelo a presentar ante las autoridades superiores.

1.14 Proyecto Desarrollo integral de las funciones estratégicas de rrhh

El presente apartado se presenta el avance de algunos de los productos que conforman el Proyecto para cada componente.

a. Política institucional para la gestión de las personas

Se elaboró la propuesta de política, la cual fue sometida al conocimiento de las diferentes Gerencias, dicha política tiene como objetivo establecer un marco general para la gestión de las personas trabajadoras en la Caja Costarricense de Seguro Social, a fin de que permita el direccionamiento de las estrategias, planes y programas de desarrollo en sus cuatro macroprocesos: información y planificación, administración de personal, gestión del trabajo y gestión del conocimiento, con el propósito principal de contribuir a la eficacia, la eficiencia la calidad en la atención de los usuarios.

b. Nueva estructura organizativa y funcional de recursos humanos y fortalecimiento de la estructura organizativa y funcional para la investigación

Durante el 2016, con la finalidad de generar una sinergia de integración entre proyectos, y a la vez eliminar duplicidad de funciones, se efectuaron diversas coordinaciones con los responsables del proyecto de Reestructuración del Nivel Central con el propósito de ajustar y alinear cronogramas y en miras de una gestión integral, en relación con este tema.

c. Se elaboró propuesta del nuevo estatuto de personal

d. Determinación de la capacidad instalada para formación de especialistas: Se elaboraron estudios de capacidad instalada para las siguientes especialidades a saber: Radiología e imágenes médicas, anatomía patológica, ginecología y obstetricia, pediatría y psiquiatría.

1.15 Implementación Ley 8862 Inclusión Laboral de Personas con Discapacidad en la CCSS

El artículo único de la Ley 8862, creada el 11 de noviembre del año 2010, establece que *“en las ofertas de empleo público de los Poderes del Estado se reservará cuando menos un porcentaje de un cinco por ciento (5%) de las vacantes, en cada uno de los Poderes, para que sean cubiertas por personas con discapacidad siempre que exista oferta de empleo y se superen las pruebas selectivas y de idoneidad, según lo determine el régimen de personal de cada uno de esos Poderes”*.

El cumplimiento de esta Ley es obligatorio para nuestra Institución, por lo que como tarea prioritaria de la comisión especializada se encuentra la coordinación y seguimiento necesario, a fin de que la implementación de dicha Ley se desarrolle a la brevedad posible, con especial atención en el procedimiento de creación de plazas y de reclutamiento y selección, los cuales dan inicio a la etapa de inclusión laboral.

Con base en lo anterior, como principal logro del periodo 2016, se tiene la elaboración de una propuesta integral del **“Procedimiento para la Inclusión Laboral de Personas con Discapacidad en la CCSS”** en la que participaron profesionales de varias disciplinas, el cual fue conocido y avalado por la Comisión Especializada, lo cual es un importante logro en la búsqueda de brindar oportunidades laborales para la población con discapacidad que existe en el país, para la mejora su calidad de vida y la de sus familiares. Considerando que el éxito de esta propuesta requiere de una estrecha articulación entre unidades técnicas de las distintas Gerencias de la CCSS, esta propuesta será presentada en un corto plazo ante las instancias superiores que correspondan, con el fin de que se defina la mejor ruta para hacer efectiva dicha articulación.

En lo que interesa, la propuesta de referencia plantea entre otros aspectos los siguientes:

- Estudio de mercado sobre la oferta de oferentes con discapacidad
- Creación y reserva de plazas
- Procedimientos de reclutamiento y selección
- Orientación e inducción al puesto
- Sensibilización y capacitación al personal
- Relaciones laborales
- Actividades de capacitación
- Factores claves de éxito

1.16 Planificación del recurso humano (plazas nuevas creadas en el año 2016)

Durante el año 2016, la Institución revisó un estimado de 180 estudios técnicos que han cumplido con todos los requisitos normados para la creación de plazas y de las cuales aproximadamente

corresponden a 621 plazas verificadas en los diferentes tractos de plazas que se han creado en el año 2016.

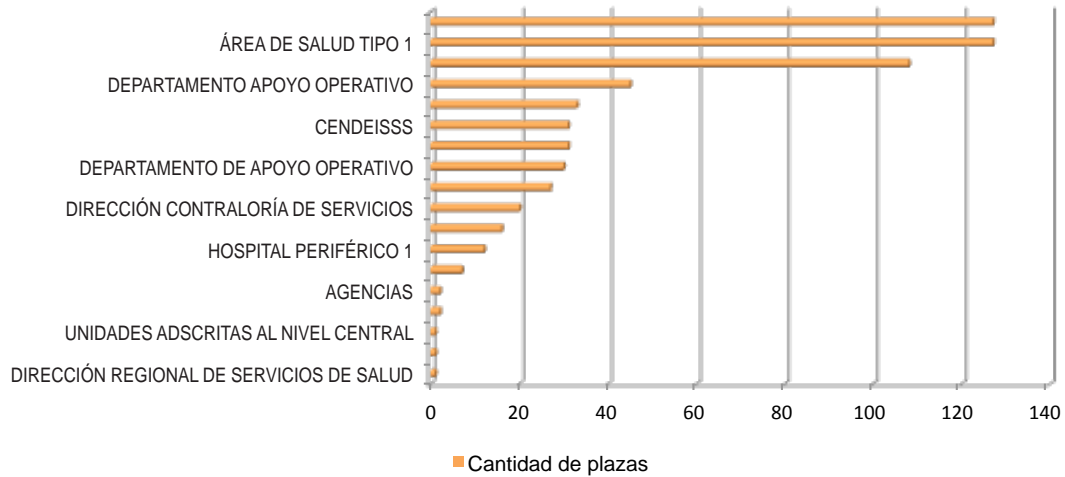
Como se indicó anteriormente en el año 2016, **se crearon 621 plazas nuevas**, distribuidas en la siguiente forma: el 80% pertenecen al Grupo Ocupacional de Profesionales Médicos y Enfermería y Servicios de Apoyo, es decir, están relacionadas con la prestación directa del servicio, en estas se incluyen los especialistas, enfermería, farmacéuticos, entre otros. El restante 20.0% se distribuye entre personal administrativo, que se refiere principalmente a técnicos y profesionales de las ciencias sociales y personal de servicios generales, relacionados con labores de mantenimiento, transportes y vigilancia.

En el siguiente cuadro y gráfico se presenta la distribución de las plazas del 2016, distribuidas por grupo ocupacional de profesionales y tipo de centro respectivamente.

CUADRO N° 1
Plazas nuevas creadas en el año 2016

PROFESIONALES EN CIENCIAS MÉDICAS	354
Médico Asistente Especialista	139
Enfermera Licenciada	74
Médico Residente	30
Médico Asistente Especialista Servicio Social	30
Médico Asistente	27
Farmacéuticos	21
Odontólogos	12
Nutrición	9
Microbiólogos Químicos Clínicos	9
Psicólogos Clínicos	3
ENFERMERIA Y SERVICIOS DE APOYO	149
Tecnologías en Salud	95
Tareas de Apoyo	32
Auxiliar de Enfermería	14
Promoción de la Salud	8
ADMINISTRATIVOS	110
Profesionales	66
Técnicos	30
Secretarías y Oficinistas	12
Supervisores	2
SERVICIOS GENERALES	8
Mantenimiento	3
Servicios Varios	3
Transportes	2
Total general	621

GRÁFICO N° 1
Distribución de plazas nuevas año 2016



Fuente: Dirección Administración y Gestión de Personal (con base en información de modificaciones presupuestarias 01-2016 y 02-2016 de la Dirección de Presupuesto)

Nota: Las Plazas del Departamento de Apoyo Operativo es un estado transitorio de las plazas que posteriormente son asignadas a los centros de prestación de servicios de salud, según necesidades, en su mayoría corresponden a médicos especialistas.

De los Servicios Institucionales

3.1. Renovación de la flotilla vehicular Institucional

Como seguimiento al proceso de renovación de la flotilla Institucional, y mejoramiento en la logística de transporte, durante este periodo 2016, se realizó la compra de un total de 466 vehículos, entre ambulancias, camiones, motocicletas, cuadraciclos, scooter, pick up, station wagon y microbuses, los cuales representan una inversión aproximada de \$8,588,055.02. Agrupados por ambulancias, operativos y motocicletas, la distribución de las cantidades adquiridas son las siguientes:

TABLA N° 2

TIPO	CANTIDAD
Ambulancias	53
Operativos (pick up, microbuses, station wagon, camiones)	165
Motocicletas (Motos, cuadraciclos y scooter)	248
Total	466

Fuente: Dirección de Servicios Institucionales

Esta renovación vehicular tendrá un impacto en la gestión de los procesos y servicios brindados a nivel institucional, por cuanto brindarán apoyo a labores como:

Ambulancias traslado de pacientes: como servicio directo al asegurado, las unidades médicas brindan el beneficio de traslado a los pacientes a aquellos que por criterio médico lo necesitan.

Vehículos operativos de Sucursales: Procesos de fiscalización por parte del servicio de inspección, de recaudación por parte de las áreas de cobros, en especial del Programa Estratégico de Acción Cobratoria (PEGC) y de trabajo social en materia de trámite de pensiones de Invalidez, Vejez y Muerte, así como el Régimen no Contributivo, entre otras necesidades de traslado, de las Direcciones y Sucursales.

Vehículos operativos en unidades médicas: traslado de los equipos de visita domiciliar a nivel de las comunidades, traslado de funcionarios a los Puestos de Visita Periódica, traslado de medicamentos e insumos desde la sede de Área a los Ebáis y Puestos de Visita Periódica, traslados de funcionarios a reuniones a nivel de comunidades y a nivel institucional.

Vehículos operativos de Sede: apoyo en los proyectos de ámbito institucional, en aspectos como equipamiento y mantenimiento médico e industrial, y desarrollo tecnológico. Además de fortalecer y mejorar la prestación del servicio de transporte a nivel de las unidades de Sede, para la ejecución de las diferentes labores asignadas que finalmente tienen un impacto indirecto al asegurado.

Motocicletas: la adquisición de estas nuevas motocicletas para los diferentes centros de salud y unidades administrativas, contribuirán en la ejecución de actividades estratégicas programadas dentro de la administración, como lo es el desplazamiento del personal de ATAP, para la realización de visitas domiciliarias y el personal de mensajería para realizar funciones administrativas que se encuentran a distancias considerablemente lejanas.

Camiones: El servicio de transporte es utilizado por diferentes centros médicos para el traslado de ropa hacia las diferentes Lavanderías, de igual manera se utiliza para el traslado de suministros de uso médico, administrativo y operativo, por lo tanto una adecuada flotilla vehicular facilita la implementación de una eficiente cadena de abastecimiento para el intercambio o flujo de materiales.

En términos generales, esta inversión permite a la Institución, continuar renovando el equipo móvil de las unidades, a fin de enfrentar la demanda de traslados generada por los diferentes servicios tanto directos como indirectos al asegurado.

Permite disponer de una flotilla moderna que disminuye los costos operativos por mantenimiento correctivo y consumo de combustible; así como, una mayor disponibilidad del recurso en buen estado para su operación y prestación de los servicios.

Mediante esta adquisición se ha logrado disminuir el porcentaje de obsolescencia de la flotilla institucional en un 15%, logrando alcanzar el 85% de la flota vehicular renovada.

De los Sistemas Administrativos

4.1. Control Interno

- Se actualizó el Modelo del Sistema de Control Interno, con una visión integral alineándose a la madurez institucional en el tema, dando como resultado el “*Manual Técnico de Control Interno*”, el cual se encuentra en las etapas finales de revisión y aprobación.
- Durante el 2016 se interactuó con los titulares subordinados en más de 130 unidades en todo el país, con el propósito de recopilar buenas prácticas administrativas en la gestión y establecer oportunidades de mejora, para el logro de un servicio de calidad a los usuarios internos y externos.
- Se actualizó la Política Institucional de Riesgos, la cual constituye un marco de referencia general para la gestión de todo tipo de riesgos a nivel de la Caja Costarricense de Seguro Social. Esta Política será la base para el desarrollo e implementación de políticas específicas de gestión de riesgos, la misma se encuentra en etapas finales de revisión y aprobación.
- Se actualizó el Mapa de Riesgos, con la participación de las seis Gerencias, la Presidencia Ejecutiva y unidades adscritas, mediante la valoración de riesgos en lo referente a los planes tácticos operativos gerenciales.
- Se elaboró el “13° Informe de Autoevaluación de la Gestión basado en el Sistema de Control Interno 2015”, con base en la consolidación y análisis de las Autoevaluaciones de la Gestión aplicadas por 2092 titulares subordinados de la Institución en cumplimiento con lo normado en la Ley General de Control Interno.
- Se actualizaron los mapas de riesgos de todas las unidades del país, permitiendo contar con información para la toma de decisiones. El informe permite obtener los insumos para la toma de decisiones de las Autoridades Superiores y adicionalmente un medio de transparencia para la comunicación de los resultados.

4.2. Modelo de Gestión de Riesgos de Emergencias y Desastres de la CCSS.

Durante el 2016, la Institución avanzó en forma importante en el campo de las emergencias y desastres, al aprobar la Junta Directiva en la sesión N° 8828, artículo 9° del 29 de febrero de 2016 y en la sesión N° 8878 artículo 31° del 8 de diciembre de 2016, la transformación del Programa de Atención de Emergencias (PIE) en el Centro de Atención de Emergencias y Desastres (CAED), como la instancia de alto nivel, responsable de dirigir, coordinar, impulsar, regular, asesorar y evaluar la gestión institucional en materia de emergencias y desastres, para que la atención en todas sus fases se realice de forma oportuna y eficaz, garantizando la continuidad de la prestación de los servicios de salud y de pensiones y todos aquellos procesos

o subprocesos que la apoyan, sean de índole administrativo, logístico financiero y directivo, en todos los niveles: local, regional y central.

Con esta aprobación, la Institución cumple las disposiciones establecidas en la Ley de Emergencias y Prevención del Riesgo No. 8488 y su reglamento.

Por la importancia de ese Centro para la Institución, se le asignó la responsabilidad de administrar las Políticas relacionadas con Hospital Seguro y Organización de la Respuesta a Emergencias y Desastres, entre otras de esta naturaleza y proponer las modificaciones a las mismas en coordinación con las diversas instancias de la Institución que participan en la ejecución, control y evaluación de los eventos adversos que afectan la prestación de los servicios a la población.

4.3 De la Simplificación de Trámites y Mejora Regulatoria Institucional (Simplit)

4.3.1. Designación de oficial de Simplificación de Trámites y comisión

Se comunicó al Ministerio de Economía, Industria y Comercio, rector en la materia, la designación del Lic. Rónald Lacayo Monge, Gerente Administrativo como Oficial de Simplificación de Trámites y Mejora Regulatoria Institucional.

En el artículo 25° de la sesión número 8442 del 12 de mayo de 2016, el Oficial de Simplificación de Trámites Institucional en conjunto con la Dirección Jurídica y la Dirección de Sistemas Administrativos presentan a la Junta Directiva la propuesta de Fortalecimiento de la Simplificación de Trámites y Mejora Regulatoria, aprobándose integralmente.

Esta Gerencia en coordinación con el Programa SIMPLIT-MR elaboró un plan de gestión que detalla la situación respecto de la priorización de las gestiones realizadas en simplificación de trámites y mejora regulatoria, los recursos necesarios, la designación de responsabilidades y los plazos para completar y atender los proyectos en esta materia; englobados en el marco que definen los elementos básicos de planificar, organizar, dirigir y controlar, la gestión administrativa; bajo el direccionamiento estratégico de la Oficialía de Simplificación de Trámites.

Este documento contiene los resultados alcanzados a partir de la redirección en la gestión, aprobada por Junta Directiva en mayo del 2016, partiendo de una nueva conformación de la Comisión de Mejora Regulatoria, responsable de la emisión de criterios y recomendaciones de las propuestas técnicas gerenciales y seguidamente de una propuesta metodológica y fortaleciendo la cultura organizacional en este tema.

En concordancia con lo anterior, se indica como uno de los logros principales para el 2016, la eliminación de la Orden Patronal como requisito para el acceso a los servicios de la Institución, logrando impactar significativamente a toda la población costarricense y a la Institución, así mismo se mencionan las propuestas de reforma a reglamentos que han presentado las Gerencias.

4.3.2. Eliminación de la orden patronal

Tal y como se mencionó anteriormente, durante el año 2016 se gestionó la eliminación de la orden patronal, a fin de tener la implementación en el 2017, lo cual generó un cambio significativo en la atención que se le brinda a los usuarios de los servicios de salud y pensiones, ya que la orden patronal impresa dejará de ser requisito para acceder a los servicios institucionales.

Cabe destacar que se realizará la eliminación de la versión impresa de este documento, realizando la verificación en forma electrónica de la condición de aseguramiento de las personas que acuden a recibir atención en los establecimientos de salud.

Este gran paso dado por la Institución, parece ser simple en apariencia, pero trascendental en lo cotidiano, ya que la supresión de la orden patronal, como barrera administrativa, obedece a que trabajamos para fortalecer una cultura que privilegia al ciudadano como sujeto de derecho, así como para la mejora de nuestra gestión, mencionó la doctora María del Rocío Sáenz Madrigal, presidenta ejecutiva, el 1 de noviembre del 2016, cuando realizó el anuncio de este cambio, en el teatro Nacional, en el marco de la sesión Solemne de celebración de los 75 años de la CCSS.

Y es un gran cambio no se puede llevar a una institución a su centenario con formas de trabajo que han sido superadas, hoy en día, gracias al uso de la tecnología y los sistemas informáticos, la digitalización toca la puerta y se debe abrir.

Las barreras de la conectividad se han superado, ahora nos toca dar el paso y adaptarnos a este cambio con la meta de mejorar la atención a los usuarios de nuestros servicios.

La eliminación de la orden patronal como requisito para recibir atención, permite el alineamiento con lo establecido en la Ley de Protección al Ciudadano del Exceso de Requisitos y Trámites Administrativos, Ley N°8220, que señala en su artículo 2 – Presentación única de documentos- *“que ninguna entidad, órgano o funcionario público, podrá solicitar al administrado, información que una o varias de sus mismas oficinas emitan o posean”*.

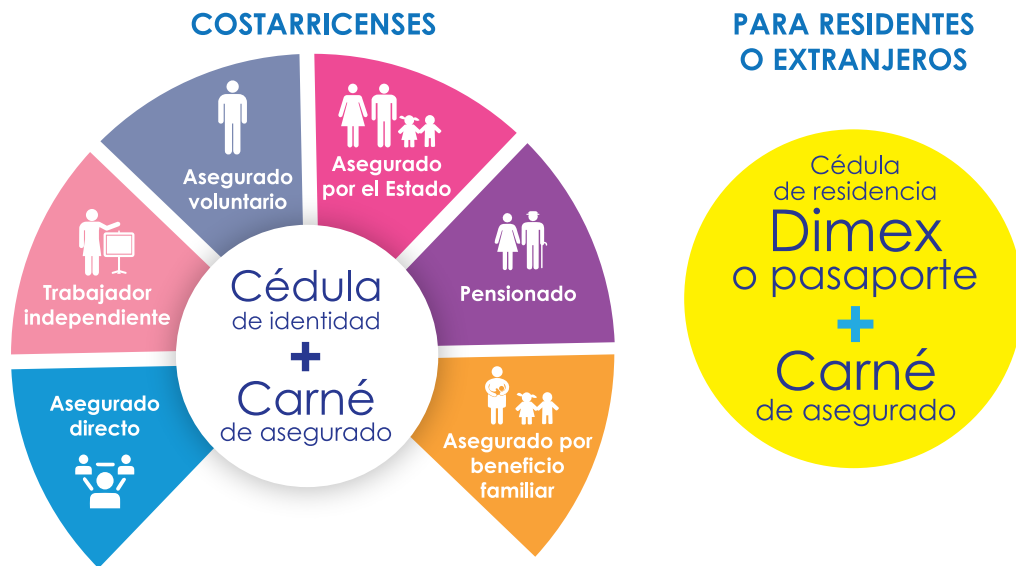
La meta institucional en materia de Simplificación de Trámites y Mejora Regulatoria es que para el año 2018, la cédula de identidad para nacionales, sea el único documento que los usuarios presenten, a fin de recibir atención en los servicios que les brinda la institución. Por lo tanto, la validación de la condición de aseguramiento es responsabilidad del funcionario (a) de la CCSS o del proveedor de servicio que le brinda la atención.

Como parte de los cambios empleados, es importante señalar que para realizar esta consulta se empleará el módulo de Validación de Derechos, al cual se ingresa desde el portal web institucional: web www.ccss.sa.cr.

