

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL



MEMORIA INSTITUCIONAL

Tabla de contenidos



www.ccss.sa.cr

MEMORIA INSTITUCIONAL

[Tabla de contenidos](#)



Tabla de contenidos

Presentación	vii
--------------------	-----

Capítulo I. Estructura organizacional 1

Introducción	2
Miembros de Junta Directiva.....	2
Miembros de la administración superior	4
Misión y Visión Institucional	8
Organización.....	8
Red de Servicios de Salud.....	9
Regionalización.....	13
Niveles de atención	14
Tipos de establecimientos de salud.....	14
Listado de Sucursales y Agencias	16
Organigrama	19

Capítulo II. Aspectos generales..... 20

Introducción	21
Cobertura	21
Prestaciones en dinero	23
Crecimiento del gasto durante el año.....	24
Seguro de Salud gastos directos e indirectos y su relación.....	26
Estado de productos y gastos Seguro de Salud	26
Balance de situación comparativo Seguro de Salud	28
Estado de productos y gastos Seguro de Pensiones	30
Balance de situación comparativo Seguro de Pensiones	32
Régimen No Contributivo de Pensiones, estado de productos y gastos	34
Fondo Nacional de Mutualidad casos tramitados y pagos efectuados según tipo de asegurado	36
Producción en salud	37

Capítulo III. Gestión Financiera 51

Introducción	52
Proceso Aseguramiento Contributivo	52
Gestión en materia de aseguramiento y generación de cuotas.....	52
Coberturas especiales.....	55
Proceso Recaudación Física-Virtual y Cobros	57
Gestión cobratoria.....	57
Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE).....	64
Proceso Administración Financiera	70
Gestión Financiero Contable	70
Fondo Retiro Ahorro y Préstamo.....	79
Proceso Asignación y Optimización de recursos Financieros	89

Capítulo IV. Gerencia Médica..... 95

Introducción	96
Apertura de plazas para médicos especialistas en horarios no tradicionales.....	96
Atención a los pacientes con cáncer	97
a. Incremento sustancial en la inversión en promoción de estilos de vida saludables	97
b. Documentos técnicos de normalización para la atención integral de los tipos de cáncer prioritarios	97
c. Adquisición de equipos para diagnóstico y tratamiento del cáncer	97
Fortalecimiento de la cirugía ambulatoria en centros periféricos.....	98
Gestión oportuna de la atención de los pacientes	98
a. Atención oportuna de los pacientes que requieren la realización y reportes de mamografías	98
b. Conformación de equipos itinerantes de técnicos en radiología	98
c. Implementación de un centro de radiodiagnóstico para la realización de interpretaciones de mamografías.....	99
d. Revisión de los procesos de interpretación y reporte en el centro de citologías	99
e. Implementación de mecanismo de ruteo para el traslado de pacientes	99
f. Realización de jornadas de trabajo y campañas en la red de Servicios de Salud	99

Inversión en mejoramiento de la infraestructura de los servicios de salud	99
a. Infraestructuras en las regiones	99
b. Otros proyectos	100
Programas de capacitación y su impacto en la salud y la seguridad social del país.....	100
Atención oportuna derivada del terremoto de Nicoya	106
Donación y trasplantes	106
a. Programa renal de mayor éxito en Iberoamérica	107
b. Liderazgo en prevención del tráfico ilícito de órganos	107
c. Nuevo Banco de Células Madre de Cordón Umbilical.....	108
d. Participación activa en la discusión del Proyecto de Ley 18.246	108
Atención a población indígena	108

Capítulo V. Gerencia Infraestructura y Tecnología en Salud - Vector de desarrollo 109

Introducción	110
Infraestructura.....	111
Equipo médico	119
Equipo industrial.....	122
Otras acciones de desarrollo de la gestión en mantenimiento	122
Tecnología de Información y Comunicación.....	123
Logros en los sistemas desarrollados	125
Población nacional con expediente digital.....	128
Otras acciones	131

Capítulo VI. Gerencia Logística Institucional 133

Introducción	134
Resultados	135
Inversión en el Laboratorio de Productos Farmacéuticos	146
Inversión en el Laboratorio de Soluciones Parenterales	147
Inversión en la Lavandería Central	147
Inversión en la Fábrica de ropa	148

Capítulo VII. Gerencia Administrativa 149

Introducción	150
De los Recursos Humanos	150
1. Creación de plazas institucionales en el año 2012	150
2. Políticas en materia salarial.....	153
3. Gastos en servicios personales	153
4. Uso de las tecnologías de información al servicio de los usuarios internos y externos.....	157
De las acciones en Igualdad y Equidad de Género	158
Del Desarrollo Organizacional	159
De los compromisos de gestión	159
De los servicios institucionales	161
• Reorganización del sistema de transporte de pacientes	161
• Modelo de ruteo por núcleos	161
• Programa de fortalecimiento de la seguridad institucional	162
• Desarrollo de estudios técnicos integrales para edificaciones institucionales	163
De los sistemas administrativos.....	163
• Mapa de Procesos Institucional.....	163
• Autoevaluación.....	164
• Fortalecimiento de capacidades en control interno	165
• Simplificación de trámites.....	165
Del bienestar laboral	166
De la comunicación organizacional	167

Capítulo VIII. Gerencia de Pensiones: Un pilar fundamental 170

Introducción	171
Pensionados del Régimen de IVM.....	172
Régimen No Contributivo	172

Cobertura del Seguro de Pensiones	173
Dirección de Calificación de la Invalidez	175
• Casos valorados y egresados de trámites de pensión por invalidez del Seguro de IVM.....	175
• Casos valorados y egresados de trámites de pensión por invalidez del RNC	176
• Causalidad de Invalidez	177
Inversiones.....	178
a. Panorama económico-financiero internacional y local.....	178
b. Situación de las inversiones	182
Préstamos hipotecarios	185
a. Resultados de colocación	185
b. Proceso de Colocación Hipotecaria del IVM año 2012, según ubicación geográfica.....	188
Las Prestaciones Sociales...la tercera línea de servicios de la Caja.....	190

Capítulo IX. En busca de la eficiencia, el control y la transparencia 192

Introducción	193
Área Servicios Financieros	193
Área Servicios de Salud	196
Área Servicios Administrativos, Abastecimiento e Infraestructura	198
Área Tecnología de Información y Comunicación.....	201
Área Gestión Operativa	203

Capítulo X. Reformas reglamentarias..... 208



Doctora Ileana Balmaceda Arias
Presidenta Ejecutiva CCSS

PRESENTACIÓN

El presente documento contiene un recuento de la labor institucional de la Caja Costarricense de Seguro Social, enmarca un tiempo de transición de una entidad que emerge de la estrechez financiera que la aquejó en los últimos años y lo hace gracias al aporte de patronos, trabajadores y el estado como principales fuentes de donde capta los recursos y mediante el uso racional de los servicios, tanto de usuarios como de su legión de trabajadores en todo el territorio nacional, quienes han mostrado su mística, altruismo y compromiso con una de las mayores empresas, pilar fundamental de nuestro régimen de libertades.

Como se observará en el detalle de lo consignado, la mejora en la gestión se logró sin sacrificar un solo programa a favor de la población adscrita, por el contrario, aumentó la oferta de servicios, se incrementó la inversión en infraestructura y equipos, en la provisión de medicamentos bajo los parámetros de excelencia del riguroso control de calidad institucional, en síntesis, la estrechez financiera en ningún momento significó parálisis de los quehaceres estratégicos.

Los tres bastiones de los servicios que ofrece CCSS, a saber: Salud, Pensiones y las Prestaciones Sociales, muestran su solidez, no obstante; como todo proceso vivo demandan el análisis permanente, porque el mayor daño nace de la indolencia, producto de la comodidad por lo alcanzado, sin la crítica constructiva y la acción cotidiana que posibiliten ajustar las velas que nos permitan navegar hacia buen puerto.

En materia de salud, los indicadores nos muestran como una entidad altamente exitosa, donde con un ingreso per cápita que si acaso supera la media de los países desarrollados, hemos logrado índices comparables con naciones de primer mundo, caracterizada por la alta esperanza de vida, la baja mortalidad infantil y los padecimientos propios de pueblos con altos ingresos, entre los que destacan la enfermedad cardiovascular, cáncer y los padecimientos crónicos como la hipertensión o la diabetes como principales causas de morbi-mortalidad.

En materia de pensiones, durante el periodo aquí consignado, se logró un importante acuerdo con la Superintendencia de Pensiones (SUPEN) que posibilitará una valuación conjunta del mayor régimen previsional, a saber el de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) que administra la CCSS y permitirá el análisis objetivo con visión de largo plazo, encaminado a darle la sostenibilidad requerida, especialmente a favor de las futuras generaciones que recién se integran al mercado laboral.

En prestaciones sociales el panorama es halagüeño, se han fortalecido los programas a favor de la población adulta mayor que cada día ocupa mayor espacio en el perfil demográfico del país, pero además, hemos profundizado en programas como la dotación de prótesis confeccionadas con los mejores materiales, la entrega de implementos que aumenten y mejoren la calidad de vida de personas que han sido intervenidas en patologías como cáncer, hemos organizado estrategias de traslado de personas desde diversos sitios, mediante un plan piloto iniciado en la provincia de Guanacaste, donde no sólo hemos ganado en ahorros para las arcas institucionales, pero lo mejor, se le ha facilitado la atención de citas a las personas que se desplazan desde las diversas comunidades de la región hasta los hospitales que son cabeza de red como el México.