Este módulo de Validación de Derechos, es el sistema institucional para verificar la condición de aseguramiento de las personas usuarias y el sistema permite la consulta de la siguiente información:

- Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE)
- Sistema Integrado de Pensiones (SIP)
- Expediente Digital Único en Salud (EDUS)

Así las cosas, los únicos documentos a solicitar a los usuarios son:



4.3.2.1. Campaña publicitaria para la eliminación de la orden patronal

En medios televisivos, radiofónicos y redes sociales se difunden la campaña publicitaria mi orden patronal digital, cuyo mensaje se centra en informarle a la ciudadanía que, a partir de enero, en los servicios de la CCSS no se pedirá la orden patronal como requisito para recibir atención. También se dispuso del sitio web: www.miordenpatronal.com en donde la ciudadanía encontró información de la orden patronal digital, preguntas y respuestas frecuentes, cómo registrarse a la Oficina Virtual del SICERE para tener acceso a la orden patronal digital, así como tutoriales.

Del impacto por la aplicación de la medida

- **Seguridad Jurídica:** Se da el cumplimiento del artículo 2 de ley 8220, al no solicitar información que nuestros sistemas pueden suministrar. Esta eliminación del requisito se ve reflejado en la reforma de los artículos 61° y 74° del Reglamento del Seguro de Salud, del 22 de diciembre del 2016.
- **Información real y oportuna:** Con la utilización de los sistemas de información para la validación del derecho, se facilita a funcionarios y usuarios, contar con datos en tiempo real, en contraste con la orden patronal impresa.
- Se está realizando por medio de consultas con el Sistema de Identificación, Agendas y Citas (SIAC) del EDUS y Consulta en línea por medio de la funcionalidad Validación de Derechos en el sitio Web de la CCSS.

- Durante el mes de enero, se generaron 122, 530 órdenes patronales digitales, un promedio de 250 mil transacciones diarias en la herramienta validación de derechos en línea y 56, 447 accesos a la Oficina Virtual SICERE.
- **Impacto:** Se tiene un impacto muy positivo en los niveles de satisfacción de toda la población usuaria de la Institución al acceder de manera más sencilla, a los servicios de salud.
- **Costo:** La logística de impresión de las órdenes patronales va más allá del consumo de papel. Requiere además utilizar impresoras especiales (alta velocidad), cintas de impresión para ese tipo de impresoras, personal dedicado a la impresión, corte y entrega de órdenes a los asegurados y patronos, equipo especial para el corte de los formularios, clasificación de formularios, mantenimiento de los equipos indicados. Además, dedicar funcionarios para la gestión de más de 60,000 duplicados de orden patronal impresa en todo el país, por deterioro o extravío del documento original.
- Es indiscutible el beneficio que tuvo para la Institución el dejar de imprimir la orden patronal, por un lado la mejora en la satisfacción de los usuarios y por otro, los significativos ahorros que experimentó, amén de la contribución con la huella ecológica.
- **Imagen Institucional:** esta eliminación de requisito permitió mejorar la percepción del usuario para con la Institución, demostrando en las diferentes redes sociales y páginas web de noticieros, una aceptación para lo normado.
- **Usuarios informados:** Estrategia de Comunicación exitosa a la población usuaria y funcionarios, mediante, videoconferencia, quioscos, webmaster, utilización de las redes sociales, medio de comunicación escritos, radiofónicos y televisivos, logrando informar con éxito la población usuaria.
- **Atención de quejas e información al usuario:** para la atención de quejas por parte de la población usuaria, se pusieron a disposición los medios tecnológicos: el portal web de la CCSS, el chat en línea, por medio del correo electrónico simplit@ccss.sa.cr (109 consultas sobre Trámites, de las cuales aproximadamente un 40% son sobre la *orden patronal* y los cambios implementados.

4.3.3. Conformación de la comisión de mejora regulatoria

Se reconstituyó la Comisión de Mejora Regulatoria coordinada por la Dirección de Sistemas Administrativos, con representación de los asesores gerenciales y unidades claves como las Direcciones de: Planificación Institucional, Jurídica y de Contralorías de Servicios de Salud, la cual tiene la función de revisar todas las propuestas de mejora regulatoria institucional en cumplimiento a la Ley N° 8220.

Esta comisión generó los siguientes criterios técnicos:

- Criterio sobre el Reglamento del Seguro de Salud (artículos 10°, 12° y 13°) y Manual de Adscripción y Beneficio Familiar (CMRST-001-2016).
- Criterio sobre la propuesta de reforma sobre el Reglamento de Formalización de Acuerdos de Pago (CMRST-002-2016).
- Criterio sobre la propuesta de reforma del Reglamento de Juntas de Salud (CMRST-003-2016).
- Criterio sobre la propuesta de reforma del Reglamento de Inversiones del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (CMRST-004-2016).
- Criterio sobre la propuesta de reforma del Reglamento para la tramitación de donaciones a favor de la CCSS (CMRST-005-2016).
- Criterio sobre la propuesta de reforma de los artículos 27° y 52° Reglamento del Seguro de Salud (CMRST-006-2016).
- Criterio sobre la propuesta de modificación de los requisitos de los trámites de inspección (CMRST-007-2016).
- Criterio sobre la propuesta de reforma Reglamento que regula la formalización de acuerdos de pago por deudas de patronos y trabajadores independientes con la Caja Costarricense de Seguro Social (CMRST-008-2016).
- Criterio Propuesta de Reforma de los artículos 27° y 52° Reglamento del Seguro de Salud Acción de Inconstitucionalidad 5594-12 (CMRST-009-2016).
- Criterio sobre el Proyecto de Reglamento para el uso y operación del SIGES-CCSS (CMRST-010-2016).
- Criterio sobre la Reforma al artículo 31 del Reglamento al Seguro del IVM, atención a la recomendación 7 del Informe de Auditoría ASF-288-2013 (CMRST-011-2016).
- Criterio sobre la Propuesta de Modificación del Reglamento del Régimen No Contributivo de Pensiones, Artículos 3, 8, 17 y 18 /CMRST-012-2016).

Se impartieron asesorías y sensibilizaciones a aproximadamente 674 funcionarios en el nivel central, regional y local, con el propósito de informar acerca de los principios de la Ley 8220 y su reglamento, el marco normativo que aplica, así como las acciones realizadas por la Institución para cumplir con lo establecido en esta Ley.

- > Se promovió y eliminó la orden patronal en físico para la atención de los servicios de salud, presentándose ante la Junta Directiva la reforma de los artículos 61° y 74° del Reglamento

del Seguro de Salud, aprobándose integralmente. Como medios alternos de comprobación de derechos se dispone de los siguientes:

- Consultas por medio de Sistema de Identificación, Agendas y Citas (SIAC), mediante la creación de un perfil de consulta a los funcionarios de REDES y Servicios de Apoyo donde se disponga de las condiciones tecnológicas necesarias.
 - Consulta en línea por medio de la funcionalidad Validación de Derechos en el sitio Web de la CCSS, para aquellos sitios donde se disponga de las condiciones tecnológicas necesarias.
 - Consulta telefónica a Línea 905-MiSalud.
- > Adicionalmente, se estableció una campaña publicitaria a nivel nacional para sensibilizar y orientar a los funcionarios y a la ciudadanía en general, a través de redes sociales, medios de comunicación, correo interno, revistas, panfletos, entre otros. Este proyecto ha sido fundamental para la simplificación de los trámites enfocado en la atención de las personas usuarias en la prestación de los servicios de salud.
- > Se asesoró en la propuesta de reforma de los siguientes reglamentos:
- Reglamento que regula la formalización de acuerdos de pago por deudas de patronos y trabajadores independientes con la Caja Costarricense de Seguro Social.
 - Reglamentos de Medicina de Empresa y Medicina Mixta.
 - Reglamento del Seguro de Salud, Artículos 10°, 11°, 12°, 13°- Manual de Adscripción y Beneficio Familiar.
 - Reglamento de Juntas de Salud.
 - Reglamento de Inversiones del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte.
 - Reglamento para la tramitación de donaciones a favor de la CCSS.
 - Reglamento del Seguro de Salud, Artículos 27° y 52° (Acción de Inconstitucionalidad 5594-12).
 - Reglamento para el uso y operación del SIGES-CCSS.
 - Reglamento al Seguro del IVM, Artículo 31° (atención a la recomendación 7 del Informe de Auditoría ASF-288-2013).
 - Reglamento del Régimen No Contributivo de Pensiones, Artículos 3°, 8°, 17° y 18°.

4.3.4. Planes de mejora regulatoria 2016 y 2017:

- Se encuentran en ejecución los planes de mejora regulatoria a saber: Adscripción y Beneficio Familiar (avance de 91%) y Aseguramiento por el Estado (avance de 80%).

4.3.5. Otras acciones efectuadas en materia de simplificación de trámites y mejora regulatoria

- Se cuenta con el inventario regulatorio y el listado de los trámites y requisitos institucionales actualizado, remitido por todas las gerencias.
- Se encuentran actualizados los Catálogos de Trámites: Nacional e Institucional.
- Se empezó a implementar el Sistema de Control Previo (SICOPRE) del Ministerio de Economía, Industria y Comercio (MEIC) con la reforma del Reglamento al Artículo 74° de la Ley Constitutiva de la CCSS.
- Se suscribieron las siguientes circulares institucionales en la materia:
 - > Directriz referida a la Orden patronal, en cumplimiento de la Ley Protección al Ciudadano del Exceso de Requisitos y Trámites Administrativos N° 8220.
 - > Eliminación del requisito de la constancia de adjudicación de pensión para la solicitud de carné de pensionado.
 - > Normalización del procedimiento del cambio de Asegurado Voluntario a Beneficio Familiar.
 - > Eliminación del nombre y número patronal del Formulario No 4-70-03-0130 “Constancia de incapacidad y licencia”.
 - > Eliminación del requisito de certificado patrono al día en campos clínicos.
 - > Pautas para la acreditación de la condición de asegurado en los servicios de salud de la CCSS, en los casos de medicina de empresa
 - > Utilización de la aplicación Expediente Digital Único en Salud (EDUS) / Validación de Derechos.
 - > Directriz del Gobierno N° 52 MP “Prescindir de la solicitud de fotocopias de cédula de identidad o cédula jurídica a ciudadanos para trámites administrativos”.
 - > Utilización del “módulo validación de derechos en línea” para temas de riesgos excluidos.

De la gestión jurídica

La Dirección Jurídica, adscrita a esta Gerencia, es el órgano superior consultivo responsable de la atención de asuntos en materia jurídica y la representación judicial en defensa de los intereses de la Institución. Otorga el apoyo y la asistencia profesional a Junta Directiva y a las autoridades superiores mediante la emisión de criterios técnico jurídicos para la toma de decisiones estratégicas y de impacto institucional.

Mediante sesión 8174, artículo 34 de fecha 9 de agosto de 2007, la Junta Directiva acordó la aprobación del *“Reglamento de Dirección Jurídica y de las Actividades Jurídicas de la Caja”*, con el cual se dio una reestructuración interna de la Unidad; determinando de ésta manera sus ámbitos de competencia los cuales son: gestión judicial (Área de Gestión Judicial), notariado institucional (Área de Gestión Notarial), consultas legales y refrendo de contratos administrativos (Área de Gestión Técnica y Asistencia Jurídica).

La Dirección Jurídica es el órgano superior consultivo responsable de la atención de asuntos en materia jurídica y la representación judicial en defensa de los intereses de la Institución. Otorga el apoyo y la asistencia profesional a Junta Directiva y a las autoridades superiores mediante la emisión de criterios técnico jurídicos para la toma de decisiones estratégicas y de impacto institucional.

Mediante sesión 8174, artículo 34 de fecha 9 de agosto de 2007, la Junta Directiva acordó la aprobación del *“Reglamento de Dirección Jurídica y de las Actividades Jurídicas de la Caja”*, con el cual se dio una reestructuración interna de la Unidad; determinando de ésta manera sus ámbitos de competencia los cuales son: gestión judicial (Área de Gestión Judicial), notariado institucional (Área de Gestión Notarial), consultas legales y refrendo de contratos administrativos (Área de Gestión Técnica y Asistencia Jurídica).

5.1. De la gestión técnica y asistencia jurídica

En el ámbito asesor su función es emitir criterios jurídicos de manera eficiente y oportuna con el fin de asesorar a la Administración Activa en la toma de decisiones. Dentro de los logros de la Dirección en éste ámbito durante este año 2016, fue el trámite de 867 consultas tan solo en el último trimestre.

Como un intento por acercarse más a los funcionarios y brindar una efectiva asesoría, se implementó el programa de oficina jurídica, la cual es un espacio en la web que se abre todos los lunes de 2:00 pm a 4:00 pm con el fin de evacuar preguntas jurídicas y atención de casos específicos.

Además de ello, se brinda apoyo técnico jurídico a las altas jerarquías institucionales como Junta Directiva, Presidencia Ejecutiva y Gerencias en temas trascendentales, dentro de los que se pueden mencionar teletrabajo, reestructuración, medidas alternas de resolución de procedimientos administrativos (MAPA), entre otros.

5.2. De la gestión judicial

Consiste en el ejercicio de la representación judicial y la dirección profesional de los procesos judiciales en los que la Caja sea parte o manifieste interés de acuerdo con lo que al afecto disponga el ordenamiento jurídico. Además ejerce la representación extrajudicial en aquellos casos en que la Administración así lo requiera.

Con el fin de lograr una especialización técnica dentro de la Subárea de Gestión Judicial, se organizaron diferentes grupos de trabajo dentro de los cuales destacan: constitucional, laboral, penal y contencioso administrativo.

El total de procesos judiciales a cargo de la Dirección Jurídica ascienden a 11.750 aproximadamente, de los cuales ingresaron durante el año 2016 un total de 3117 juicios nuevos.

Como logro a mencionar, se encuentra el acercamiento que se tuvo con jueces de la jurisdicción laboral con el fin de que sensibilizarlos en la materia de pensiones de manera que ello repercuta en la resolución de juicios a partir de la declaratoria de invalidez según el Consejo Médico Forense y sin condenatoria en costas para la Caja. Además de ello, en conjunto con las Gerencias Administrativa y de Pensiones, se logró obtener autorización para conciliar asuntos de pensiones por invalidez para que, previo cumplimiento de algunos supuestos establecidos, los asuntos se concilien en la sede judicial y así ahorrar recursos institucionales.

5.3 De la gestión notarial

Se concretó un Convenio con Registro Público para que las dependencias de la Caja accedan a sus bases de datos. Ello impactará positivamente en el programa de simplificación de trámites, que actualmente opera en la Institución.

5.4 Red Jurídica Institucional

La Red Jurídica Institucional fue creada mediante acuerdo de Junta Directiva en la sesión N° 8331 del 12 de marzo de 2009, la cual está distribuida en tres niveles de gestión central, regional y local, donde interactúan numerosas unidades de trabajo y profesionales responsables de las actividades de asesoría y de gestión jurídica en los diversos ámbitos de competencia.

Dentro del ámbito de las competencias los Consejos Regionales de Gestión Jurídica, tienen como fin facilitar el desarrollo operativo, la integración, la información, la retroalimentación, la unidad de criterio, la coordinación, y por ende evaluar en forma general lo relacionado en materia jurídica.

Es así, que los Consejos Regionales que integran la Red Jurídica Institucional funcionan bajo la dirección técnica y Asesoría de la Dirección Jurídica, y actualmente están conformados por un Consejo Interferencial y cinco Consejos Regionales de Gestión Jurídica: Consejo Central Norte y Huetar Norte, Consejo Central Sur, Consejo Pacífico Central Chorotega, Consejo Huetar Atlántica y Consejo Brunca.

Entre los logros más destacados se encuentra la celebración del IV Congreso Nacional de Abogados de la CCSS que se llevó a cabo los días 29 y 30 de Noviembre del 2016. Dicha actividad versó sobre el tema de la Reforma Procesal Laboral y contó con la participación de expositores de gran experiencia profesional como Magistrados de la Sala Primera y Jueces Superiores de la Corte Suprema de Justicia.

5.5 Actividades de capacitación

Mediante el programa de capacitación desarrollado por la Dirección Jurídica se han realizado actividades de capacitación en diversos temas, las cuales han sido conformadas de dos componentes:

- **Capacitación Interna:** En cumplimiento de lo establecido en el artículo 17 del Reglamento de la Dirección Jurídica y de las Actividades Jurídicas de la Caja, se ha capacitado a los funcionarios de la Dirección, según lo han permitido los recursos asignados a esos efectos. En tal sentido, se gestionó la participación de 30 funcionarios en actividades de capacitación en diversos temas legales.
- **Capacitación Externa (funcionarios institucionales):** En lo correspondiente a la capacitación externa es importante señalar que durante el 2016 se logró el cumplimiento del plan de capacitación en su totalidad, impartiendo capacitaciones a los abogados que componen la Red Jurídica institucional, así como a funcionarios institucionales en distintos temas como se detalla a continuación. se organizaron 86 actividades de capacitación en temas como investigación preliminar y procedimiento administrativo, contratación administrativa, responsabilidad de funcionarios públicos, etc.

De las acciones efectuadas en materia de equidad de género

A continuación se mencionan, algunas de las acciones afirmativas que la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), a través, del Programa Institucional para la Equidad de Género de la Gerencia Administrativa, logró durante el año 2016, en aras de contribuir a la disminución de brechas de inequidad entre los géneros:

- Se capacitaron cerca de 350 personas en materia de igualdad y equidad de género, por medio de talleres y videoconferencias, entre otras, actividades.
- Se brindó asesoría en el tema de competencia, vía construcción de 17 criterios técnicos, a diferentes instancias que lo solicitaron, básicamente, sobre Políticas, Normas, Proyectos de Ley y Protocolos.
- Se facilitaron 39 asesorías técnicas, mediante la representación del Programa en las Comisiones Inter e Intrainstitucionales en las que participa, en la mayoría, por designación de la Presidencia Ejecutiva.
- Se desarrolló una campaña institucional contra el hostigamiento sexual, con el fin de prevenir su incidencia y favorecer la detección y denuncia. En este contexto, se elaboró el contenido técnico del material impreso y digital para la implementación, de manera coordinada con la Dirección de Comunicación Organizacional, y el acompañamiento permanente del Centro para la Instrucción del Procedimiento Administrativo (CIPA).
- En este tema también se diseñó y ejecutó un proceso con la Dirección Jurídica, en el que se le dio sensibilización y capacitación en materia de Hostigamiento Sexual y se elaboró un instrumento para medir las percepciones del personal relacionado con dicho tema. Datos que quedan a disposición de la Institución.
- Durante el 2016 se iniciaron las gestiones con la Dirección de Bienestar Laboral, para la compra de un curso e-learning sobre los temas de hostigamiento sexual y acoso laboral, que no requiere ser tutorado, ya que es auto administrado y estaría disponible para el total del recurso humano.
- Se realizaron 06 procesos de sensibilización y capacitación al personal de la CCSS sobre el tema de trata de personas, que se concretaron satisfactoriamente, con el apoyo de capacitadoras de la Gestión de Tráfico Ilícito de Migrantes y Trata de Personas de la Dirección General de Migración y Extranjería y este Despacho. En total se sensibilizó y capacitó a 266 funcionarios y funcionarias, con el fin de facilitar la detección de los indicadores, la atención integral de las personas víctimas y la denuncia del delito.

- Se efectuaron dos actividades de conmemoración masivos con gran proyección institucional:
 1. Celebración del Día Internacional de las Mujeres, realizado en conjunto con el Hospital Dr. Maximiliano Peralta y la Dirección de Comunicación Organizacional el día 08 de marzo de 2016, en las instalaciones del Auditorio del Instituto Nacional de Seguros, ubicado en Cartago. Con el apoyo de la Gerencia Administrativa, se presentó a la reconocida actriz Sra. Ana Istarú (Ana María Soto Marín) con su obra teatral (monólogo): “Baby Boom en el Paraíso / Hombres en Escabeche” (stand-up comedy). Asistieron alrededor de 100 personas, incluyendo la representación de: la Asamblea Legislativa; Presidencia Ejecutiva de la CCSS; Gerencia de Infraestructura y Tecnologías de Información; Dirección Jurídica y de la Dirección del Hospital de Cartago; así como funcionarios y funcionarias de la institución y personas usuarias de los servicios.
 2. La segunda actividad de conmemoración Día Mundial: Mujer, Salud y Deporte, se efectuó el día 27 de mayo de 2016, en la comunidad de Nicoya. La organización logística estuvo a cargo de nuestro Programa, con la colaboración de la Subárea de Deporte y Recreación, la Dirección Médica del Hospital La Anexión y del Área de Salud de Nicoya; además, se incorporó la Municipalidad de Nicoya y el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, entre otros. Participaron 600 personas aproximadamente.
- Se desarrollaron en conjunto con la Plataforma Virtual del CENDEISS, 15 grupos del curso virtual “Equidad de Género: Un camino hacia el desarrollo social”, para un aproximado de 400 personas sensibilizadas y capacitadas en el tema.
- Se brindó el acompañamiento técnico al proceso académico de tres estudiantes de la carrera de Licenciatura de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica, el cual dio como resultado el Informe preliminar del Plan de Acción 2011-2015 de la Política Institucional de Igualdad y Equidad de Género 2010-2020, de la Caja Costarricense de Seguro Social, el cual se constituye en un insumo preliminar de evaluación del Plan de Acción de la Política, para el equipo que será contratado para desarrollar el proceso evaluativo formal.

De la Gestión Informática

Actualmente el Centro de Gestión Informático de la Gerencia Administrativa, en coordinación con la Dirección de Sistemas Administrativos, Dirección Jurídica, Centro para la Instrucción de Procedimientos Administrativos (CIPA), entre otras unidades, se encuentra desarrollando el sistema de Registro para la Gestión Sancionatoria en la CCSS.

Dicho sistema tiene como objetivo disponer de información relacionada con los procedimientos administrativos disciplinarios y de responsabilidad patrimonial, las unidades que lo conducen, etapa en qué se encuentran, los procedimientos en los cuales ya se dictó el acto final y los que se encuentran en fase recursiva; así como los funcionarios (as) a los que se les ha puesto una sanción en firme.



Las nuevas unidades fueron recibidas por representantes de hospitales y áreas de salud, en un acto que se realizó en el Estadio Nacional, con la presencia de la Primera Dama de la República, Mercedes Peñas Domingo y las autoridades de la CCSS, encabezadas por la doctora Sáenz Madrigal.

Del Bienestar Laboral

8.1 Programa Atención de Situaciones Socio laborales

Estudio de clima organizacional Hospital. Carlos Luis Valverde Vega, con el desarrollo de acciones de sensibilización, recopilación de información cuantitativa y cualitativa, tabulación de datos y sistematización, devolución -validación de la información, construcción de compromisos y *Negociación y firma de compromisos* con la participación de las autoridades superiores, mandos medios y personal operativo del centro hospitalario.

8.2. Programa órganos bipartitos y paritarios

Como acciones sustantivas y estratégicas con estas instancias, básicas para la Institución, se desarrollaron 10 Talleres denominados “*Acercamiento al manejo de casos disciplinarios y no disciplinarios en las Comisiones de Relaciones Laborales*” con las Comisiones de Relaciones Laborales de la Institución y tuvo como resultado:

Diseño y validación de un instrumento para propiciar el efectivo trabajo de las Comisiones de Relaciones Laborales para la atención de los casos relacionados con los procedimientos administrativos disciplinarios, a la luz de los artículos 90 y 136 de la Normativa de Relaciones Laborales.

Diseño y validación de un instrumento para facilitar el efectivo trabajo de las Comisiones de Relaciones Laborales con los pasos a seguir en los procesos de conciliación que establecen los artículos 90 y 152 de la Normativa de Relaciones Laborales.

8.3 Programa Desvinculación Institucional SESI (Sistema de Entrevista de Salida Institucional).

Un elemento importante en el “*continuum*” del trabajo con las personas de la Organización, es la “entrevista de salida, es así como este año se logró cumplir con el reto Institucional de contar con una herramienta para realizar la entrevista de salida Institucional, la cual se desarrollará de manera desconcentrada, con la administración y rectoría del Programa de Desvinculación Institucional del Área de Desarrollo Laboral.

8.4 Carrera del Trabajador CCSS (Edición XXXV)

La XXXV edición de la Carrera Día del Trabajador de la CCSS, se llevó a cabo el domingo 6 de noviembre del 2016, con el objetivo de promover los hábitos de vida saludables en la población costarricense. En esta ocasión, participaron 2.282 personas debidamente inscritas, quienes portaron el chip, lo que permitió tener un registro electrónico de su tiempo en el evento.

Se alcanzó una inscripción de 2903 atletas, entre funcionarios de la institución y público general. El día de la carrera se presentaron 2.282 participantes (78,60 %) distribuidos de la siguiente manera: 568 funcionarios (24,89%) y 1.714 participantes público general (75,11%). Como parte de las medidas de control, esta actividad contó con inscripción por categoría, que nos permitió visualizar la participación por edad.

La edición XXXV fue dedicada al Equipo Gerencial de la Caja Costarricense del Seguro Social, jerarcas que llevan a cabo una importante labor para dirigir la institución hacia la consecución de metas y objetivos.

8.5 Juegos Dorados de la Seguridad Social (Edición XVII)

Durante el año 2016, el Programa Juegos Dorados de la Seguridad Social se dirigió exitosamente a personas mayores de los sesenta años, cumpliéndose el objetivo general de abrir un espacio de motivación, que les permita mantenerse física y mentalmente activos, al practicar actividad física y exponer sus talentos, tales como el canto, la poesía, la pintura y el arte manifestado a través de manualidades como el tejido, el bordado, tallado en madera, creación de objetos con material de reciclaje, etc.

El Programa Juegos Dorados es dirigido, coordinado y ejecutado por la Subárea de Deporte y Recreación de la Caja Costarricense de Seguro Social, además se cuenta con la colaboración técnica del Área de Recreación del ICODER y se hacen Alianzas Estratégicas con Municipalidades, Comités Cantonales de Deporte, Instituciones Educativas y fuerzas vivas de cada comunidad que se visitan.

El programa cuenta con dos grandes objetivos, el primero es lograr mayor participación e integración de las personas mayores de sesenta años en actividades recreativas, resaltando la importancia que tienen en la sociedad costarricense, propiciando con ello espacios de reflexión que permitan a las comunidades conocer las potencialidades y valores del adulto mayor.

El segundo objetivo es concienciar a las personas mayores en la búsqueda de su independencia y autonomía, además promover una mejor calidad de vida, utilizando como medio idóneo la actividad física, el deporte y la recreación.

Durante el año 2016, se ejecutaron 12 ediciones y una Final Nacional que tuvo sede en las instalaciones del Polideportivo de Cartago. Cabe señalar que durante los 17 años se han visitado 76 comunidades. Ver Gráfico N°2

8.6 Gestión de la ética y los valores

Las acciones de mayor relevancia del año 2016, en esta materia consisten en lo siguiente:

8.6.1. Elaboración nueva propuesta del Código o Manual de Ética de la Caja.

Con la asesoría de la Dirección Ejecutiva de la Comisión Nacional de Valores y de otras instancias técnicas externas a la Caja, se elabora la propuesta, la cual se somete a revisión en un proceso

participativo, con algunos actores clave, como miembros coordinadores de los Equipos Gestores en Ética y Valores Institucionales, Jefes de Recursos Humanos y Contraloría de Servicios.

8.6.2. Elaboración de herramientas de gestión: Manual de funcionamiento para los Equipos Gestores en Ética y Valores Institucionales (GEVI, con los siguientes apartados:

- De la conformación de los Equipos GEVI
- De la designación de los integrantes
- Del perfil de los miembros de los Equipos GEVI
- De la funcionalidad de los Equipos GEVI
- De la responsabilidad de la autoridad superior competente
- Del seguimiento al plan de trabajo

Este logro corresponde al cumplimiento de una de las metas del Plan de Acción de la Política Integral de Buen Trato.

8.6.3. Coordinación de actividades de carácter virtual para para la sensibilización de la ética y los valores y el trato humano

Mediante la plataforma virtual del CENDEISSS se logró coordinar la apertura de 12 cursos de Cultura de Buen Trato, con una participación de 355 funcionarios aproximadamente.

8.6.4. Impulso de la creación de nuevos equipos gestores de ética y valores, como mecanismo local que coadyuva con los titulares subordinados en la gestión de la ética.

Coordinación con varias instancias para la creación de los equipos GEVI de acuerdo con los alcances del Manual respectivo, entre estas con el nivel estratégico conformado por el Despacho de la Presidencia Ejecutiva, la Secretaría de la Junta Directiva y las Direcciones de Sede que son parte del mismo.

8.7 Seguimiento y articulación del Plan de Acción de la Política Integral de Buen Trato.

A partir de la recepción y análisis de los informes remitidos por las unidades técnicas involucradas, se elabora y remite informe sobre la ejecución de las metas contempladas en el Plan de Acción de la Política Integral de Buen Trato y se remite a la Gerencia Administrativa.

8.8. Materia de salud ocupacional

Fortalecimiento de la estructura preventiva de la CCSS en cumplimiento a la responsabilidad rectora institucional en salud ocupacional: se realiza la conducción técnica de los profesionales encargados de la salud ocupacional a nivel de las siete direcciones regionales de servicios de salud y de las oficinas de salud ocupacional en los hospitales nacionales y especializados,

comisiones de salud ocupacional y de los médicos responsables de la atención integral al trabajador.

- Divulgación, capacitación y asesoría en materia de salud ocupacional a la estructura preventiva, administración activa y a las personas trabajadoras de la CCSS.
- Seguimiento y Evaluación del Desempeño de la Prestación de Servicios de Salud: áreas de salud y hospitales. Se cuenta con una ficha técnica que estandariza la gestión de la salud ocupacional en los centros de trabajo, la cual el área certifica en forma anual.

Se identifica el avance de la institución en considerar la salud ocupacional como parte integral de la toma de decisiones de orden estratégico gerencial y administrativo, ya que la aplicación de conocimientos técnicos y científicos en este campo, contribuye a la mejora de las condiciones de trabajo y salud de las personas trabajadoras que conforman la Caja Costarricense de Seguro Social.



La Junta Directiva de la CCSS nombró al Lic. Rónald Lacayo Monge, como nuevo Gerente Administrativo, por un período de 6 años.

De la Comunicación Organizacional

Como parte de la propuesta de trabajo anual, durante el 2016, la Dirección de Comunicación Organizacional desarrolló una serie de proyectos tendientes a mejorar la imagen de la institución, así como estrategias y producciones para promover cambios de comportamientos y prácticas saludables para su bienestar general.

Estrategia Contra el Fumado

En el 2016, se cumplen cuatro años de la implementación del proyecto contra el fumado, en el que se ha logrado llegar a una gran cantidad de estudiantes de primaria y secundaria de todo el país, mediante la promoción de factores protectores como la actividad física, el arte y el programa Compromiso contra el fumado.

Acciones contra el Cáncer

También durante el 2016, se continuó con la implementación del programa de educación y comunicación contra el cáncer, a través de la promoción de hábitos saludables como la alimentación sana y natural y la actividad física, para la promoción de la conducta responsable con la salud.

Promoción de la Salud

El sobrepeso y la obesidad infantil se han convertido en un problema de salud pública, por ese motivo durante el 2016, se implementó la segunda campaña de sensibilización dirigida a padres de familia y cuidadores de menores de 1 a 3 años de edad, con el propósito de promover buenos hábitos alimentarios y el movimiento en los pequeños.

Asimismo, por segundo año consecutivo, se trabajó en la estrategia de promoción de la salud mental, que este año contempló el manejo de emociones, principalmente el estrés y sus efectos en el individuo, su familia y trabajo. Estas acciones buscan atender la presión social a la que está sometida la familia, que incide en la sana convivencia de las familias y sus integrantes, así como en su capacidad de establecer vínculos de comunicación asertivos y armoniosos.

Riñón sano

Adicionalmente, la DCO consolidó durante el 2016, una serie de estrategias educativas tendientes a reducir el impacto de ciertas enfermedades, con la finalidad de sensibilizar a la población sobre la adopción de medidas preventivas tendientes a reducir el impacto de la enfermedad renal crónica que ataca con severidad a los peones agrícolas de Guanacaste. La institución recorrió toda la provincia con la estrategia "Riñón Sano", la cual, logró sensibilizar a las personas de forma directa.

Programa Manitas Limpias

El programa “Manitas Limpias” mantuvo su enfoque de sensibilización hacia diferentes segmentos de la población entre ellos: escolares, adolescentes, adultos mayores, población indígena, profesionales, población con algún tipo de discapacidad entre otros.

Los egresos por diarrea tuvieron reducción significativa en los últimos 10 años (2006/2016); la mayor reducción se observó en los niños con edades que oscilan entre los 0 y cinco años. En los niños cuyas edades están comprendidas entre los 0 y los 5 años la reducción fue del 73%, esto quiere decir que cada vez se están internando menos niños por el diagnóstico de diarrea.

Esta reducción es producto, entre otras intervenciones, a la constancia del programa de lavado de manos y promoción del protocolo de toser y de estornudar que ha venido desarrollando la CCSS, en los últimos 10 años y que la institución continuará apostando hacia esta práctica por ser efectiva, sencilla y de muy bajo costo.

Buen Trato

Durante el 2016, la DCO continuó brindando soporte al concurso “Buen Trato”, que otorgó una premiación a cuatro unidades institucionales: hospitales San Juan de Dios y San Carlos, así como las áreas de salud Hatillo y Los Santos.

Se elaboraron materiales promocionales para los funcionarios participantes en el concurso y se realizaron distintas capacitaciones sobre Buen Trato a diversos grupos de colaboradores.

Asimismo, se inició la fase de investigación para la elaboración del “Protocolo de servicio para la atención a la población usuaria de la CCSS”, que busca facilitar a las personas prestadores de servicios, los elementos prácticos para prodigar una atención de calidad y facilitar las herramientas que contribuyan a mejorar la relación colaborador-población.

Gestión de prensa

Durante el 2016, se mantuvo en forma activa la gestión de prensa, lo que implicó un publicity de cerca de 13 mil millones de colones, según datos de la empresa Kantar-Ibope. Esta gestión implica la atención diaria a periodistas, la emisión de tres boletines diarios como promedio y una conferencia de prensa a la semana que se coordina con la Presidencia Ejecutiva de la CCSS.

Festival de la Innovación

Como parte de las actividades que se realizaron en razón del 75 aniversario de la CCSS, se efectuó, por primera vez, el Festival de la Innovación, el cual aglutinó una serie de proyectos institucionales y representó una actividad que por su forma y por su contenido representó una apuesta para los próximos años.

Investigación sobre carteles y cartelones

Por primera vez se realizó un estudio que determinó la forma en que los diferentes establecimientos de la CCSS se comunican con la población mediante cartelones, papeles y pizarras informativas, demostrándose y dejando en evidencia la falta de estandarización de este tipo de proceso, puesto que se realiza con letras ilegibles a mano, con faltas ortográficas y un lenguaje que agrede a la población. Los resultados de esta investigación, será el insumo para hacer reformas en esta forma de comunicación.

APP SOY CAJA

Otra de las grandes novedades consolidadas durante el 2016, fue la APP “Soy Caja”. Esta aplicación constituye una estrategia de comunicación interna liderada por la Dirección de Comunicación, que busca impactar en la relación entre todos los funcionarios de la CCSS.

La estrategia cuenta con diversos productos y procesos, siendo uno de estos una App, llamada Soy Caja que se desarrolló para teléfonos inteligentes Android y iPhone así como una versión Web accesible desde cualquier plataforma de Internet.

Esta app cuenta ya con 8 000 funcionarios inscritos y activos.

La plataforma permite gestionar perfiles personales, página de unidades, concursos, encuestas, fotos, videos y mucho más. Además brinda la información individual de cada trabajador (salarios, vacaciones, incapacidades, etc.).

Portal web de la CCSS es el Segundo mejor sitio de gobierno

Durante el 2016, el portal web de la CCSS escaló posiciones y destacó por la interacción y calidad de la información como medio digital al ocupar el segundo lugar en la evaluación , anual, que realiza el INCAE, a través del “Índice de Experiencia Pública 2016”.

En esta oportunidad, ocupó la segunda casilla entre 172 sitios evaluados con una calificación de 70.21, superado únicamente por el portal del Teatro Nacional.

La evaluación incluye sitios de gobierno central, poderes de la República, instituciones autónomas y descentralizadas, empresas públicas, entidades públicas no estatales, municipalidad y concejos municipales.



Gerencia

MÉDICA

La Gerencia Médica presenta los principales logros obtenidos durante el 2016, según nivel de atención, programas específicos y proyectos prioritarios desarrollados.



Vigilancia de la salud

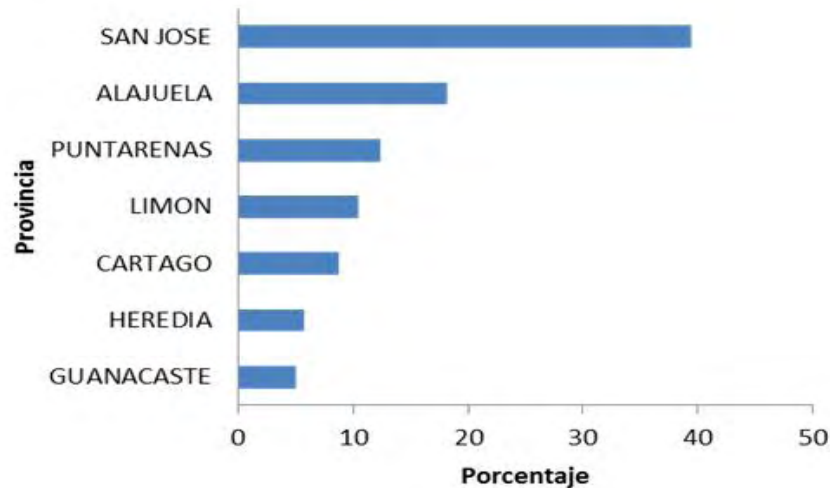
Vigilancia de la violencia intrafamiliar (VIF)

- Se oficializó el Manual de Procedimientos de la Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar (VIF) en los establecimientos de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.
- Se captaron 12 024 personas víctimas de VIF, de ellos el 56,9% niños y adolescentes.
- El tipo de manifestación clínica más frecuente fue el físico con un 25% seguido del sexual con un 21%.
- San José y Alajuela fueron las provincias más afectadas, con el 39% y el 18% de los casos.



Fuente: Base de datos Dirección Médica, establecimientos del territorio nacional 2015-2016

Distribución según provincia de VIF reportado durante el 2016



Fuente: Base de datos Dirección Médica, establecimientos del territorio nacional 2015-2016

Vigilancia de los accidentes de tránsito

Durante el 2016, se logró coordinar el trabajo conjunto con el Consejo de Seguridad Vial. (COSEVI), para fortalecer e integrar la Vigilancia de las lesiones por accidentes de tránsito.

La caracterización del comportamiento de los accidentes de tránsito permitió conocer lo siguiente:

- Un total de 37854 personas acudieron a un establecimiento de salud de la CCSS tras haber sufrido una lesión en un accidente de tránsito, lo que representó una tasa de incidencia acumulada de 80,3 por cada 10 mil habitantes.
- El sexo masculino fue el más afectado con un 73% (n=26606) de las atenciones.
- El grupo de edad comprendido entre los 20 y 64 años, con un 81,9% (n=27606), fue el más afectado.
- Las lesiones de múltiples partes del cuerpo fue la más frecuente.

Vigilancia de las infecciones asociadas a la atención de la salud

Para el fortalecimiento de la Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) se realizaron las siguientes acciones:

- Se llevó a cabo monitoreo de los centros hospitalarios determinándose que cada centro hospitalario evaluado cuenta con un comité de Infecciones encargado de las actividades propias de vigilancia, notificación, control y prevención de las IAAS.
- Se logró capacitar en el registro de herida quirúrgica infectada en las Áreas de Salud y en el fortalecimiento del Sistema de Información de Vigilancia Epidemiológica (SISVE) a

funcionarios de cinco regiones de salud: Pacífico Central, Huetar Norte, Huetar Atlántica, Brunca y Chorotega.

- Se logró oficializar el Plan Estratégico de la Vigilancia de las IAAS, el para mejorar la gestión, la vigilancia, la notificación, el control, la prevención y toma de decisiones en relación con la vigilancia de las IAAS.
- Se logró oficializar el Manual de Procedimientos de limpieza y Desinfección en Áreas de Salud versión 002 códigos MP.GM.DDS.SAVE.080116
- Se analizó el Brote de Clostridiumdifficile en el hospital san Rafael de Alajuela, para complementar el perfil del comportamiento del Clostridium difficile como agente asociado a IAAS en el país.

Vigilancia de las enfermedades diarreicas agudas (EDA)

Se logró la vigilancia de las Enfermedades Diarreicas Agudas mediante las siguientes acciones:

- Se fortaleció la vigilancia epidemiológica mediante la actualización de los canales endémicos de la EDA, investigación de brotes y el fortalecimiento del manejo de la definición de caso de diarrea.
- Se logró la notificación oportuna en boleta VE02 (boleta colectiva) y boleta Ve01 en caso de confirmación de agente patógeno asociado.
- Se capacitó al personal en medidas de control, prevención y educación, en la guía de manejo de EDA institucional.

Además se conoció el comportamiento de las EDA a través de la elaboración del canal endémico, que permitió demostrar que durante el año 2016, se reportaron 15.173 casos más que en el 2015.

La región más afectada fue la Central Sur, en segundo lugar por la central norte y en tercer lugar la Pacífico central. Cabe aclarar que la región Central Sur es la que más reporta debido a que se concentra la mayor población.

Para el año 2016, el grupo de edad más afectado con EDA fue el de menores de 5 años, seguido por el de 20 a 29 años, en tercer lugar el de 30 a 39 años y en el cuarto lugar lo que se ubican entre cinco y 10 años.

El logro para el año 2016, las tasas de incidencias acumuladas de diarreas de este grupo de edad, pasó de un segundo lugar a un cuarto lugar, siendo desplazado por los grupos de edad de 20 a 39 años.

Además otros factores que han influyeron desde el nivel local, tanto como las intervenciones en educación, el lavado de manos, la manipulación de alimentos, manejo de agua potable, entre otros.