Estoy segura que la revisión objetiva y desapasionada de lo que aquí se consigna, evidenciará la labor comprometida de la Junta Directiva, la acción gerencial, el compromiso de los trabajadores y trabajadoras, el soporte solidario de todos quienes concurren para hacer posible este milagro país, denominado Caja Costarricense de Seguro Social.

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

Capítulo I

Estructura Organizacional

[Empezar Capítulo](#)

[Tabla de contenidos](#)

Introducción

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

Miembros de Junta Directiva

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



(De izquierda a derecha) Lic. José Joaquín Meléndez, Lic. Adolfo Gutiérrez Jiménez, Sra. Aixa Solera Picado, Sr. José Luis Loría Chaves, Dra. Ileana Balmaceda Arias. Presidenta ejecutiva y presidenta de Junta Directiva, Dr. Óscar Ricardo Fallas Camacho, vicepresidente, Lic. Edgar Marín Carvajal, Sr. Carlos Nieto Guerrero e Ing. José Manuel Salas Carrillo.

Representantes del Estado

Dra. Ileana Balmaceda Arias.
Presidenta ejecutiva y presidente de Junta Directiva

Dr. Óscar Ricardo Fallas Camacho, vicepresidente

Aixa Solera Picado

Representantes de los patronos:

Ing. José Manuel Salas Carrillo

Lic. Adolfo Gutiérrez Jiménez

Lic. Edgar Marín Carvajal

Representantes de los trabajadores:

Lic. José Joaquín Meléndez
Movimiento Sindical

Sr. José Luis Loría Chaves
Movimiento Cooperativo

Sr. Carlos Nieto Guerrero
Movimiento Solidarista

Miembros de la administración superior



Gerencia Administrativa
Lic. Luis Fernando Campos Montes



Gerencia Médica
Dra. María Eugenia Villalta Bonilla



Gerencia Financiera
Lic. Gustavo Picado Chacón



Gerencia de Pensiones
Lic. José Luis Quesada Martínez



Gerencia de Infraestructura y Tecnología
Arq. Gabriela Murillo Jenkins



Gerencia de Logística
Ing. Dinorah Garro Herrera



Auditor Interno
Lic. Jorge Arturo Hernández Castañeda



Sub- Auditor Interno
Lic. Olger Sánchez Carrillo

Misión y Visión Institucional

Misión

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

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

Visión

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

Organización

Durante el año 2012 se conforma el equipo técnico intergerencial para revisar la estructura funcional y organizacional del nivel central.

Como resultado del análisis realizado, se elaboró el “Diagnóstico de la Estructura Funcional y Organizacional del Nivel Central”, en donde se recomendó la necesidad de reestructurar el nivel central de la Institución. Este documento fue conocido por la Junta Directiva en el artículo 2° de la sesión N° 8598, celebrada el 28 de agosto de 2012, instruyendo a la Administración para que inicie el proceso de reestructuración organizacional, a efecto de lograr mayor efectividad en la gestión. Esta labor recayó en cada Gerencia, quienes deben de articular sus propuestas para aprobación de la Junta Directiva.

Para ordenar y orientar el proceso de reestructuración, se diseñó el documento “Marco General para la reestructuración organizacional del nivel central”, aprobado por la Junta Directiva en la sesión del 28 de agosto de 2012, en el cual se establecieron los criterios y los principios orientadores que se deben considerar para definir la nueva organización, entre otros aspectos relevantes.

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; se basa en protocolos de atención y relaciones de mutua colaboración. La CCSS ha definido tres redes de servicios de salud:

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

I NIVEL DE ATENCIÓN

II NIVEL DE ATENCIÓN

III NIVEL DE ATENCIÓN

CLASIFICACIÓN DE ÁREAS DE SALUD SEGÚN OFERTA OBSERVADA 2006

REGIÓN CENTRAL SUR

EBALS
Conformados

11 DESAMPARADOS 1

20 DESAMPARADOS 2

13 DESAMPARADOS 3

5 ACOSTA

14 ASERRI

0 HATILLO

16 ALAJUELITA

24 PAVAS

10 PURISCAL
TURRUBARES

0 MATA REDONDA
HOSPITAL

10 ESCAZÚ

6 MORA PALMICHAL

10 SANTA ANA

ASERRI

PAVAS

SANTA ANA

DESAMPARADOS 1
(Clínica Dr. Marcial
Fallas Díaz)

HATILLO
(Clínica Dr. Solón
Núñez Frutos)

MATA REDONDA-HOSPITAL
(Clínica Dr. Ricardo
Moreno Cañas)