Acciones contra el Ébola

- Se elaboró la norma de aislamiento de pacientes en los servicios de salud
- Se redactó el lineamiento para la toma, manejo, embalaje y procesamiento de muestras de sangre por el virus de Ébola
- Se diseñó el lineamiento para la limpieza y desinfección de ambulancias que transportan los pacientes a los servicios de salud
- Se elaboró el lineamiento para el manejo de ropa en la zona de aislamiento de pacientes.

Enfermedades vectoriales

- Se elaboraron los siguientes protocolos y guías: contra el Zika, Microcefalia y síndromes congénitos, Guía de Atención de embarazadas.
- Se capacitó a funcionarios las Regiones Central Norte, Central Sur y Huetar Atlántica en el abordaje integral de personas con Zika
- Se diseñó una estrategia de comunicación de las enfermedades vectoriales a través de 48 boletines.

Vigilancia epidemiológica de casos de Enfermedad de Hansen

Se trabajó en el fortalecimiento de la vigilancia de la enfermedad de Hansen lo que permitió la descripción de los casos y se logró evidenciar:

- Notificaron 29 pacientes en tratamiento contra Enfermedad de Hansen
- La edad de los casos estaba comprendida entre los 22 y 87 años de edad
- Predominó el sexo masculino.
- El 100 % de los casos eran del tipo multibacilar
- Puntarenas es la provincia que concentra la mayor cantidad de casos.

Vigilancia de las enfermedades crónicas y lesiones de causa externa

Se realizó el análisis, interpretación y publicación de la Segunda encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular

Vigilancia Sindrómica (VISI)

La Vigilancia Sindrómica como generador de alerta temprana, ha constituido una oportunidad para que las Áreas de Salud puedan identificar algunos tipos de alerta para algunos síndromes de eventos que constituyen una amenaza por brote o epidemia.

Al cierre del periodo 2016, se logró el desarrollo para habilitar el acceso de VISI al Share Point, esto permitirá que los usuarios puedan tener mayor acceso a las consultas para la vigilancia de los síndromes, tanto a nivel nacional, regional como local.

Esta estrategia fue presentada en el Festival de Innovación que se realizó en el auditorio del Museo de los Niños, con motivo del 75 aniversario de la CCSS. De esa manera se logró dar a conocer las bondades y beneficios del VISI en la detección de eventos que pueden desencadenar en brote o epidemia.

Vigilancia de la enfermedad renal crónica

- Se logró realizar en Liberia la validación del Protocolo de Vigilancia de Enfermedad Renal Crónica mediante un taller realizado con la participación de profesionales de diversas disciplinas de manera que cada uno de los participantes asumió la revisión y las observaciones correspondientes al manejo de acceso a los cubos de EDUS para aplicación a la Vigilancia Epidemiológica.
- Se logró la accesibilidad a los datos del cubo del EDUS para acceder los datos por morbilidad y atención.
- Se efectuó un taller del equipo de la sub área de Vigilancia Epidemiológica para hacer frente a las necesidades de obtener la información para el análisis y las intervenciones que correspondan.

Consolidación datos epivigila

Se habilitó el acceso al software de EpiVigila para la consolidación de los datos de notificación tanto de Ve01- como de la Ve_02 con el office 2013 de 32 bits, esto facilitó la resolución de problemas y consultas de nivel regional y local.

Programa ampliado de inmunizaciones y vigilancia de las enfermedades inmunoprevenibles

La vacunación es una estrategia preventiva de salud pública que mejora la salud y calidad de vida de la población de un país. Mediante esta estrategia se ha logrado controlar enfermedades infecciosas como el tétanos neonatal, eliminar otras como el sarampión, la rubéola y síndrome de rubéola congénita y erradicar enfermedades como la poliomielitis.

Durante el 2016, el Programa Ampliado de Inmunizaciones a nivel nacional alcanzó altas coberturas en la vacunación de grupos específicos, como se muestra a continuación:

- Pentavalente 3 dosis: 99,2%
- Varicela: 91,5%
- Neumococo:99,3%
- SRP: 91,0%
- VHB3: 98,7%

Cadena de frío

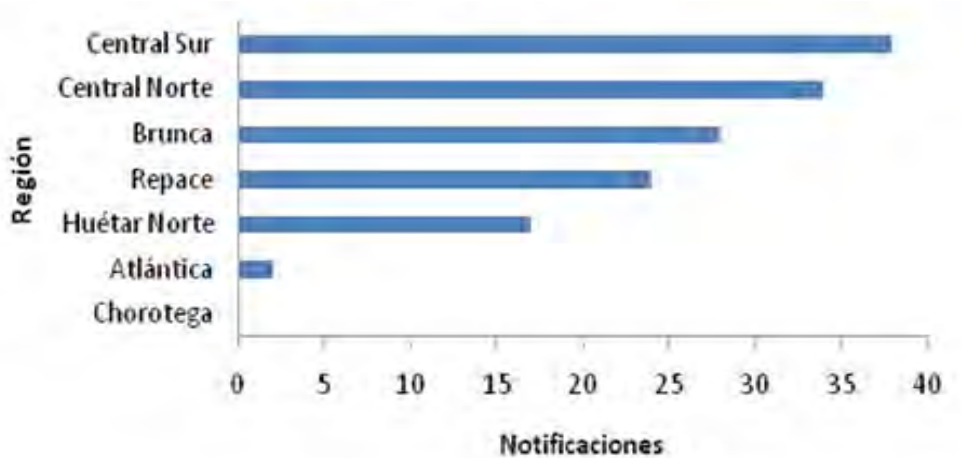
- Se fortaleció la cadena de frío para el almacenamiento, transporte y custodia de las vacunas en el nivel central y local; para ello durante el 2016, se adquirió nuevo equipo y de mejor tecnología para garantizar la seguridad de estos medicamentos.
- Se construyeron dos cuartos fríos para el almacenamiento de las vacunas en el nivel central.
- Se elaboró de un documento técnico con las especificaciones y condiciones de compra de equipo de refrigeración que contempla, refrigeradoras horizontales, refrigeradoras solares y termos portavacunas.
- Se realizó un manual de cadena de frío para la conducción de este componente en los distintos niveles de gestión.
- Estudio de costo–efectividad de la introducción de la vacuna Rotavirus y VPH.

Vigilancia eventos supuestamente atribuibles a vacunación e inmunización

La vigilancia de la seguridad y eficacia de las vacunas para la oportuna detección de eventos adversos supuestamente atribuibles a vacunación e inmunización (ESAVI), constituye una responsabilidad compartida entre el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) en la Subárea de Vigilancia Epidemiológica de la CCSS y el Centro Nacional de Farmacovigilancia adscrito al Ministerio de Salud.

Durante el 2016 se reportaron 133 eventos. La Región Chorotega fue la única región que no reportó casos durante el 2016.

Distribución de notificaciones Esavis según región, 2016

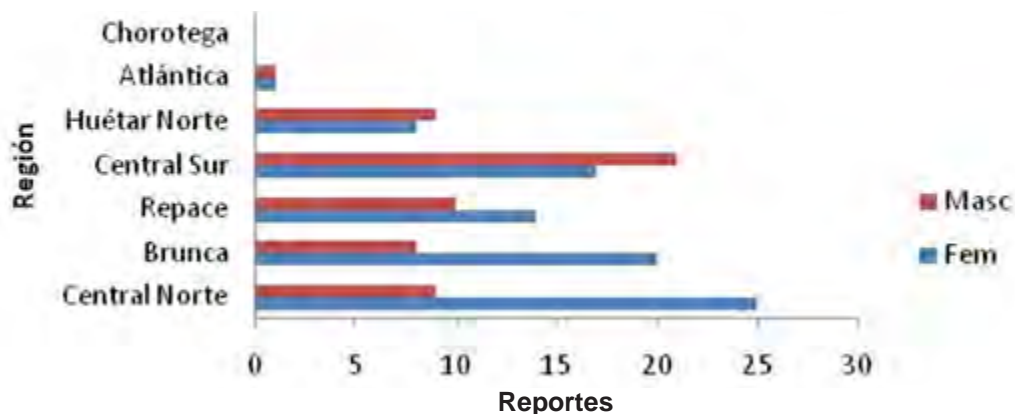


Fuente: Dirección Desarrollo Servicios de Salud

- Según distribución por sexo, fue más frecuente en el sexo femenino, excepto en la Región Huétar Atlántica.

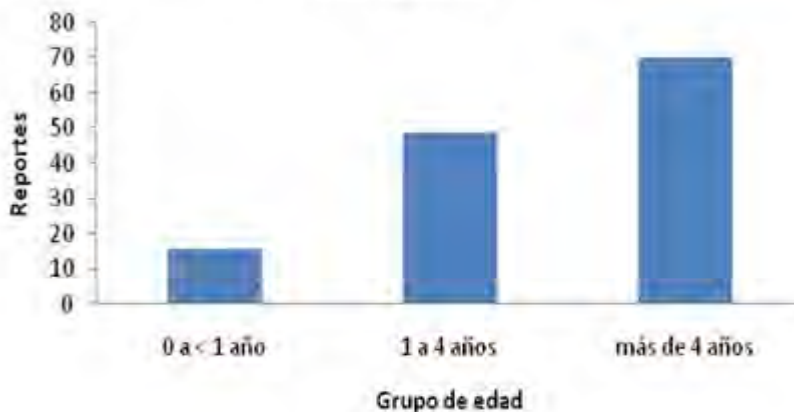
Reportes Esavis según sexo por región, 2016

Fuente: Dirección Desarrollo Servicios de Salud



- Otro hallazgo importante del análisis de los ESAVI del 2016, fue evidenciar que la mayor parte correspondía a aquellos con edad comprendida entre 1 a 4 años (edad a la que corresponde la vacunación con pentavalente: 15 meses y a la tetravalente a los 4 años).

Reportes Esavis según sexo por región, 2016



Fuente: Dirección Desarrollo Servicios de Salud

- En relación con el tipo de vacunas, los ESAVI supuestamente atribuibles a la vacuna de Influenza fueron los más frecuentes (48%) seguidos de la pentavalente (DTPa/Hib/IPV) o tetravalente (DTPa/IPV) con un 37%.

Vacunación contra influenza

- En el 2016, se duplicó el número de dosis y se adquirió 1.200.000 dosis, de las cuales fueron aplicadas 1.085.757 (un millón, ochenta y cinco mil, setecientos cincuenta y siete) dosis.

- En el periodo del análisis, la inversión se incrementó pues se pasó de \$349.170.00 (trescientos cuarenta y nueve mil, ciento setenta dólares a \$4.158.966.63 (cuatro millones, ciento cincuenta y ocho mil, novecientos sesenta y seis mil dólares con 63/100).
- Durante la Jornada de vacunación contra Influenza Estacional, se contó con una aplicación web de reporte diario que fortaleció la vigilancia y permitió conocer el comportamiento de las dosis aplicadas, según grupo de riesgo, lográndose aplicar 1.085.757 dosis (un millón, ochenta y cinco mil, setecientos cincuenta y siete) dosis. Al conocer las coberturas por población de riesgo se logró evidenciar la necesidad de fortalecer la captación en poblaciones cuyas coberturas puedan mejorar.

Sistema de información

Los procesos y actividades sustantivas de la subárea de Vigilancia epidemiológica se han fortalecido por los siguientes logros en relación con los Sistemas de Información:

- Sistema Web para el registro, control y seguimiento de los centros centinelas
- En conjunto con funcionarios de OPS, se inició al desarrollo del sistema PAHO FLU en ambiente Web para el registro, control y seguimiento de los centros Centinela a nivel nacional.

En el año 2016, se instaló un plan piloto en dos hospitales centinelas: el Hospital Max Peralta de Cartago en la Región Central Sur y el Hospital San Rafael de Alajuela de la Región Central Norte.

Se iniciaron los trámites correspondientes para el estudio de factibilidad necesario para el desarrollo de un nuevo sistema SISVE (Sistema de Vigilancia Epidemiológica) en ambiente web como un módulo del sistema EDUS.

Programa de Sistemas Alternativos

En el 2016, empezó a regir el Reglamento del Sistema de Atención en Salud de Medicina de Empresa que tiene la finalidad de enmarcar el proceso de atención en salud que se llevará a cabo como parte de la alianza entre la Institución y los centros de trabajo, para ofrecer una modalidad alternativa de acceso no urgente a la red de servicios de salud que brinda la CCSS. Este programa protege a la población económicamente activa del país, de manera que se fortalezca la integralidad de la atención en salud a los trabajadores.



Especialistas de las Clínicas de Cesación de Tabaco de los hospitales México, Calderón Guardia y San Juan de Dios, se congregaron, en las oficinas centrales de la CCSS, con la finalidad de orientar a los fumadores de tabaco sobre cómo abandonar el uso de esa sustancia.

Creación de Equipos Interdisciplinarios de Salud Mental

En el 2016 arrancó un nuevo modelo de atención a través de Equipos Interdisciplinarios en Salud Mentales (EISAM) dirigido a las personas que sufren adicciones y problemas de conducta y de comportamiento. Se trata de un modelo que ofrece atención a esta población con horario flexibles y mediante terapias grupales e individuales.

- Con ese propósito, se aprobaron 20 plazas para los EISAM de Desamparados, Coronado, Hospital de Heredia y Hospital de Quepos, luego de un proceso de selección en conjunto con las áreas y hospitales recibidos identificadas.

Resectorización

Se concretó la resectorización de la Región Peninsular, así como del área de salud de Corredores con lo cual se dio solución al problema que enfrentaba la población de Punta Burica. Esta resectorización mejorará el acceso de la población a los servicios de laboratorio, odontología y otras atenciones.



CCSS sistematizará información de pacientes con VIH/SIDA en el EDUS, gracias a la asesoría del Centro para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos.

Coordinación Nacional de Servicios Farmacéuticos

La Coordinación Nacional de Servicios Farmacéuticos de la mano con el Proyecto del Expediente Digital Único en Salud (EDUS) y la interconectividad de los diferentes centros de salud, inició el proceso de integración los servicios de farmacia de los Ebáis desconcentrados con la sede del Área de Salud, en concordancia con el cronograma de implementación del EDUS, como parte de las estrategias que permitan promover el uso correcto y racional de los medicamentos en los diferentes Centros de salud. Esta interconexión produce las siguientes ventajas:

- Consumos y existencias en tiempo real.
- Un único perfil farmacoterapéutico en tiempo real.
- Mejor control del doble retiro de medicamentos en los centros de salud integrados.
- En el caso de los respaldos sólo se realizan los correspondientes a la base de datos de la farmacia principal.
- Las actualizaciones de padrón, catálogos institucionales, lista de precios sólo se realizan en la farmacia principal.
- Se elimina el trasiego de información en archivo magnético: pedidos, archivos de receta.

Se realizó la integración de las siguientes farmacias sede de Ebáis:

- Área de Salud Turrialba: Santa Cruz y Grano de Oro
- Área de Salud Puriscal: La Gloria
- Área de Salud Paraíso Cervantes: Cachi, Orosi y Santa Lucía
- Área de Salud Pérez Zeledón: Villa Ligia, Páramo, Rivas, San Pedro, San Pablo, Palmares y Pejibaye
- Implementación del SIFF (Sistema integrad de Ficha familiar):

Se logró que el total de las unidades estuvieran con el SIFF implementado y el 100% de los ATAPS capacitados, manteniendo la directriz de que se digite un día por semana, se trabajó en conjunto con el equipo EDUS y las jefaturas regionales.

Se elaboró en conjunto con el CENDEISSS, el curso SIFF virtual para lograr que enfermeras y ATAPS se capaciten de forma ágil. La versión SIFA 3.0.0 permite que este sistema de información se adapte a las estructuras de base de datos del EDUS, además incluye una serie de mejoras y nuevas funcionalidades; así como la integración SIFA-SIES de receta electrónica.

Se implementó la versión SIFA 3.0.0 en los siguientes establecimientos de salud: (incluye la totalidad de los sitios de las regiones Pacífico central y Huetar Atlántica)

Se implementó la integración de receta electrónica SIFA-SIES:

La integración de estos sistemas de información permitió identificar mejoras en la atención a los usuarios, en los controles y seguridad de la prescripción y despacho de las recetas de medicamentos y la reducción del tiempo de consulta, por cuanto solamente se tendrá que digitar en el sistema una única receta, independiente de si es para tratamiento agudo o crónico lo que permitirá:

1. Direccionamiento de las recetas subsecuentes al centro de salud de adscripción del paciente, cuando la consulta inicial se brinda en un centro diferente al que corresponde habitualmente, según la organización por niveles y red de servicios de salud.
2. Organización y preparación anticipada de los tratamientos crónicos en los servicios de farmacia, por cuanto se dispondrá de un registro y control a nivel de los sistemas de información de los tratamientos a preparar y entregar a los pacientes crónicos, lo que incide en los tiempos de respuesta a dicho grupo de población, que representa entre el 40% al 60% de la población que acude a los servicios de farmacia.
3. Claridad en la prescripción, lo cual incidirá en la seguridad del proceso de despacho de la receta de medicamentos.
4. Trazabilidad de la información de los medicamentos prescritos versus los medicamentos despachados.
5. Transparencia y oportunidad en la corrección de las recetas, por cuanto cualquier tipo de aclaración o corrección a la prescripción, hará vía electrónica y no a través del personal del servicio de farmacia o del propio paciente como sucede actualmente.
6. Adecuación de las prescripciones a las dosis oficiales, por cuanto se utilizarán las dosis estandarizadas e incluidas directamente por tipo de medicamentos en el sistema integrado de expediente en salud (SIES).
7. Mejora en el proceso de despacho de la receta de medicamentos y en los tiempos de entrega de los medicamentos, por cuanto se eliminaría la fase de entrega de la receta por parte del paciente, se agilizaría la digitación y revisión inicial de la receta, lo que repercutiría en una eficiencia del proceso productivo de los servicios de farmacia.

A diciembre 2016, la receta electrónica estaba implementada en los siguientes lugares:

- Área de Salud Desamparados 3: Dos Cercas, San Lorenzo, Río Azul, Patarrá, Guatuso, Linda Vista, Fátima, Quebrada Honda, Guido 2 y Guido 5.
- Área de Salud Limón: todos los Ebáis con receta electrónica (21 Ebáis con receta electrónica)
- Área de Salud Coronado: Zetillal, Ipís, San Isidro centro, San Isidro este y San Isidro oeste

Como parte de las funciones estratégicas de la Coordinación Nacional de Servicios Farmacéuticos se encuentra la supervisión y asesoría de la prestación de servicios farmacéuticos en la CCSS, como un proceso de acompañamiento en la identificación de las oportunidades de mejora, en la gestión de cada servicio de farmacia. Durante el año 2016, se realizó la supervisión técnica a los siguientes Servicios de Farmacia:

- Hospital San Juan de Dios
- Hospital México
- Hospital Nacional de Niños
- Centro Nacional del Control del Dolor y Cuidados Paliativos

Se evaluaron los siguientes componentes:

- Organización del Servicio de Farmacia.
- Gestión técnico administrativa del Servicio de Farmacia.
- Gestión de la adquisición, almacenamiento, conservación y distribución de medicamentos.
- Aplicación de normas emitidas sobre despacho de las recetas de medicamentos.
- Gestión de Atención Farmacéutica.
- Gestión de información de medicamentos.
- Servicios farmacéuticos especializados.
- Sistema de Distribución de Medicamentos por Dosis Unitaria para 24 horas.

También se trabajó en los procesos siguientes:

- Supervisión y asesoría a los Servicios de Farmacia de los Hospitales Nacionales Generales y Hospitales Nacionales Especializados) DDSS Coordinación Nacional de Servicios Farmacéuticos).
- Actualización de los módulos educativos de Atención Farmacéutica: DM / HTA / Dislipidemias / TB / Asma / Virus de inmunodeficiencia.

Promoción de la salud

- Durante el año 2016, se reportó la planificación y ejecución de 5.116 actividades de promoción de la salud a nivel nacional, las cuales contaron con una participación de 120.306 personas usuarias de los servicios de salud en las 104 Áreas de Salud en el primer semestre 2016.
- Se capacitó a funcionarios de la red de servicios de salud mediante modalidad presencial y virtual en conocimientos y herramientas que les permitan implementar procesos de promoción de la salud con los usuarios de los servicios del I nivel de atención. DDSS
- Coordinación Nacional de Enfermería DDSS Implementación del SIFF (Sistema integrado de Ficha familiar)
- La DDSS desarrolló una estrategia de comunicación en materia de promoción de la salud, la cual incluyó: insertos (mensajes) que acompañó la entrega de los medicamentos, videoconferencias, programas de radio, comunicados de prensa, elaboración y distribución de material educativo, entre otros. Estas acciones acompañan los procesos educativos que se realizan en las áreas de salud.
- Se realizó una supervisión a cada una de la Direcciones Regionales, con el propósito de fortalecer la gestión que realizan en el campo de la promoción de la salud. (Valle la Estrella, Clínica Sixaola China Kicha, Clínica Matina, Ebáis Siquirres).

Proyecto Mesoamérica

Durante el año 2016, se empezó a ejecutar este proyecto en la Dirección Central Sur, con acciones tendientes a disminuir el embarazo en adolescentes de la Región, se inicia con la dotación de anticonceptivos adecuados para adolescentes de larga duración.

Modalidades innovadoras

Se pone en marcha del Modelo de Atención Innovador enfocado en el paciente y la familia. Incluye Modalidades de Atención No Convencionales:

- Alta Programada (gestión hospitalaria).
- Hospital de Día Polivalente.
- Atención Diferenciada en el Primer Nivel.
- Atención Especializada a Distancia.
- Hospitalización Domiciliar y Atención en el Domicilio.



*Funcionarios de la CCSS recorrieron hogares de diversas comunidades, para educar a la población sobre la necesidad de eliminar los criaderos del mosquito *Aedes aegypti*, como forma de evitar la transmisión del dengue, el zika y la chikungunya.*

Gestión de los servicios

Región Huetar Norte

- Adquirió Equipo de Medicina y Monitoreo, Equipo de Laboratorio y Odontología, con ejecución total del FREM 233.182.371 colones y de Recursos Ordinarios y Extraordinarios 158.760.624,79 colones.
- Adquirió 307 butacas para 9 Unidades de toda la Región.
- Distribuyó en diferentes Áreas de Salud 38 diferentes tipos de vehículos: ambulancias, cuadríciclos, pick up y motocicletas.

Región Pacífico Central

- La Región Pacífico Central implementó el Expediente Digital en el 100% en el primer nivel de atención, iniciando producción en SIAC, SIFF y SIES.
- Completó la implementación de SIFA 3.0 en todas las unidades de la Región Pacífico Central.
- Ejecutó la implementación del Módulo Quirúrgico en los dos hospitales de la Región: Hospital Monseñor Sanabria y Hospital Max Terán Vals, utilizando los diferentes módulos que componen el sistema tanto en la Gestión de Lista de Espera, programación de pacientes y dictado quirúrgico.
- Se implementa el SIES en Urgencias del Hospital Monseñor Sanabria, digitalizando completamente el servicio tanto en consultorios, observación, sala de shock y camillas.
- El área de salud Barranca y en la subsede de Monteverde área de salud Chomes se amplió el horario.
- Se remodeló el Laboratorio Clínico del Hospital Monseñor Sanabria y se realizó la apertura.
- El Hospital Monseñor Sanabria rehabilita el tercer piso y a partir del 26 de setiembre de 2016, se consolida el traslado del Servicio de Pediatría de forma completa.
- El Hospital Monseñor Sanabria, remodelación casa de máquinas, el 2do piso del HMS, perteneciente al área de maternidad, construcción del módulo para el TAC, todo pendiente a entregar
- Se realizó una compra aproximada de 500.000.000, colones para las Áreas de Salud y Hospitales. Fondo de recuperación de Equipo Médico (FREM).
- Se realizaron proyectos en la Región en las Áreas de Salud, Sedes de Ebáis y Dirección Regional Pacífico Central por un monto aproximado de 420.000.000.colones.
- Realizó ampliación de contratos de terceros para REDES, se aprobó un código para el Área de Salud San Rafael y tres para el Área de Salud Barranca.

Región Brunca

- La Región de Servicios de Salud- Región Brunca ejecutó el Proyecto de Modernización de los servicios de Pediatría y de Ginecología. Hospital Fernando Escalante Pradilla.

- Desarrolló el Proyecto cambio de cubierta, emplantillado y cielo raso de cirugía de varones y pasillos de primer nivel en el Hospital Fernando Escalante Pradilla.
- Remodeló los Consultorios de Medicina en el Hospital Manuel Mora Valverde.
- Modernizó el Sistema Mecánico de Salas de Cirugía en el Hospital Manuel Mora Valverde.
- Se instalaron alarmas contra incendios en el Hospital Manuel Mora Valverde.
- Realizó remodelación total del Ebáis de las BRISAS y SDVP Térraba (Territorio Indígena), construcción Ebáis de Santa Cruz, Construcción Sede Visita Periódica Cabagra y reparación varias a las instalaciones de la Sede Área de Salud de Buenos Aires para una inversión 686.617.776 colones.
- Efectuó mejoras de infraestructura en el Hospital de San Vito por ¢167.912.329.
- Mejoras de infraestructura en el Área de Salud de Corredores Construcción y equipamiento de la sede de Ebáis de Bella Luz.
- Construcción de la sede de Ebáis de Paso Canoas, Colorado, construcción de comedor y reparaciones varias para una inversión de 550.310.265 colones.
- Se mejoró la infraestructura en el Área de Salud de Osa.
- Se hicieron reparaciones en la sede de Ebáis de Ojo de Agua, Piedra Blanca, construcción de bodega de desechos transitorios para una inversión de 90.350.951 colones.
- Se mejoró la infraestructura del Área Salud Pérez Zeledón.
- Se logró implementar el Proyecto Expediente Digital en los 70 Ebáis de la región el EDUS, en los Módulos de sistema integrado de expediente en Salud (SIES) Sistema integral de Agendas y Citas (SIES), Sistema integrado de Ficha Familiar (SIFF).
- Fue la primera región en la que sus hospitales periféricos y el Hospital Regional, contaron con el módulo de admisión y egreso de forma digital. En el Hospital Mora Valverde se implementó el módulo SIES de emergencias.

Hospital Calderón Guardia

- Durante el año 2016 en el HCG, el Servicio de Odontología concluyó el proceso de mejora a la infraestructura.
- Adquisición de equipos en diferentes Servicios de equipo nuevo en: Neurociencias, Neurología, Neurocirugía
- Se inició el Programa de Cirugía despierta para resección de tumores cerebrales.
- Se amplió el Programa de neuroendoscopia.
- Se implementó el Programa de Cirugía de Fracturas diferidas a horario vespertino realizó 934 cirugías para un promedio mensual de 77 cirugías.

Centro de Resonancia Magnética

- El Centro de Resonancia Magnética, Centro especializado de la DICE redujo las listas de espera en lectura de Imágenes de Estudios RMI de 1747 estudios en 3 meses, comprendidos de agosto a octubre de 2016.

Centro Nacional de Rehabilitación

- Se implementó el programa terapéutico y recreativo de rehabilitación cardiovascular en el proceso de re-inserción de la persona a su ambiente familiar, laboral, comunal o estudiantil con una población beneficiada de 2.500 pacientes anuales. Este proyecto beneficia a la población que presenta diferentes patologías como amputados, lesiones medulares, evento cerebro vasculares, trauma cráneo encefálico, fracturas complejas, Guillián Barré u otras polineuropatías, entre otros.
- En conjunto con el Hospital de las Mujeres inició la atención especializada en salud sexual reproductiva a mujeres con discapacidad en un entorno adecuado, accesible con personal sensibilizado, en total se atendieron 115 pacientes de las 133 citadas y 22 se registraron ausentes.
- Se inició el proyecto de suministro e instalación de un sistema de protección contra incendios que incluyó tanque, sistema de bombeo, tubería y rociadores automáticos. El costo total de este proyecto fue de ₡363.000.000.
- En cumplimiento con la Ley 7600 y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, se compraron sillas de ruedas. Se trata de la compra más grande de sillas de ruedas, pues 173 usuarios recibieron una silla de ruedas adaptada a la necesidad del paciente mediante prescripción médica. El monto total ejecutado en el 2016 para la compra de sillas de ruedas fue de ₡399.565.215,8.
- Se aprobó un Proyecto Nacional por la Junta Directiva presentado por la Unidad Técnica de Listas de Espera y el CENARE en el 2016, el cual se empezó a ejecutar, y la culminación será en el 2017, tanto con depuración y realización de 2000 cirugías pendientes de los Hospitales Institucionales de Costa Rica, con artroscopias de rodilla y túneles carpales para beneficio de los pacientes pendientes de la realización de la cirugía.
- Se autoriza el financiamiento del proyecto para la construcción de Rehabilitación Cardíaca por un monto de ₡1.550.000.000 y un área aproximada de 900 metros cuadrados. Se inicia con el cartel para contratación del diseño del proyecto.
- El CENARE contribuyó en la reducción de los plazos de espera en la especialidad de ortopedia en el territorio nacional.

Hospital México

- Creación clínica Artritis Reumatoide.
- Remodelación completa seis salones de hospitalización del servicio de medicina.
- Se implementaron mejoras en la oportunidad y calidad de atención del paciente en el Servicio de Oncología.
- Brindó apoyo mediante la visita y asistencia quirúrgica de expertos del hospital a los diferentes centros hospitalarios como son: San Carlos, Hospital de San Ramón, Hospital San Francisco de Asís de Grecia, Hospital Monseñor Sanabria y Hospital de Liberia.

Clínica Oftalmológica

- Realizó campaña de tamizaje ocular en la zona indígena de Región Central Sur: Se evalúan cerca 160 pacientes en total.
- Realizó una campaña de cataratas en Ciudad Nelly. Se logra con esta coordinación operar en tres días 81 pacientes.
- Se visitó el Hospital de la Anexión y el Hospital de Ciudad Nelly para dar apoyo al servicio de oftalmología, logrando una importante reducción en la lista de espera de catarata en comparación con los años 2014 y 2015.
- En conjunto con la UTLE, brindó apoyo a las listas de espera de cirugía de catarata con la realización 2500 cirugías en horario vespertino. Al 2 de enero del presente año, se han operado 872 cataratas procedentes de los hospitales Tony Facio, San Juan de Dios y San Rafael de Alajuela.

Hospital Nacional de Niños

- El HNN obtuvo reconocimiento por parte de “Salud Sin Daño-Menos Huella”, por el compromiso de monitorear la huella ambiental y compartir los resultados en la Red de Salud Sin Daño.
- Incremento el TUSH en Sala de operaciones subiendo de un 56% en enero 2016, a 86% en Diciembre 2016.
- El HNN implementó el Programa de Detección Neonatal de Cardiopatías Congénitas mediante oximetría de pulso.
- Implementó el uso de pulseras de color y cintas de identificación en los expedientes de salud de los pacientes para minimizar riesgos.
- Durante el 2016, tuvo un incremento de un 19% en los trasplantes realizados. Se logró la reactivación del Programa de Trasplante Hepático Pediátrico tanto con donante vivo como con donante cadavérico. En total se realizaron 21 trasplantes: 8 de Médula ósea, 7 Riñón, 4 de Hígado y 2 de Córnea.

Hospital San Juan de Dios

- Mejoró la utilización de la Sala de Operaciones.
- Se implementó el proyecto ARCA en lo referente a los módulos de Ingresos y Egresos, hospitalización del ARCA (Ingresos y Egresos) y quirúrgico.
- Durante el año 2016, realizó una serie de proyectos destinados a mejorar la infraestructura que alberga los diferentes servicios médicos, basado en el portafolio de proyectos.
- Readecuación del Módulo A del Edificio Anexo para el traslado del Archivo Clínico.
- Remodelación Unidad de Terapia Respiratoria.
- Remodelación de Ortopedia y Rehabilitación.
- Mejora Arquitectónica del Servicio de Trabajo Social.
- Remodelación Área de Litotripsia del Servicio de Urología.
- Se han venido reemplazando y equipando los diferentes servicios médicos con equipos de alta tecnología y de última generación. En el año 2016 el monto de compra de equipos médicos ascendió a Q2.717.657.770,44, para un total de 572 equipos.

Centro Nacional del Control del Dolor y Cuidados y Cuidados Paliativos

- Se inició la construcción de las nuevas instalaciones con un costo $\text{¢}6.093.835.000.00$
- Recibió un reconocimiento Internacional, como uno de los tres países de Latinoamérica que ocupan el primer lugar en los Cuidados al final de la vida en América Latina.

Hospital Nacional Psiquiátrico

- Se dio un paso histórico, pues se produjo el cierre asilar lo que le permitirá a este centro funcionar como un establecimiento especializado de tercer nivel, atendiendo los casos más graves y complejos de la patología mental, lo que le permitirá redireccionar el recurso humano, material y presupuestario en docencia, tecnología, farmacología y estrategias con un mayor impacto.
- Mediante políticas, protocolos, programas y clínicas tales como, CAPEMCOL, Unidad de Intervención en Crisis, Clínica de Patología Dual, Atención de Personas para la Detección Temprana de Trastornos Neurocognitivos.
- El HNP fortaleció el Área de Psiquiatría Comunitaria, con acciones de seguimiento y 60 actividades de capacitación a hogares y centros de salud del primer y segundo nivel.
- La Unidad de Intervención en Crisis atendió de abril a diciembre 460 personas con promedio de estancia de 1 a 3 días en el 58% de los casos, lo que redujo los costos institucionales y los efectos iatrogénicos en las personas al integrarlas más prontamente a la comunidad, favoreciendo la reestructuración psiquiátrica del país.
- El Servicio CAPEMCOL en el 2016 tuvo 230 ingresos y 247 egresos, el 80% de los ingresos fueron de Corta Estancia y el 58% de los egresos de Larga Estancia, es un servicio productivo, pero a expensas del fenómeno judicial de las personas internadas.
- Este hospital enfrenta una coyuntura de cambio en su gestión, por lo que entre febrero y agosto 2016 realizó talleres de “Análisis Reflexivo de su Modelo de Atención Actual e Integración de Nuevas Propuestas”,

Gestión de alianza estratégica interregional

Se realizó entre los Hospitales Dr. Tony Facio Castro y el Hospital de San Carlos para la depuración y resolución de la lista de espera de del servicio de Vascular Periférico del Hospital de San Carlos por medio de la Dra. Ana Lucía Cooper, Médico Especialista en Vascular Periférico del Hospital Dr. Tony Facio Castro. A su vez gestiona la cooperación del servicio de Ortopedia de San Carlos, para operar pacientes ambulatorios del Hospital Tony Facio, dado la alta lista de espera y la falta de ortopedistas en la Región.

Listas de espera

En el año 2016, la CCSS se comprometió en la reducción de plazos de espera de algunas actividades quirúrgicas y procedimientos ambulatorios. Todo lo anterior, maximizando los recursos existentes en la jornada ordinaria y promoviendo el financiamiento de proyectos locales con presupuesto central para la atención de pacientes que se encuentran en listas de espera de los establecimientos de la red de servicios de salud del territorio nacional.

Al cierre del año 2016, se logró un plazo promedio de espera en cirugía mayor ambulatoria de 182 días, en cirugía mayor electiva de 258 días, con una espera global de 238 días.

La mencionada reducción se documenta al analizar la cantidad de pacientes con que se cerró el periodo diciembre 2015 y el 2016, momento en el cual la movilización de pacientes en diferentes periodos osciló entre un 50% a un 75% en los diferentes periodos analizados.

Financiamientos de proyectos locales para la atención de listas de espera.

Con objeto de incrementar su capacidad resolutive, la CCSS promovió la elaboración de proyectos en cada uno de los establecimientos, en los cuales cada Director Médico promovió una metodología para la atención de las listas quirúrgicas, propuestas que fueron avaladas por Junta Directiva para incrementar las resolutive de los establecimientos y así promover la reducción de los plazos de listas de espera.

Siete establecimientos presentaron alternativas de mejora dirigidas a la atención de las listas quirúrgicas cuyos proyectos se ejecutaron en el segundo semestre del 2016 y parte del 2017.

Los establecimientos que participaron fueron: Hospital San Juan de Dios, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, Hospital Nacional de Niños, Hospital Fernando Escalante Pradilla, Hospital San Vicente de Paul, Hospital Monseñor Sanabria, Hospital San Carlos, Hospital Max Peralta Jiménez, Centro Nacional de Rehabilitación, entre otros.

Otras de las líneas de acción realizadas por la Institución para el abordaje de las listas de espera fue la realización de proyecto con impacto nacional, esto una vez ubicado el conglomerado de una lista de espera en los establecimientos del territorio nacional; dentro de ellos se encuentran: la Atención de la patología coronaria.

Ese proyecto promueve la atención de aquellos pacientes que requieran un cateterismo cardíaco fuera de la jornada ordinaria del uso de los equipos de hemodinamia para no alterar la programación de las agendas del procedimiento y del uso de los angiografos.

En la actualidad el plazo de espera nacional para una coronariografía coronaria electiva o programada y no urgente, se ubica en 98 días promedio de espera para 361 estudios de

cateterismos que se distribuyen en los tres hospitales nacionales de la siguiente manera: Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia 169 pacientes (107 días de espera promedio), Hospital San Juan de Dios 128 pacientes (102 días de espera promedio) y Hospital México con 64 pacientes (67 días de espera promedio).

Si comparamos el corte del mes de diciembre 2015 y el 2016, podríamos observar una reducción global en el número de estudios por realizar y el plazo promedio de espera el cual redujo de 508 pacientes que esperaban en el mes de diciembre 2015, a 361 pacientes que esperan al corte del mes de diciembre 2016; resaltando entonces que son diferentes pacientes. En lo que respecta al plazo de espera en la comparación del mismo periodo diciembre 2015 y 2016, es importante indicar que era de 126 días promedio y actualmente, es de 98 días.

En conclusión, el proyecto que inicio en el año 2014 y se mantuvo en el año 2016, permitió reducir la lista en 13 años de espera. Cabe resaltar que para este último año, lo trascendental, es que en la totalidad del periodo los pacientes enlistados corresponden al mismo año, manteniendo un plazo al final del periodo de 98 días promedio.

En lo que respecta a la atención de pacientes que requerían una cirugía cardiovascular electiva, la Institución ha echado mano de la red de servicios y con la colaboración del Hospital San Juan de Dios promovió la atención de los pacientes que requerían una intervención cardiovascular invasiva provenientes del Hospital San Rafael de Alajuela.

Dicha medida, logró reducir la lista de espera de cardiovascular en cuatro años. Así entonces, al corte de diciembre 2016, establecimientos como el Hospital San Juan de Dios no tienen pacientes en listas de espera para la especialidad en mención, el Hospital México cuenta con pacientes prácticamente del 2016 y el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia tiene pacientes 2014, 2015 y 2016; que en la misma línea de pensamiento serán atendidos bajo la colaboración de la red de servicios.

Se observa la reducción del comportamiento en cantidad de pacientes y de plazo promedio de espera, para la especialidad de cardiovascular en el territorio nacional. Siendo el resultado la reducción de las dos variables evaluadas, en lo que respecta a la disminución de 4 años de la lista de espera de cirugía cardíaca y la reducción del 43% del plazo de espera en un año.

Atención oportuna a las mujeres con patología oncológica de mama, en la realización de mamogramas y su interpretación.

La Institución en procura de la atención de la detección de patología mamaria temprana, desarrolló desde el año 2012 programas de atención dirigidos a la reducción de la cantidad de personas que esperan la realización de un mamograma y su reporte.

Así es como, con el traslado de equipos itinerantes de técnicos en radiología a los lugares que han reportan pacientes con una mamografía con plazos a mayores de 90 días y de primera vez, ha reducido el número de personas que esperan este tipo de estudio al comparar el corte del

mes de diciembre 2015 y 2016, en pacientes nuevas que esperan plazos mayores o menores de 90 días; en los cuales se observa una reducción de la cantidad de pacientes en un 71% en pacientes con plazos mayores a 90 días y del 33% en pacientes con plazos menores a 90 días.

Reducción del plazo de la cantidad de pacientes y plazo de espera de pacientes que requieren una cirugía de catarata en el territorio nacional.

La institución desarrolló en esta segunda vez un proyecto con impacto nacional donde la Clínica Oftalmológica, atendió previa valoración a población nacional que requiere una cirugía de cataratas y se encuentre en la lista de espera con plazos prolongados, el cual se ejecutó en el segundo semestre del año 2016, teniendo en este momento una ejecución del 50% del proyecto.

En conclusión, el listado de pacientes que esperaban una cirugía de catarata se redujo en un 53% en el periodo 2012 – 2015, ofreciendo así a los pacientes mejor oportunidad de atención en los diferentes establecimientos del territorio nacional que cuentan con este tipo de especialidad. Al término de su implementación, se proyecta que la lista de espera contenga de manera exclusiva pacientes del año 2016, en espera de una cirugía de catarata.

Programa atención integral del cáncer

El Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red de la CCSS realizó las siguientes actividades en el año 2016:

- Puesta en marcha del equipo SPECT-CT del Hospital San Juan de Dios. El proyecto consistió en construir una edificación nueva de dos niveles, que en conjunto con la adquisición e instalación de la Tecnología Híbrida Dual SPECT/CT, permitan al personal del servicio de medicina nuclear del Hospital San Juan de Dios y de otros hospitales, un mejor diagnóstico del paciente oncológico o con sospecha tanto en el abordaje inicial, como en la evaluación de la respuesta terapéutica y el seguimiento.
- Puesta en marcha de un sistema de simulación por tomografía (TAC), que sustituyó el que estaba ubicado en el servicio de radioterapia del hospital San Juan de Dios, además de la readecuación de espacios físicos del Servicio de Radioterapia, este proyecto consideró también la creación de una red de comunicación inalámbrica entre los servicios de radioterapia del hospital San Juan de Dios y el hospital México para poder planificar los pacientes en el hospital San Juan de Dios y tratarlos en el hospital México
- Se lograron instalar 2 aspiradores ultrasónicos en el hospital Calderón Guardia.
- Se adquirió entre equipos y accesorios, un total de 160 activos, distribuidos en los hospitales nacionales, hospitales regionales, centros nacionales especializados y áreas de salud. Cabe resaltar que dicha ejecución tuvo un impacto directo en los usuarios de la institución, en el marco del artículo 29 de la Ley 9028
- Se logró fortalecer la atención a través del financiamiento de tratamientos para la atención del cáncer y enfermedades relacionadas con el tabaco.
- Se logró implementar el 21% del total del proyecto de navegación de pacientes. El proyecto brinda un servicio de acompañamiento a las mujeres sospechosas o diagnosticadas de cáncer de mama, en sus diferentes fases de la enfermedad, es un servicio complementario a la atención hospitalaria, dirigido a las pacientes y a sus familias.
- Se entregó la readecuación de cubículos para el suministro de yodo radioactivo del hospital Rafael Ángel Calderón Guardia.
- Se avanzó en la ejecución del proyecto integral de comunicación y educación para la prevención del inicio del fumado.
- Se logró la implementación del programa de educación y comunicación contra el cáncer.

Proyectos del Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018

- Cobertura del tamizaje para cáncer de colon en personas de 45 a 74 años: clasificación, de acuerdo con lo programado.
- Se logró implementar un programa de tamizaje con base poblacional en la Región Central Sur ejecutado por el Centro de Diagnóstico Temprano de Cáncer Gástrico de Cartago.
- Se implementó la colonoscopia como estudio de confirmación diagnóstica dentro de la jornada ordinaria, sin afectación de la prestación habitual de los servicios de los hospitales de Grecia, Alajuela y Heredia.
- Se adquirió y distribuyó la prueba inmunológica en las áreas de salud seleccionadas de la Región Central Norte.

Se cuenta con el material requerido para la estrategia de decisión informada utilizada en el programa de tamizaje.

Porcentaje de casos de cáncer gástrico con detección temprana a nivel nacional: clasificación, de acuerdo con lo programado.

Se cuenta con el recurso humano capacitado necesario, para replicar el modelo del Centro de Diagnóstico Temprano de Cáncer Gástrico en Región Brunca y Pacífico Central en los perfiles de:

- Técnicos de rayos x y ATAPS en Puntarenas (Clínica San Rafael de Puntarenas) y el sur (Área de Salud de Corredores y Hospital de Ciudad Neily).
- Médico Especialista en Radiología y a la Gastroenteróloga del Hospital de Ciudad Nelly.

Se logró implementar el programa de tamizaje por cáncer gástrico en Región Branca y Región Pacífico Central.

Se logró detectar por medio del programa de tamizaje 19 casos de cáncer gástrico durante el 2016, de los cuales 12 fueron en etapa temprana y 7 avanzados.

Prueba de laboratorio para la detección del virus del papiloma humano (vph) en mujeres de 30 a 64 años implementada en la región chorotega: clasificación, con atraso crítico.

Se consiguió avanzar en el proceso adquisición de la prueba de VPH.

Dotación del recurso humano necesario para la realización de la prueba en el Centro Nacional de Citologías.

Cobertura de Papanicolaou (pap) en mujeres de 35 años y más aumentada a nivel nacional: clasificación, de acuerdo a lo programado.

Se cuenta con un diagnóstico situacional y un plan de mejora del programa local de las Áreas de Salud que tienen mayor nivel de mortalidad por cáncer de cérvix.

Número de mamografías incrementadas: clasificación, con riesgo de incumplimiento

Avance en la planificación del Plan Piloto de Tamizaje para Cáncer de Mama de base poblacional en mujeres de 45 a 69 años asintomáticas y sin factores de riesgo asociados en la población de Tibás, Tibás-Coopesaín, La Carpio- León XIII, Moravia, Goicoechea 2. Se estima iniciar la ejecución del proyecto en el 2017.

Avance en el proceso de adquisición de 17 mamógrafos.

Fortalecimiento de las maternidades

Se realizó el Estudio Situacional de la Atención calificada del parto en las 23 Maternidades del país, dicho estudio hizo recomendaciones para el mejoramiento de los Servicios de obstetricia y específicamente las salas de labor de parto y se solicitó por parte de la Gerencia Medica un plan de mejora desde una perspectiva de trabajo en equipo transdisciplinario, con enfoque social equitativo y con pertinencia cultural a todas las maternidades de la institución y se recomendó lo siguiente:

- Desarrollar un módulo educativo que comprenda los estándares e indicadores de calidez, calidad, de habilitación de valores (axiológico), derechos humanos, determinantes sociales de la salud, usando la metodología de una supervisión capacitante para la transformación, que se lleve a cabo en cada hospital y sus áreas de salud bajo la modalidad educativa, participativa de aprender haciendo.
- Priorización y apoyo de la puesta en práctica de propuestas de atención del parto calificado con pertinencia cultural, humanizado que han presentado maternidades de Hospitales nacionales , regionales y periféricos que fomenten la confianza el respeto y el reconocimiento de la población usuaria.
- Promover los procesos de supervisión desde: la decisión, la planeación, la organización, la programación, la ejecución, la información, la vigilancia y la evaluación.
- Establecer los lineamientos para que cada maternidad cumpla los requisitos de una maternidad con cuidados esenciales obstétricos y neonatales(COENS): instrumentos de evaluación tal como el partograma, aplicación de las recomendaciones para un parto seguro y sin riesgo, tener un recipiente para la hidratación de la usuaria en el trabajo de parto, contar con cortinas que faciliten la intimidad y acompañamiento de la usuaria en toda la labor de parto y parto, camillas que faciliten la adopción libre posición en la labor de parto y parto, sillas para que pueda sentarse la persona acompañante, eliminación de exceso de ropa verde (pierneras), en sitios calurosos, la oportunidad de aire acondicionado regulado, esferas, sillas de parto y duchas con agua caliente, acceso a la guía del manejo activo del tercer período del parto, adaptaciones para la atención a la mujer (discapacidad, culturalidad, diversidad entre otras). (corto plazo 2016)
- Establecer un plan de readecuación de la infraestructura física y equipamiento de los servicios de maternidades de acuerdo con el modelo de Atención Humanizada del Parto con pertinencia cultural a nivel nacional.
- Diseñar un Modelo de Maternidad con infraestructura física, tecnología y equipamiento que responda a los criterios de Atención calificada del parto humanizado y con pertinencia cultural.

- Las Direcciones Generales, Direcciones de Enfermería, Direcciones Administrativas y Jefaturas de los Servicios se actualizarán en la metodología de recursos humanos, que comprenda: la composición, categorización, dotación y la distribución del recurso humano para una solicitud del mismo en forma racionalizada y que responda a las necesidades de la población (corto plazo).
- En los Servicios de Emergencias incorporar en los tres turnos personal de enfermería obstétrica, que facilite una atención individualizada, diferenciada, acorde a las necesidades de las usuarias y la normativa existente.
- Solicitarle a las universidades, colegios profesionales, e instituciones involucradas la revisión de la formación académica y se establezcan los mecanismos que brinden la oportunidad de capacitación y actualización que permita el mejoramiento del juicio clínico y el pensamiento crítico.
- Estimular la innovación, creatividad, empatía, clima organizacional, mediante incentivos, dado como resultado de la evaluación exitosa del desempeño y de la opinión de la usuaria y acompañante de la atención recibida por los miembros del equipo de salud.
- Coordinar con la Dirección de comunicación organizacional, la estrategia de sensibilización y capacitación, dirigidas al personal de salud y usuarias, para el fortalecimiento de la comunicación social asertiva y afectiva.
- Implementar un Sistema Único de Información que permita la estandarización, recolección, y procesamiento de los datos estadísticos que permitan un adecuado análisis para la toma de decisiones y la investigación de campo.
- Actualizar e implementar el Sistema Informático Perinatal que comprende la Historia perinatal, el carné perinatal y el sistema informático software.
- Coordinar acciones interinstitucionales (INAMU, ONGs, mujeres organizadas, entre otros grupos) para la capacitación del empoderamiento de la mujer, la familia y la comunidad gestante.
- Organizar en los establecimientos de salud equipos interdisciplinarios de acompañamiento para el desarrollo de grupos focales que participen en el desarrollo de un modelo de atención en el embarazo, parto, posparto y primera infancia con participación social y perspectiva de género.
- Desde la Gerencia Medica se han realizado análisis de dotación de recurso humano y en especial lo que respecta a dotación de profesionales en gineco-obstetricia por región y por hospital.

- En Enfermería obstétrica se están reorganizando algunos servicios y ya contamos con este recurso en los servicios de emergencias con atención diferenciada a la embarazada y su familia gestante.

Infraestructura física

Para las instalaciones nuevas se diseña un Modelo de Maternidad con infraestructura física, tecnología y equipamiento que responda a los criterios de atención calificada del parto humanizado y con pertinencia cultural.

Se desarrolla un modelo de atención en maternidades para un parto seguro, digno y respetuoso con pertinencia cultural.

Se crea un fondo de 1000 millones de colones para que las maternidades del país puedan acceder para la compra de equipos, insumos y readecuaciones de infraestructura física. Durante el segundo semestre de 2016 se certificaron fondos a 16 maternidades del país por un monto de 698,376,718.00 millones de colones.

Gestión clínica

En el segundo semestre de 2016, se implementó en todas las maternidades de la Institución el instrumento de Gestión Clínica denominado “Lista de Verificación de la Atención Segura de la labor de parto el Parto y el posparto inmediato”.

Disposiciones varias

Lineamientos especiales

- Lineamiento Tamizaje Estreptococos B-hemolíticos en mujeres embarazadas.
- Actualización lineamiento técnico aplicación de oximetría para la detección de cardiopatías congénitas LT-GM-DDSS-AAIP-SNN-210916 Actualización de lineamiento Técnico N° AAIP-SNN-240215.
- Lineamiento Técnico Imágenes Médicas Pediátricas: criterios de aplicación LT.GM.DDSS-AAIP.120916.
- La Gerencia Médica solicita los planes de mejora a todas las maternidades, y en razón del análisis y las recomendaciones se dan los Lineamientos y Normalización.
- Sensibilización y capacitación al personal de salud:
 - Educación Perinatal y Dignificación y Trato Humanizado la mujer gestante (360personas)
 - Curso presencial con temática de: Salud sexual y reproductiva, mujer y discapacidad Región Brunca.
 - Participación en la Maestría de Enfermería en Ginecología, Obstetricia y perinatología.
 - Participación en Congreso Internacional y Nacional de Derecho Medico (participación y Exposición) .
 - Organización, participación, Expositoras de ponencias: En el Congreso Embarazo, parto de la Asamblea Legislativa.
 - Redacción de la memoria del Congreso y participación en la devolución de resultados a la comunidad nacional.
 - Participación en Simposio de Violencia Obstétrica de la UNA.
 - Participación en Foro Latinoamericano de Defensorías de los Habitantes para analizar las violencias obstétricas.

Normalización

- Elaboración del Manual de Educación Perinatal para Mujeres Gestantes y sus Familias la atención.
- Actualización de la Historia Clínica Perinatal (HCP).
- Actualización de la Norma de Alto Riesgo Obstétrico.
- Actualización de la Norma de Bajo Riesgo Obstétrico.

- Elaboración de la Norma sobre Pérdidas Gestacionales Tempranas. Este es un proceso que se encuentra actualmente en elaboración y es coordinado por el Ministerio de Salud.
- Emisión del Lineamiento de parte de la Gerencia Médica (GM-S-7761-15). Dirigido a los Directores de los Hospitales, Maternidades, Clínicas Mayores y Centros de Atención Integral en Salud, para que se atiendan las recomendaciones N°3, N°5, N°8, N°9 del informe de Defensoría de los Habitantes N° 05142-2015-DHR. Este lineamiento da instrucciones específicas para:
 - a) La aplicación de Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el Período Prenatal-Parto y Postparto, y lo indicado en la Ley N° 8239 “Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados”. Y cualquier otra normativa relacionada.
 - b) Comunicación sobre el derecho al acompañamiento de las mujeres embarazadas antes, durante y después del parto.
 - c) Campañas de sensibilización y divulgación de los derechos de las mujeres durante el embarazo, parto, puerperio y lactancia, dirigidas a las mujeres usuarias de los servicios de las salas de maternidad, labor, parto y post-parto).
- Lineamiento para el acompañamiento integral en el proceso del nacimiento.
- Lineamiento para implementación del Listado de verificación de atención segura de la labor de parto del parto y del posparto inmediato.
- Lineamiento técnico para oximetría de pulso para detección enfermedades cardiovasculares graves en neonatos.
- Lineamiento técnico para tamizar Streptococcus B.
- Lineamiento para tamizaje auditivo.

Manuales y protocolos

- Manual de procedimientos de Atención al Niño(a) en el Primer Nivel de atención MP.GM. DDSS. 220216.
- Protocolo de atención Clínica a los pacientes anti coagulados: PAC-GM-DDSS-11012016.
- Manual de procedimientos para la Atención y Enseñanza de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Metodología PINEC.
- Actualización lineamiento técnico aplicación de oximetría para la detección de cardiopatías congénitas LT-GM-DDSS-AAIP-SNN-210916 Actualización de lineamiento Técnico N° AAIP-SNN-240215.

- Lineamiento Técnico Imágenes Médicas Pediátricas: criterios de aplicación LT.GM.DDSS-AAIP.120916.
- Manual de procedimientos de Atención al Niño(a) en el Primer Nivel de atención MP.GM.DDSS. 220216.
- Manual de Valoración de Desarrollo del Niño DENVER II.
- Guía Para la Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares (ISBN: 978-9968-916-57-8).
- Manual de Procedimientos para la Atención Integral en salud de los Hombres que tienen sexo con Hombres (HSH) y las Personas Trans Femeninas (Código M-GM-DDSS-AAIP.101016).
- Manual de Procedimientos Gestión del Comité de Estudio Integral de Niño, Niña y Adolescente Agredido (CEINNAA) ESCENARIO DE LA CCSS (MP.GM.DDSS-AAIP. 021216).
- Protocolo de atención Clínica a los pacientes anti coagulados: PAC-GM-DDSS-11012016.
- Entrega de fórmula enteral libre de lactosa a niños, niñas y adolescentes que se derivan del Hospital Nacional de Niños hacia otros Hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social Código: L.GM.DDSS-AAIP.PNAPAM.080216.
- Manual de Valoración de Desarrollo del Niño DENVER II.
- Guía Para la Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares (ISBN: 978-9968-916-57-8).
- Manual de Procedimientos para la Atención Integral en salud de los Hombres que tienen sexo con Hombres (HSH) y las Personas Trans Femeninas (Código M-GM-DDSS-AAIP.101016).
- Manual de Procedimientos Gestión del Comité de Estudio Integral de Niño, Niña y Adolescente Agredido (CEINNAA) ESCENARIO DE LA CCSS (MP.GM.DDSS-AAIP. 021216).
- Manual de Procedimientos de Bancos de Sangre. Proporcionar una guía a los Servicios de Sangre para garantizar su calidad y unificar criterios relacionados con la promoción, obtención, procesamiento y distribución y uso de los hemocomponentes. (GM-MDD-8624-16 del 03-03-2016.).
- Manual de Procedimientos para la Atención y Enseñanza de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Metodología PINEC, donde participó la Coordinación Nacional de Nutrición, el Área de Atención Integral a las Personas, e INCIENSA.
- Capacitación sobre intervención breve para consumo de alcohol y tabaco en atención primaria conjunto con IAFA.

Políticas

- Política Institucional de Atención a las Personas Adultas mayores de la CCSS aprobada artículo 28 de la sesión N° 8871, celebrada el 27 de octubre de 2016.

Estudios e investigaciones

Investigaciones realizadas

Durante el 2016, el Programa Ampliado de Inmunizaciones trabajó en equipo con la Dirección de Farmacoepidemiología, Dirección Técnica de Cáncer y el Ministerio de Salud en la elaboración de estudios de costo-efectividad, entre ellos:

- Vacuna de Rotavirus
- Vacuna Neumococo
- Vacuna de HPV
- Además se realizó el estudio de costeo del PAI

Estos estudios lograron demostrar el costo-efectividad de estas vacunas y serán insumos en la toma de decisiones de las autoridades competentes.

Estudios de tipo observacional en diferentes temas

- Continuidad de la atención de la patología cervical en la CCSS, año 2015.
- Demora en la atención a los adultos mayores en cuatro diagnósticos de la lista quirúrgica en hospitales de la CCSS.
- Asociación entre enfermedad cerebro vascular e hipertensión arterial en los egresos hospitalarios de la CCSS, 2000-2013.
- Estudios de coste efectividad para Programa Ampliado de Inmunizaciones Vacuna de Rotavirus, Vacuna, Neumococo, (Dirección de Farmacoepidemiología, Dirección Técnica de Cáncer y el Ministerio de Salud).
- Estudio de costeo del PAI.
- Estudio Nacional de Encuesta Rápida de Ceguera Prevenible y módulo de retinopatía diabética) prevalencia de ceguera prevenible en la población mayor de 50).

Otras estrategias

- Se diseñó la propuesta Red de Servicios de Rehabilitación y el Plan institucional de Abordaje de la Discapacidad.
- Se estandarizó las terapias de la salud.
- Se elaboró un documento técnico sobre el “Estudio de necesidades de recursos humanos” relacionado con el Asistentes Comunitarios Indígena para zonas de difícil acceso geográfico y cultural.
- Se definieron las metas sectoriales en ellas la definición de perfiles profesionales innovadores para el fortalecimiento de la atención primaria; con lo cual se rompe un paradigma de más de cuarenta años de atención.
- Se Implementaron las estrategias de atención para el abordaje de enfermedades crónicas no transmisibles “Fortalecimiento de la Calidad de Atención de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles”
- Se efectuó el Tamizaje de Retinopatía Diabética, como parte de la estrategia conjunta para el abordaje de estas enfermedades.



En el marco del Día Mundial del Donante Voluntario de Sangre, la CCS, Grupo TUASA, Próxima Comunicación, Nexacre de 3M y la Universidad Santa Lucía se unieron para promover la donación de sangre en Alajuela.



Auditoría

INTERNA

El Manual de Normas Generales de Auditoría para el Sector Público, define la auditoría como un proceso sistemático, independiente y profesional para obtener y evaluar objetivamente evidencia, en relación con hechos y eventos de diversa naturaleza, con el propósito de comprobar su grado de correspondencia con un marco de referencia de criterios aplicables y comunicar los asuntos determinados, así como las conclusiones y recomendaciones a la administración, con el fin de impulsar mejoras en la gestión, fortalecer la responsabilidad pública y facilitar la toma de decisiones.



A fin de cumplir con este enunciado, la Auditoría Interna realiza esfuerzos en el mejoramiento de la calidad de sus procesos, permitiendo que los productos generados sean proactivos y brinden valor agregado a las actividades que desarrolla la Administración activa, los cuales están directamente relacionados con su aporte a la administración de riesgos, controles y procesos de dirección cumpliendo con la consecución de los objetivos de control interno:

- a) Proteger y conservar el patrimonio institucional contra cualquier pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal,
- b) Exigir confiabilidad y oportunidad de la información,
- c) Garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones y
- d) Cumplir con el ordenamiento jurídico y técnico.

En este contexto, el objetivo primordial de la auditoría interna es fortalecer, en el ámbito institucional, la transparencia, el mejoramiento de los sistemas de control, la eficiencia en el uso de los recursos y promover el desempeño efectivo de la gestión¹, razón por la cual las áreas de Auditoría que conforman este órgano de control, han enfocado sus actividades a desarrollar acciones efectivas de evaluación ex-ante, durante y ex-post, en materia de contratación, abastecimiento, infraestructura, equipamiento, financiero-contable, inversiones, pensiones, tecnologías de información y comunicaciones, entre otros temas, así como la verificación de la gestión estratégica y operativa de los servicios de salud, las sucursales y demás unidades locales de la institución, según se presenta a continuación:

1 *Manual de Organización de la Auditoría Interna, Diciembre 2007*

Área Servicios Financieros

En relación con el tema de estabilidad y sostenibilidad financiera del seguro de salud, se realizaron diversas evaluaciones, donde se expone la necesidad de que la administración activa analice los aspectos que impactan directa e indirectamente en la sostenibilidad financiera del Régimen de Salud, así como los principales retos que tiene los administradores del Régimen para implementar iniciativas para la atracción de sus fuentes de financiamiento, ante el aumento en los costos de la atención, crecimiento en los recursos humanos, costos de operación en infraestructura, equipamiento y mantenimiento, cuyo incremento obedece, una parte a los cambios de perfil epidemiológico de la población que tiene lugar con la modernización y la transición demográfica, pero otra parte obedece a problemas de gestión, siendo importante que cualquier proyecto que se decida implementar debe sustentarse en estudios y análisis de viabilidad operativa, técnica y legal que determine el adecuado financiamiento y sostenimiento del sistema en el corto, mediano y largo plazo.

De igual manera se ha solicitado al cuerpo gerencial establecer una estrategia de integralidad en la vigilancia permanente de la sostenibilidad financiera del Seguro Salud, donde se participe a la Dirección de Planificación Institucional y la Dirección Actuarial y Económica; planteándose además, que dado el rol rector de ambas direcciones, es necesario su fortalecimiento como punto medular clave para la sostenibilidad financiera de los seguros que administra la Institución.

En ese orden, también se ha enfatizado en la necesidad de que la Institución debe mantener activas y constantes las negociaciones con el Ministerio Hacienda para buscar una solución integral a la deuda del Estado. Asimismo, se realizó monitoreo de la Gestión Cobratoria Institucional considerándose necesario que la Administración continúe realizando esfuerzos, con el fin de disminuir los adeudos patronales y de trabajadores independientes.

Se brindó seguimiento al “Plan de Innovación para la Mejora de la Gestión Financiera, Administrativa y Logística de la CCSS Innovación Financiera”; dado a su importancia e impacto institucional del abordaje integral de la información financiera contable y de costos para la toma de decisiones, alertando a la Administración una serie de observaciones, a efectos de que se formulen y ejecuten estrategias de implementación con el fin de que el proyecto logre su objetivo, satisfaga los requerimientos y cumpla con los términos de tiempo y costo preestablecidos.

Con respecto al Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, este órgano de fiscalización y control, como en períodos anteriores, ha venido alertando sobre la necesidad de que el régimen sea sometido a ajustes donde la Administración debe analizar de forma prioritaria, los resultados de la Valuación Actuarial llevada a cabo por parte de la Universidad de Costa Rica, con el fin de determinar las acciones que se deben tomar a efecto de lograr la sostenibilidad financiera de este Régimen a mediano y largo plazo.

En cuanto al tema de inversiones, se enfatizó que se debe fortalecer aspectos operativos y de gestión de los gestores de riesgos, a efectos de que estas instancias, puedan tener mayor capacidad y resolutivez oportuna, en cuanto a emitir alertas tempranas ante la amenaza de

materialización de un riesgo financiero o no financiero en el proceso de inversiones bursátiles, de manera que se puedan ejecutar acciones de mitigación o planes de contingencia y velar por el cumplimiento de la Política y Estrategia de Inversiones del Seguro de Pensiones aprobada por la Junta Directiva, así como la necesidad de regular los procesos de autorización y límites en las inversiones por plazo de vencimiento.

Respecto a los mecanismos de diversificación de la cartera, esta Auditoría ha venido impulsando el fortalecimiento de la cartera hipotecaria, con el objetivo de que la administración implemente las plataformas operativas y tecnológicas que le permitan eficientizar las colocaciones de créditos, y que procuren a través de los distintos instrumentos, mejorar los rendimientos, la seguridad, confiabilidad e integridad de los sistemas de información y el servicio a los usuarios, entre otros aspectos. Al programa del Régimen No Contributivo, el área de Auditoría de Servicios Financieros, planteó que la administración analice la factibilidad que la reserva por contingencia se invierta en otros instrumentos financieros, aparte de las inversiones a la vista, analizando el costo versus beneficio.

Por último, este órgano de fiscalización y control, efectuó una evaluación sobre el otorgamiento de las pensiones complementarias del Fondo de Retiro de Empleados de la Caja donde se determinó, de acuerdo con la valuaciones actuariales al 30 de junio 2015-2016, que el monto de la prima resultaría insuficiente, condición que podría llevar al fondo a enfrentar problemas de solvencia a partir del período 2021, provocando que la reserva se agote antes del año 2031.

Área Servicios de Salud

En lo referente al tema de Lista de Espera y actividad quirúrgica, se determinaron oportunidades de mejora en la gestión al acceso y la oportunidad de los pacientes a los servicios de salud, de la consulta externa y la actividad quirúrgica, situación que requiere de acciones correctivas inmediatas a efecto de fortalecer y optimizar la gestión de la actividad quirúrgica.

En tal sentido se deben robustecer los aspectos relacionados con las funciones desplegadas por el grupo Gestor de Lista de Espera, la integridad y confiabilidad del registro de información, revisión y depuración de la lista, la gestión de la actividad quirúrgica y un adecuado trabajo en red, de forma que se mejoren los indicadores de gestión de la atención, basados en la determinación de la capacidad resolutive de los centros de salud, apoyados con un sistema de información a fin de ejercer un mayor control, seguimiento y monitoreo de la lista de espera. Asimismo, abordar los aspectos de infraestructura de las salas de operaciones, recuperación, organización, programación, registro y control de la actividad quirúrgica, así como el rol que debe ejercer las jefaturas de los servicios de cirugía, bajo el acompañamiento de la dirección general de los hospitales, a fin de procurar que los recursos dispuestos sean utilizados bajo principios de eficiencia y eficacia.

En cuanto a los indicadores de producción en los servicios de consulta externa, se debe mejorar la utilización de consultorios, aprovechamiento de horas programadas, abordaje de índices de ausentismo, sustitución, recargos y gestión de alta, los esfuerzos deben enfocarse al establecimiento de acciones concretas que incidan en elevar el indicador de citas sustituidas y con ello, no solo atender una mayor cantidad de pacientes, sino también mejorar el uso de los recursos institucionales.

Referente a los servicios de emergencias, se refleja la necesidad de fortalecer los procesos de planificación, dirección, ejecución, control y supervisión de actividades sustantivas, a su vez existen aspectos de mejora en infraestructura, uso de la planta física, recurso humano, prescripción de medicamentos y registro de información en las hojas de atención de urgencias. Asimismo, ante la falta de camas en el área de hospitalización, los pacientes permanecen días en observación, esperando espacio para ser hospitalizados, generando una afectación en la calidad de la atención que reciben los pacientes.

Debe continuarse fortaleciéndose las actividades del sistema de Clasificación de pacientes conocida como TRIAGE-CTAS, (Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale), de tal manera que se aplique las 24 horas según el volumen de trabajo.

En cuanto a los servicios de hospitalización se evidencia la necesidad de fortalecer el proceso de planificación, sobre el cumplimiento de metas y maximizar el uso de los recursos disponibles. Es importante definir las funciones y objetivos del equipo gestor de camas, de manera que permita fortalecer la gestión del recurso en forma permanente, involucrando activamente a los jefes de servicio y otros actores claves.

En cuanto a los servicios de apoyo, radiología, farmacia y laboratorio clínico, se necesita fortalecer el proceso de planificación de metas del plan de gestión local, y la aplicación de mecanismos de supervisión de la producción y rendimiento del personal médico, de conformidad con las metas establecidas. Así como el uso de las bitácoras de producción y envío de reportes a otras unidades.

Referente a los estudios realizados sobre la contratación de servicios de salud por medio de terceros, específicamente a Coopesiba y Asemeco, se debe mejorar y fortalecer el proceso de gestión, verificación y fiscalización de los servicios contratados. Las situaciones evidenciadas, están asociadas a la importancia que se dispongan de mecanismos que permitan verificar si la prestación médica asistencial brindada por los contratistas se ajusta a los términos contractuales en los servicios de medicina interna o geriatría, gineco obstetricia y medicina familiar, entre otros, de tal manera que exista garantía que los usuarios reciban los servicios y se ajusten a los pagos efectuados por la institución.

La consulta externa, presenta indicadores como el ausentismo y la cantidad de pacientes atendidos por hora en cada uno de los Ebáis. El análisis y seguimiento, impulsado a través de las instancias técnicas, en los aspectos, relacionadas con la cantidad de medicamentos despachados y exámenes de laboratorio.

Referente a las actividades de direccionamiento, se realizaron evaluaciones en la Coordinación nacional de Odontología, Farmacia y Nutrición; determinándose que son unidades orientadas a la elaboración de normativa técnica y administrativa para apoyar el funcionamiento de los servicios a nivel institucional. Si bien es cierto, el ámbito de acción de las coordinaciones está limitado en cuanto a su injerencia en el nivel local, los usuarios manifiestan la necesidad de generar un mayor acompañamiento y participación de esa instancia en la búsqueda de soluciones a los asuntos que sobrepasan las competencias del nivel local, constituyéndose en un aspecto que debe ser analizado, considerando la capacidad resolutoria de las coordinaciones a los efectos de generar un mayor valor agregado a nivel institucional y de ser necesario generar un replanteamiento de las actividades y funciones que se le han asignado actualmente.

En cuanto a los estudios de Laboratorios Clínicos, se debe fortalecer el control interno mediante el análisis de indicadores de producción, distribución de jornadas de trabajo, cumplimiento de los mecanismos de control implementados en los contratos de pruebas efectivas y rendición de cuentas periódica ante la Dirección General y disponer de un sistema de información que colabore con la gestión del Laboratorio Clínico.

En los Servicios de Farmacia se determinó la necesidad de fortalecer el control interno en cuanto al análisis de indicadores de producción, prescripción de medicamentos que son de uso restringido, destrucción por devoluciones y por vencimientos. Asimismo, se identificaron aspectos de mejora en la gestión de inventarios especialmente en el seguimiento de los resultados mensuales, así como informes en el inventario del almacén local de medicamentos de igual forma mejorar la infraestructura.

Referente al estudio sobre la implementación de la clasificación de las áreas de salud de acuerdo con su complejidad y propuesta de largo plazo, se determinó que fue aprobada por Junta Directiva, sin embargo a la fecha no se ha cumplido con su implementación en los términos propuestos. Es decir, a pesar de que se construyó y avaló por el nivel superior en el 2008 una herramienta de planificación para generar una estandarización de la oferta de servicios, equipamiento y personal para las áreas de salud, no se ha implementado, ante la falta de acciones concretas y de seguimiento para garantizar su cumplimiento.

Referente al estudio evaluación económica de medicamentos, se evidencia la necesidad de mejorar la gestión del área de Farmacoeconomía, adscrita a la Dirección de Farmacoepidemiología, en cuanto a los procesos de planificación, control de la producción, desarrollo de las evaluaciones, así como el fortalecimiento del control interno en las actividades relacionadas con la negociación de los precios de los medicamentos.

En relación con las fichas técnicas, se determinó la necesidad de fortalecer los procesos de elaboración y modificación de fichas técnicas de medicamentos, en cuanto a disponer de un expediente para cada ficha técnica que se elabora o modifica ni se dispone de un listado general de las fichas técnicas oficiales. Así como llevar a cabo una revisión del “aval administrativo” por parte del área de Medicamentos y Terapéutica Clínica.

En cuanto a la evaluación de la Dirección de Compra de Servicios, de la evaluación se determina que no hay suficiente evidencia que garantice el impacto esperado en la prestación de los servicios de salud en razón de las evaluaciones realizadas por la Dirección Compra Servicios de Salud.

Al respecto la Junta Directiva como la Gerencia Médica han emitido instrucciones concretas para ser atendidas y ejecutadas tanto por la Dirección de Red de Servicios de Salud como por las Direcciones Regionales, en razón de los indicadores obtenidos en esas evaluaciones, a fin de mejorar las áreas críticas detectadas por la Dirección Compra Servicios de Salud y con ello beneficiar la prestación de los servicios de salud, sin embargo no se aporta prueba que permita determinar con meridiana claridad que dichas instrucciones hayan sido atendidas según la importancia que se le ha otorgado a esta evaluación. Aspecto evidenciado en el informe ASS-143-2016, mediante el cual se están externando recomendaciones orientadas a que los informes que emite la unidad sean sometidos a un análisis riguroso, de tal manera que generen el impacto deseado.

Área de Servicios Administrativos, Abastecimiento e Infraestructura

En materia de abastecimiento de bienes y servicios, se efectuaron estudios del uso y aprovechamiento de reactivos en los centros de salud, además, se analizó la gestión de planificación, selección de oferentes, adjudicación, elaboración de estudios de razonabilidad de precios, ejecución contractual y recibo de los bienes y servicios en el ámbito de centros hospitalarios de la institución.

Se realizaron evaluaciones en la Gerencia de Logística, respecto a la implementación del modelo de la cadena de abastecimiento, la gestión técnica de bienes y servicios, así como, de la aplicación de lo dispuesto en los artículos 200, 201 y 202 del Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa, que regulan las contrataciones adicionales, modificaciones y suspensión de contratos.

En cuanto a la gestión de inversión en obra física, se ejecutaron investigaciones relacionadas con las fases de planificación, ejecución y recibo de proyectos, para la construcción de: quirófanos del hospital México, servicio de hospitalización de La Anexión, Clínica del Dolor, sede del área de salud Naranjo, urgencias del Hospital Escalante Pradilla, área de salud de Barva, Edificio Torre Este y Obras complementarias del hospital Rafael Ángel Calderón Guardia y Urgencias del hospital de San Carlos.

Asimismo, se efectuó estudios de: los procesos de evaluación, priorización, planificación, diseño, ejecución y operación, ejecutados por la administración activa en la gestión de proyectos de obra pública y su concordancia con las sanas prácticas de administración de proyectos. Se evaluaron los mecanismos utilizados por la institución para la selección, valoración y adquisición de nuevas tecnologías en equipo médico y la gestión de la Dirección de Mantenimiento institucional conforme lo establecido en su manual de organización.

Respecto a la gestión de recursos humanos, el Área de Servicios Administrativos, Abastecimiento e Infraestructura, revisó las actividades efectuadas en hospitales de la institución relacionadas con la selección de personal, nombramientos, trámite y examen de planillas, supervisión y reclasificación de puestos. Igualmente se estudió el pago del sobresueldo dedicación exclusiva a los funcionarios de la institución, el avance en la gestión de nombramientos en propiedad, el diseño de la política institucional de recursos humanos, la planificación de necesidades del personal, estructura organizacional de la red de gestión de recursos humanos, actualización del marco normativo imperante, procesos de reclutamiento y selección de personal, labores de supervisión y capacitación, implementación de sistemas de información, aplicación de indicadores de desempeño laboral, entre otros.

Se evaluó la gestión en la Gerencia de Pensiones, respecto a la normalización del trámite para la atención de las solicitudes de pensión, actividades de selección de personal y labores de contratación Administrativa.

En los tópicos de la gestión para promover ingresos, a cargo de la Gerencia Financiera, se efectuaron auditorías con el propósito de examinar la gestión cobratoria efectuada por el Área de Cobro a Trabajadores Independientes y sucursales. Del mismo modo, se estudió la eficacia, de la estrategia aprobada por la Junta Directiva de la Caja para la atención de solicitudes de inspección pendientes a nivel nacional, la gestión de la Comisión de impugnaciones patronales de la Gerencia Financiera, producto de la atención de los casos de apelaciones provenientes de Inspección y de los cierres de negocios, la eficiencia y eficacia de la labor realizada por la Dirección de Cobros en materia de cobro judicial, cierre de negocios por mora y administración de bienes embargados.

Área de Tecnologías de Información y Comunicaciones

Se detectó la necesidad de formalización del proyecto sobre Gobernanza de las Tecnologías de Información, así como la participación activa de las gerencias en la propuesta, actualización de documentación requerida en la normativa aplicable.

En lo concerniente a los proyectos de TI ejecutados en la Institución, esta Auditoría enfocó sus recursos a fiscalizar prioritariamente en avance obtenido en las dos iniciativas institucionales de mayor importancia por su alcance, beneficio proyectado al país, y el marco regulatorio que los rige. Nos referimos al Proyecto Expediente Digital Único en Salud (EDUS) y el Plan para la Innovación en la Gestión Financiera, Administrativa y Logística de la CCSS.

Respecto del Proyecto EDUS, particularmente su avance en el primer nivel de atención en salud, según el documento “Resumen Gráfico Avance, diciembre 2016” la Dirección Ejecutiva EDUS informó que al 31 de diciembre 2016 los porcentajes de implementación de SIFF, SIC y SIES para unidades médicas administradas por la CCSS es de 100%.²

En cuanto al tema de Infraestructura Tecnológica se evaluó la etapa I del Proyecto Fortalecimiento Infraestructura Tecnológica Principal de la CCSS, en la cual se pretende reforzar la plataforma central mediante la adquisición de nuevos equipos de almacenamiento y procesamiento. En ese sentido, se determinó la necesidad de disponer de una estrategia para la instalación, configuración y puesta en operación del hardware por adquirir, así como actualizar el Plan de Continuidad para la gestión de TIC del Área de Soporte Técnico, y definir un estándar para monitorear el desempeño de la Plataforma Tecnológica Central.

Referente a los Sistemas de Información, se evaluaron las aplicaciones de importancia institucional en el ámbito de la prestación de los servicios de salud y la gestión administrativa, evidenciándose 145 herramientas utilizadas en centros de salud que deben ser analizadas a la luz de la estrategia EDUS-ARCA y definir el plan de acción para determinar su futuro. Adicionalmente, se evidenció la necesidad de valorar el registro en el Catálogo Institucional de Aplicaciones Informáticas (CIAI).

En relación con el ARCA, se realizó la evaluación en donde se planteó la necesidad de analizar las condiciones actuales del Centro de Cómputo del Hospital San Vicente de Paúl, con el fin de garantizar si éstas son suficientes para la continuidad de los servicios de los módulos que conforman el ARCA, así como desarrollar un Plan de Capacidad de la Plataforma Tecnológica que soporta esta aplicación con el fin de considerar los requerimientos actuales y proyectados de la Institución para el funcionamiento adecuado de la herramienta mencionada.

² Al 26 de setiembre 2016 existía una brecha de 15%, 17% y 16% para completar respectivamente la implementación del Sistema Identificación, Agendas y Citas (SIAC), Sistema Integrado Expediente en Salud (SIES) y Sistema Integrado Ficha Familiar (SIFF), en Áreas de Salud y Ebáis.

Referente a la automatización de la gestión de listas de espera, se determinó la necesidad de disponer de una herramienta informática que brinde oportunidad y confiabilidad de los datos relacionados con la lista de espera en la Institución y por lo tanto se recomendó analizar alternativas de solución que solventen esta situación. Asimismo, se plantearon hallazgos y recomendaciones orientadas a la definición y divulgación de las plantillas de los archivos que almacenan la información de la lista de espera con el fin de estandarizar este proceso, elaboración de un plan de concientización a los usuarios que gestionan las listas de espera a la Unidad Técnica de Listas de Espera (UTLE), así como el análisis de la posibilidad de que los reportes emitidos por los sistemas EDUS-ARCA contengan los datos mínimos requeridos por la UTLE para su gestión.

Respecto al Banco de Sangre, se recomendó la integración de los registros generados a través de la herramienta e-Dephyn que actualmente se manejan en forma desconcentrada en cada centro de salud correspondiente, asimismo, la conformación de un equipo de trabajo interdisciplinario para efectuar un diagnóstico sobre la situación actual de los 30 bancos de sangre en la automatización de sus procesos, los requerimientos funcionales y técnicos asociados, riesgos, controles y necesidades de infraestructura, lo anterior con el fin de considerarlo al definirse el rumbo tecnológico de la solución tecnológica integral para los bancos de sangre de la CCSS.

Mediante evaluación sobre la automatización de los servicios de anatomía patológica en la CCSS, se evidenció oportunidades de mejora en la estandarización de procesos en los servicios de anatomía patológica de la CCSS, definición de una solución integral automatizada y vigencia tecnológica de las herramientas utilizadas actualmente en los centros de salud.

En relación con los servicios de Nutrición institucionales, se determinó la necesidad de plantear estrategias para la implementación de soluciones en torno a la automatización de los procesos a cargo de los servicios mencionados en forma integral, ya que actualmente se dispone de varias herramientas desarrolladas localmente que apoyan dicha gestión, de los cuales se evidenciaron debilidades.

Finalmente, respecto a la gestión institucional de Recursos Humanos se solicita a la Administración realizar un análisis administrativo e informático de todos los sistemas de información que intervienen en el citado proceso y tome una decisión respecto del uso y su mantenimiento, en aras de garantizar la integración en una sola herramienta, y por ende la estandarización de procesos operativos.

En lo correspondiente al tema de la seguridad informática, se determinó la necesidad de brindar seguimiento al Plan de Acción para el Fortalecimiento de la Infraestructura de Seguridad en Tecnologías de Información y Comunicaciones, así como el establecimiento de una estrategia que permita solventar las oportunidades de mejora en torno al recurso humano institucional dedicado a esta gestión.

Área Gestión Operativa

En esta área destacan las evaluaciones desarrolladas en las áreas de salud, mediante estudios integrales, en las cuales se efectuó un abordaje de los programas del primer nivel de atención, con énfasis en actividades desarrolladas en consulta externa, urgencias, servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento, cumplimiento de metas y coberturas de atención, con especial interés en las labores realizadas por los Asistentes Técnicos de Atención Primaria en Salud (ATAPS). Asimismo, se evaluaron aspectos administrativos en cuanto a la gestión presupuestaria, contratación administrativa (adquisición de bienes y servicios), administración de recursos humanos, estado de la infraestructura, equipo, seguridad humana, transportes, viáticos y validación de derechos. Dentro de las evaluaciones realizadas se analizó además, la gestión gerencial y supervisión ejercida por los directores regionales de servicios de salud y directores médicos de las áreas de salud, en cuanto a su capacidad para administrar, asesorar, controlar y supervisar la utilización de los recursos financieros y el monitoreo continuo y sistemático de los principales indicadores de salud a nivel local, de tal manera que mediante la ejecución eficiente de los principales programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, se favorezca a la población.

En lo referente a hospitales, se informa sobre aspectos medulares que están directamente relacionados con procesos servicios esenciales de los establecimientos de salud, como la gestión del servicio de Nutrición; evaluación de la lista de espera en los procedimientos de diagnóstico; gestión de referencias y contrarreferencias y por ende, el abordaje de las principales patologías y riesgos asociados a esas actividades.

En cuanto a los temas financieros se informó sobre los principales resultados obtenidos en materia de gestión de recursos humanos, con especial atención en la nómina salarial y selección de personal, pluses salariales, pago de dedicación exclusiva, de tiempo extraordinario a funcionarios que realizan labores administrativas, de disponibilidades médicas y proceso de registro, control y pago de incapacidades; además, lo relacionado con el pago de traslados, hospedaje a pacientes, viáticos, consumo de electricidad, teléfono, agua, combustibles y gases medicinales; compras de insumos por vales y caja chica. Asimismo, la gestión realizada por las direcciones regionales de sucursales y administradores de sucursal, en cuanto al pago de honorarios de abogados externos cuenta 324-00-0; gestión de liquidaciones de convenios de pago y cobro administrativo de saldos registrados en la cuenta 138-00-1.

En materia de procedimientos de contratación administrativa de especial interés resultó informar sobre la razonabilidad de la ejecución contractual, el control de las garantías de participación y cumplimiento, custodia y utilización de suministros médicos en el Centro de Equipos, Enfermería y Cirugía y la adquisición de medicamentos.

En cuanto a los sistemas de información, se analizó lo relativo al Sistema Administrativo de Disponibilidades Médicas (ADIM), el Sistema Integrado de Pagos Automáticos (SIPA) y lo relacionado con la información estadística que se genera en el servicio de registros médicos.

En la gestión de infraestructura y equipamiento del recurso físico institucional, se abordó lo relacionado con el estado de conservación y la gestión de mantenimiento preventivo y correctivo de las salas de operaciones; ejecución de proyectos de construcción y equipamiento en los Ebáis; condiciones de infraestructura de las sedes de Ebáis alquiladas y el estado de conservación y la gestión de mantenimiento del equipo médico.

A photograph of three business professionals sitting around a wooden conference table in an office. On the left, a man in a light blue shirt is looking towards the center. In the middle, a man in a white striped shirt and tie is looking towards the right. On the right, a woman in a bright blue shirt is looking towards the center. They appear to be in a meeting, with papers and a pen on the table. The background shows office windows with blinds and a whiteboard.

Reformas

REGLAMENTARIAS

En el siguiente apartado, encontrará las reformas aprobadas durante el 2017 a algunos de los reglamentos institucionales.



Art.	Sesión	Fecha	Oficio	Fecha	Circular	Fecha	Gaceta	Fecha
9	8819	11-01-16	---	---	---	---	24 Alcance 12	04-02-16

ASUNTO: acuerdo primero: Reforma de los artículos 3 y 6 del "Reglamento de Concursos para Nombramiento en Propiedad en la Caja Costarricense de Seguro Social.

Art.	Sesión	Fecha	Oficio	Fecha	Circular	Fecha	Gaceta	Fecha
11	8823	01-02-16	Solpub- N°10605	16-02-16	N°43.123	16-02-16	54 Alcance 44	17-03-16

ASUNTO: Reforma a los artículos 19°, 21° y 22° del Reglamento del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.

Art.	Sesión	Fecha	Oficio	Fecha	Circular	Fecha	Gaceta	Fecha
22	8826	18-02-16	Solpub- N°10606	19-02-16	---	---	39 Alcance 27	25-02-16

ASUNTO: Ampliación plazo consulta pública propuesta de reforma a los artículos 5, 24, 29, 33, transitorio XI y adición de un transitorio XV al reglamento del seguro de invalidez, vejez y muerte.

Art.	Sesión	Fecha	Oficio	Fecha	Circular	Fecha	Gaceta	Fecha
20	8841	5-05-16	Solpub- N°10608	24-05-16	N°56.277	24-05-16	126	30-06-16

ASUNTO: Modificación del artículo 11° del Reglamento para la evaluación y calificación del estado de invalidez en el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte.

Art.	Sesión	Fecha	Oficio	Fecha	Circular	Fecha	Gaceta	Fecha
24	8852	30-06-16	----	----	----	----	144	27-7-16

ASUNTO: Aprobación de la propuesta sobre el proceso de asignación de campos docentes para la realización del internado rotatorio universitario en instalaciones de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Art.	Sesión	Fecha	Oficio	Fecha	Circular	Fecha	Gaceta	Fecha
9	8856	28-7-16	Solpub- N°62797	17-08-16	N°60.182	24-08-16	Gaceta 162 Alcance 148 (23- 8-16)	24-08-16

ASUNTO: Reforma a los artículos 5, 24, 29, 33, Transitorio XI y adición de un Transitorio XV al Reglamento del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.

Art.	Sesión	Fecha	Oficio	Fecha	Circular	Fecha	Gaceta	Fecha
29	8856	28-7-16	Solpub- N°10616	08-02-17	N°44.681	23-02-17	38 Alcance 39	21-02-17

ASUNTO: Reformar Reglamento para la tramitación de donaciones a favor de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Art.	Sesión	Fecha	Oficio	Fecha	Circular	Fecha	Gaceta	Fecha
5	8860	25-8-16	Solpub- N°62798	30-8-16	N°60.542	29-8-16	Alcance 189	20-09-16

ASUNTO: Reforma a los artículos 3° y 6° del Reglamento de concursos para nombramiento en propiedad en la Caja Costarricense de Seguro social.

Art.	Sesión	Fecha	Oficio	Fecha	Circular	Fecha	Gaceta	Fecha
22	8865	29-9-16	Solpub- N° 10610	30-9-16	N°60.599	30-9-16	207	28-10-10

ASUNTO: Disposiciones en cuanto a escala contributiva para los trabajadores independientes y asegurados voluntarios afiliados individual y colectivamente.

Art.	Sesión	Fecha	Oficio	Fecha	Circular	Fecha	Gaceta	Fecha
7	8867	10-10-16	Solpub- N°10611	14-10-16	N°60.656	14-10-16	212	4-11-16

ASUNTO: Revalorización N°70, montos de pensiones en curso de pago del Seguro Invalidez, Vejez y Muerte.

Art.	Sesión	Fecha	Oficio	Fecha	Circular	Fecha	Gaceta	Fecha
30	8878	08-12-16	Solpub- N°10614	18-01-17	N°68.406	16-12-16	19	26-01-17

ASUNTO: Reforma Normativa de relaciones laborales de la CCSS: adición de los artículos 115 bis, 121 bis, 121 ter, 122 bis, 122 ter, 122 cuar y del Transitorio respectivo.

Art.	Sesión	Fecha	Oficio	Fecha	Circular	Fecha	Gaceta	Fecha
10	8881	22-12-16	Solpub- N° 10613	23-12-16	N°68.424	23-12-16	Gaceta #3 Alcance #2	4-01-17

ASUNTO: Modificación a los artículos 61 y 74 del Reglamento del Seguro de Salud.

FESTIVAL
INNOVACIÓN
2016



CCSS festejó SUS 75 AÑOS

Hace 75 años la unión de voluntades de tres hombres visionarios, creó la Caja Costarricense de Seguro Social. Hoy vemos el futuro con esperanza y fortalecemos las bases de nuestra Institución, de cara al centenario, con los usuarios en el corazón.



La Caja Costarricense de Seguro Social celebró sus 75 años con diversas actividades en el nivel central y local, para conmemorar el legado que trasciende generaciones de nuestro país.

La agenda incluyó actividades con el pueblo y de carácter técnicas durante octubre y noviembre 2016, entre las cuales destacan: el festival de innovación, un queque conmemorativo a escala para cinco mil personas, una feria de la salud, un sello postal, un billete de lotería alusivo a la celebración, el foro Protección del derecho de imagen de los pacientes, una misa solemne en la Catedral Metropolitana, un acto ecuménico en las oficinas centrales y el acto oficial en el Teatro Nacional con la presencia del señor Presidente de la República, don Luis Guillermo Solís.

Además se hizo una cápsula del tiempo del 75 aniversario, que guarda parte de la memoria presente de la Institución y objetos o documentos que tienen significado para sus funcionarios, la cual se abrirá dentro de 25 años, en ocasión del centenario.

También fue una oportunidad para construir pensamiento estratégico de las posibles rutas que se deberán transitar, para atender los desafíos de cara a una CCSS Centenaria, para lo cual se realizaron: el Foro Diálogo Global sobre equidad en salud como ruta hacia el desarrollo, el Diálogo social: salvaguardar los principios de la CCSS y la publicación Metamorfosis 2041 con participación de 41 autores.

Además se realizaron actividades informativas, deportivas y culturales.



**Caja Costarricense de Seguro Social ..
Una Institución para siempre, que nos pertenece a todos.**

Acto ecuménico



Representantes de 11 denominaciones religiosas, participaron en un Acto Ecuménico donde se reflexionó sobre los distintos valores de la CCSS, en los cuales, se ha cimentado la institución tras 75 años de historia.



En un diálogo espiritual, Zelmira Pérez Hernández, de la comunidad Guamí al igual que el resto de representantes religiosos, reflexionaron sobre el significado de la vida, el amor, la solidaridad y esperanza en el quehacer de la CCSS.

Cápsula del Tiempo



En un acto simbólico y que permitirá observar los cambios que se produjeron en el actuar institucional, 25 años después, la doctora María del Rocío Sáenz, presidenta ejecutiva de la CCSS, selló la “Cápsula del Tiempo”, como parte de las actividades organizadas para festejar el 75 aniversario de la institución.



Una orden patronal, fotografías, un disco compacto con canciones de moda, algunas monedas, carné de asegurado y lista de precios de productos como: leche, pan. También la propuesta del nuevo hospital de Puntarenas y hasta la última colilla del último incremento salarial, fueron algunos de los artículos que se colocaron dentro de la “Cápsula del tiempo”.



Lágrimas, caras de asombro, abrazos...fueron muchas las emociones que se tejieron y se entrelazaron durante apertura de la Cápsula del Tiempo, que se abrirá dentro de 25 años, cuando la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) llegue a su centenario.

Feria de la Salud



Con la firme convicción de que las acciones de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad son clave para el bienestar físico, psíquico y social de la población, un diverso grupo de funcionarios de la CCSS, distribuido en 30 toldos educativos, se congregó en el Parque Central de San José para sensibilizar a la población sobre cómo proteger su salud.



El programa “Manitas limpias” es una de las estrategias institucionales que se desarrolla en comunidades, centros educativos y de salud, también se presentó en esta feria de la salud.

Foro Protección del derecho de imagen de los pacientes



Funcionarios de la CCSS y del Colegio de Periodistas de Costa Rica, realizaron un foro que tuvo como objetivo la promoción de los derechos a la vida privada, al honor, a la intimidad y a la imagen propia de los usuarios que reciben atención en los centros médicos de la institución.



Para la doctora María del Rocío Sáenz Madrigal, Presidenta Ejecutiva de la CCSS, la protección de imagen de los usuarios es un tema sensible, pues atañe al respeto a la vida privada, al honor, a la intimidad y en la institución, ha sido un tema de ocupación establecer normativa acorde con el ordenamiento jurídico vigente.

Festival de la Innovación



Ideas y proyectos innovadores que han transformado la gestión de la CCSS en beneficio de la población asegurada, fueron presentados por funcionarios de diferentes dependencias institucionales en el “Festival de Innovación: Ideas para Imitar”, que tuvo lugar en el Auditorio Nacional del Museo de Los Niños.



Treinta y cinco expositores presentaron sus historias en una jornada de transferencia de conocimientos dinámica y motivadora.



Homenaje al Dr. Enrique Obregón Valverde



La Junta Directiva de la CCSS rindió un homenaje al abogado, escritor y profesor costarricense Enrique Obregón Valverde, en reconocimiento a su aporte intelectual y político en beneficio del financiamiento del Seguro Social y la universalización de los servicios de salud en el país.



La reforma promovida es cimiento de la Seguridad Social universal que disfrutamos hoy todos los costarricenses.



El homenajeado se hizo acompañar de sus hijos: Kattia, Manuel y Miguel Obregón López, quienes se mostraron muy emotivos por el legado que su padre dejó al país y a la seguridad social.

Queque 75 Aniversario



Autoridades de la CCSS, funcionarios institucionales y miles de asistentes, se congregaron en el Parque de las Garantías Sociales, para festejar el 75 aniversario de la CCSS con un queque conmemorativo donado por diversos patrocinadores de la empresa privada.



Alrededor de cinco mil asistentes, entre pequeños y grandes saborearon el queque conmemorativo.

Patronos Solidarios



En el marco de la celebración del 75 aniversario de la institución, la CCSS realizó un reconocimiento simbólico a diversos representantes patronales del sector privado, que han contribuido responsablemente con la institución.



Los patronos que recibieron el reconocimiento han aportado ininterrumpidamente, desde marzo de 2001, sus cuotas patronales sin atrasarse un solo día, según el registro del Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE).

Santa Misa



Representantes diplomáticos, Expresidentes de la República, miembros de la Junta Directiva de la CCSS, autoridades y funcionarios de la institución, participaron en una misa de Acción de Gracias en la Catedral Metropolitana, para festejar los 75 años de existencia de la CCSS.

Acto oficial de conmemoración



El Presidente de la República, Luis Guillermo Solís Rivera, Ministros de Gobierno, autoridades institucionales y representantes del Cuerpo Diplomático y de organismos internacionales acreditados en territorio nacional, participaron en el acto oficial de celebración del 75 aniversario de la CCSS, que se desarrolló en el Teatro Nacional, el 1 de noviembre.



En el marco del acto oficial de celebración del 75 aniversario de la CCSS, la doctora María del Rocío Sáenz Madrigal anunció la decisión institucional de eliminar la “orden patronal” como requisito para la prestación de servicios de salud.



El Presidente de la República Luis Guillermo Solís Rivera firmó como testigo de honor el Manifiesto San José sobre Equidad. El Manifiesto de San José, plantea un desafío compartido. Según la doctora María del Rocío Sáenz la iniquidad en salud es éticamente inaceptable e incompatible para la convivencia pacífica y para sostener el progreso de la humanidad en equilibrio con los recursos naturales del planeta.

Diálogo Global sobre la equidad en salud como ruta hacia el desarrollo



En el marco de la celebración del 75 aniversario de la CCSS, se realizó el “Diálogo Global sobre la Equidad en Salud como ruta hacia el desarrollo”, con la participación de reconocidos expertos nacionales e internacionales, quienes debatieron sobre la equidad en salud como ruta hacia el desarrollo.



Billete de lotería

El 75 aniversario de la CCSS quedó eternizado en los diseños que la Junta de Protección Social (JPS) lanza en conmemoración de fechas especiales, como parte de los grandes acontecimientos que suceden en el país.

Sello Postal



Correos de Costa Rica se sumó a la celebración del 75 aniversario con un sello postal conmemorativo. El diseño de esta emisión especial incluye la escultura “La maternidad” del artista Francisco Zúñiga, perteneciente a la colección de obras de arte institucional y ubicada en el Hospital de las Mujeres.

Libro Metamorfosis 2041



La CCSS presentó una publicación que recoge reflexiones y desafíos de la Seguridad Social, por parte de 41 autores nacionales e internacionales, quienes plasmaron sus ideas, visiones y propuestas para enfrentar los desafíos de la seguridad social, de cara a la CCSS centenaria.

La doctora María del Rocío Sáenz dijo que el libro plantea la importancia de renovar el Pacto Social que dio origen a la CCSS para reafirmar el compromiso de Estado-Patronos y trabajadores, pilares del sistema de solidario de la Seguridad Social de Costa Rica.

Diálogo Social



Con el objetivo de generar un diálogo social para la defensa y fortalecimiento del modelo de seguridad social en general y en particular de la CCSS, se realizó el “Diálogo social salvaguardar los principios de la CCSS de universalidad, solidaridad, igualdad y equidad”, en el auditorio del Centro de Desarrollo Social (Cedeso), el 26 de octubre.

La actividad fue organizada por la Confederación de Trabajadores Rerum Novarum (CTRN), el Sindicato Nacional de Enfermería (SINAE) y la Caja Costarricense de Seguro Social, por considerar que la CCSS es una de las instituciones insignia, que ayuda desde todo punto de vista a la paz social del país.

Cinco representantes sindicales hablaron sobre ¿Cuál es la ruta para renovar el pacto social que dio origen a la CCSS, sustentada en sus principios de universalidad, solidaridad, igualdad y equidad.

Muestra artística Mujer, musa inspiradora del arte



La muestra artística “Mujer, musa inspiradora del arte”, fue parte de las actividades del 75 aniversario y se realizó en el Museo Rafael Ángel Calderón Guardia, durante el mes de agosto. Fue una actividad abierta al público y se presentaron diversas obras de la colección de arte de la Caja Costarricense de Seguro Social.



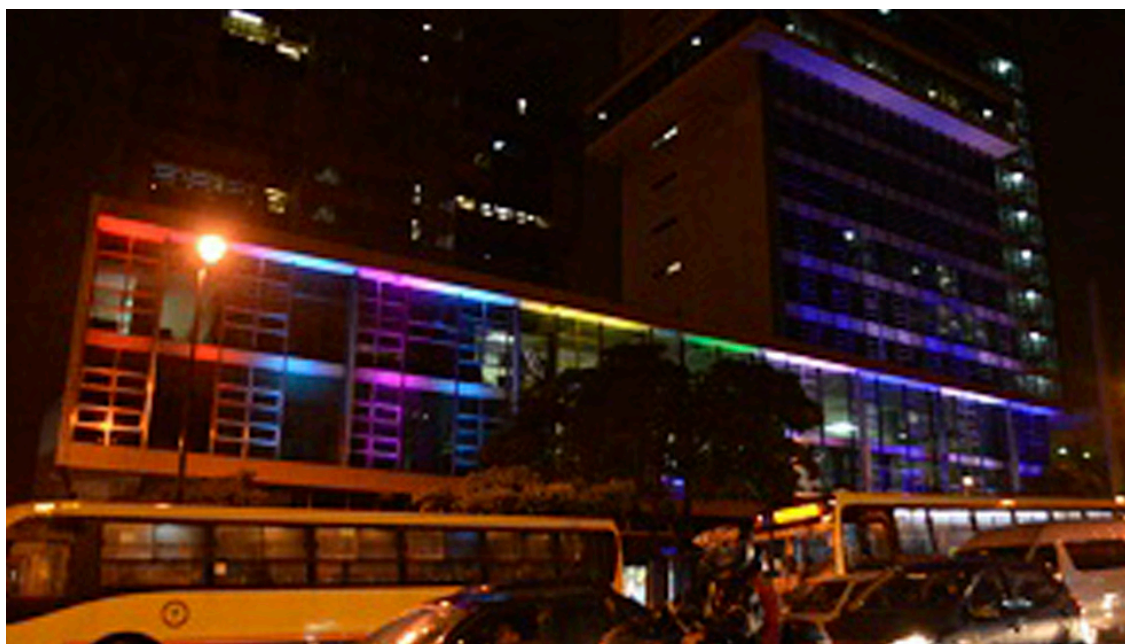
Un total de 45 piezas de pintura, grabado y escultura, mostraron como cada artista “asume la singularidad de lo femenino y como plantea este discurso en su obra”, en una temporalidad del siglo XX. Por ejemplo, las esculturas inspiradas particularmente en la maternidad, lo cual está relacionada con la naturaleza de la institución.

Somos negro somos color



Como parte de la celebración del 75 aniversario, ballet folclórico Nayuribes y el grupo Caja de sorpresas presentaron es espectáculo “Somos negro somos color”, en el Teatro Melico Salazar, el 2 y 3 de noviembre. La presentación artística fue un homenaje a quienes mantienen viva la tradición del boyeo y la carreta, como un reconocimiento a la vida campesina, sus conocimientos y costumbres.

La CCSS se iluminó de azul



Los costarricenses que transitaron por la avenida segunda, observaron de color azul la fachada norte del edificio de la sede central de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), por motivo del 75 aniversario de la CCSS. La iluminación evocó los 75 años de servicio y solidaridad con el pueblo tico. El color azul es reflejo del espíritu de solidaridad del que todos somos parte, “se puede decir, que no hay costarricense que imagine a Costa Rica, sin la Caja Costarricense de Seguro Social”

Carrera recreativa del 75 aniversario



Un total de tres mil atletas aceleraron su paso para vencer el sedentarismo en la XXXV edición de la Carrera recreativa de la CCSS, cuyo principal objetivo fue promover la actividad física y la práctica de hábitos de vida saludable, que impacten positivamente en la población.

Carrerón del escalón



Promover la actividad física y prevenir las enfermedades cardiovasculares, fueron los principales objetivos del tradicional “Carrerón del Escalón”, que la CCSS realizó en sus Oficinas Centrales.





www.ccss.sa.cr