II SEMESTRE
2010



Hospital Nacional
de Niños

Hospital Nacional
de Geriátrica y
Gerontología

Hospital Nacional
de las Mujeres

Hospital
San Juan de
Dios

Hospital Nacional
Psiquiátrico

Hospital Dr.
Chacón Paut

CENARE

REGIÓN BRUNCA

9 BUENOS AIRES

19 PÉREZ ZELEDÓN

9 CORREDORES

15 COTO BRUS

8 GOLFITO

10 OSA

Hosp. de
Ciudad Neily

Hosp. de
San Vito

Hosp. de
Golfito

Hosp. Tomás
Casas

Hosp. Escalante
Pradilla

SIMBOLOGÍA

Hosp. Nac.
Especializado

Hosp. Nac.
General

Hospital
Regional

Hospital
Periférico

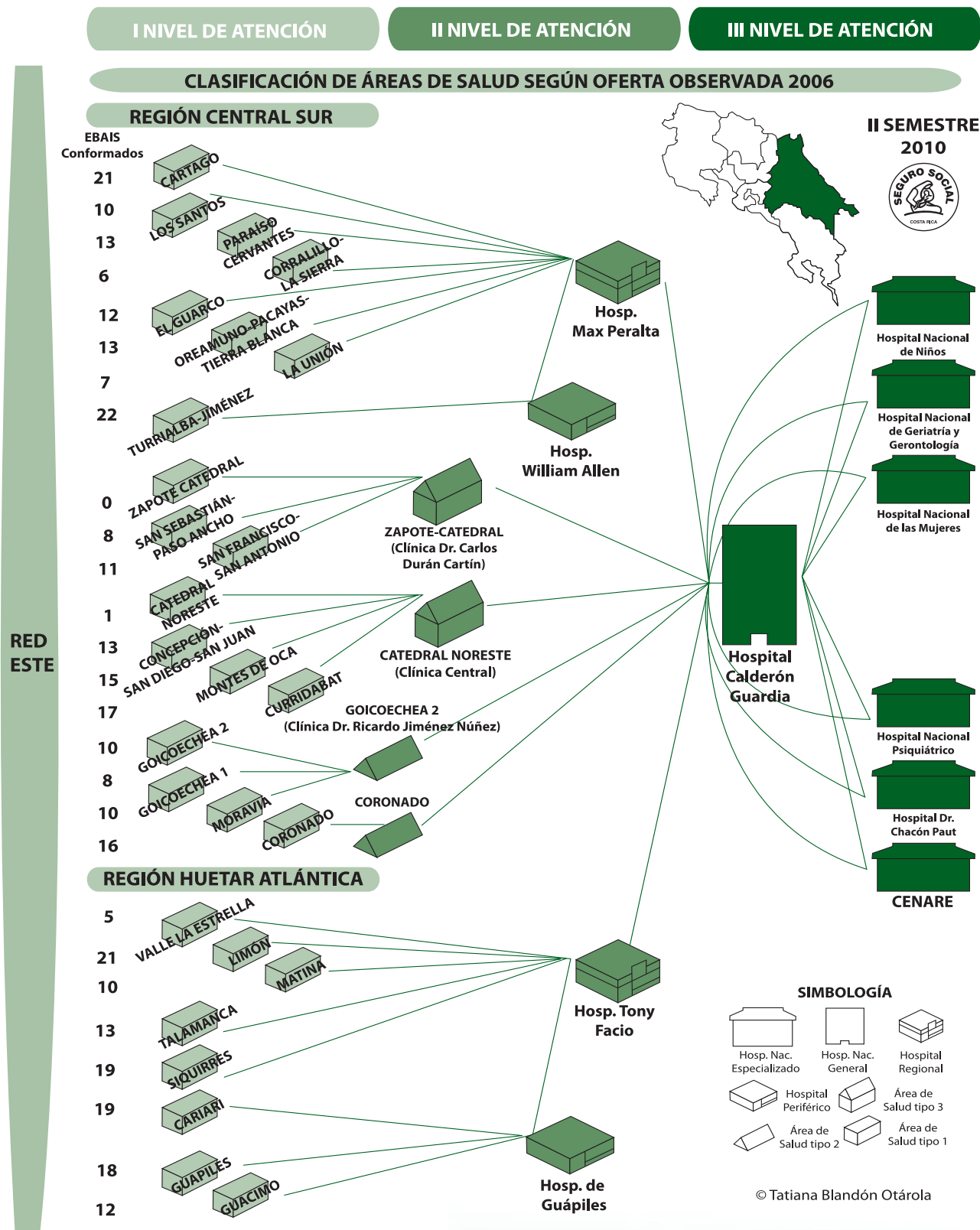
Área de
Salud tipo 3

Área de
Salud tipo 1

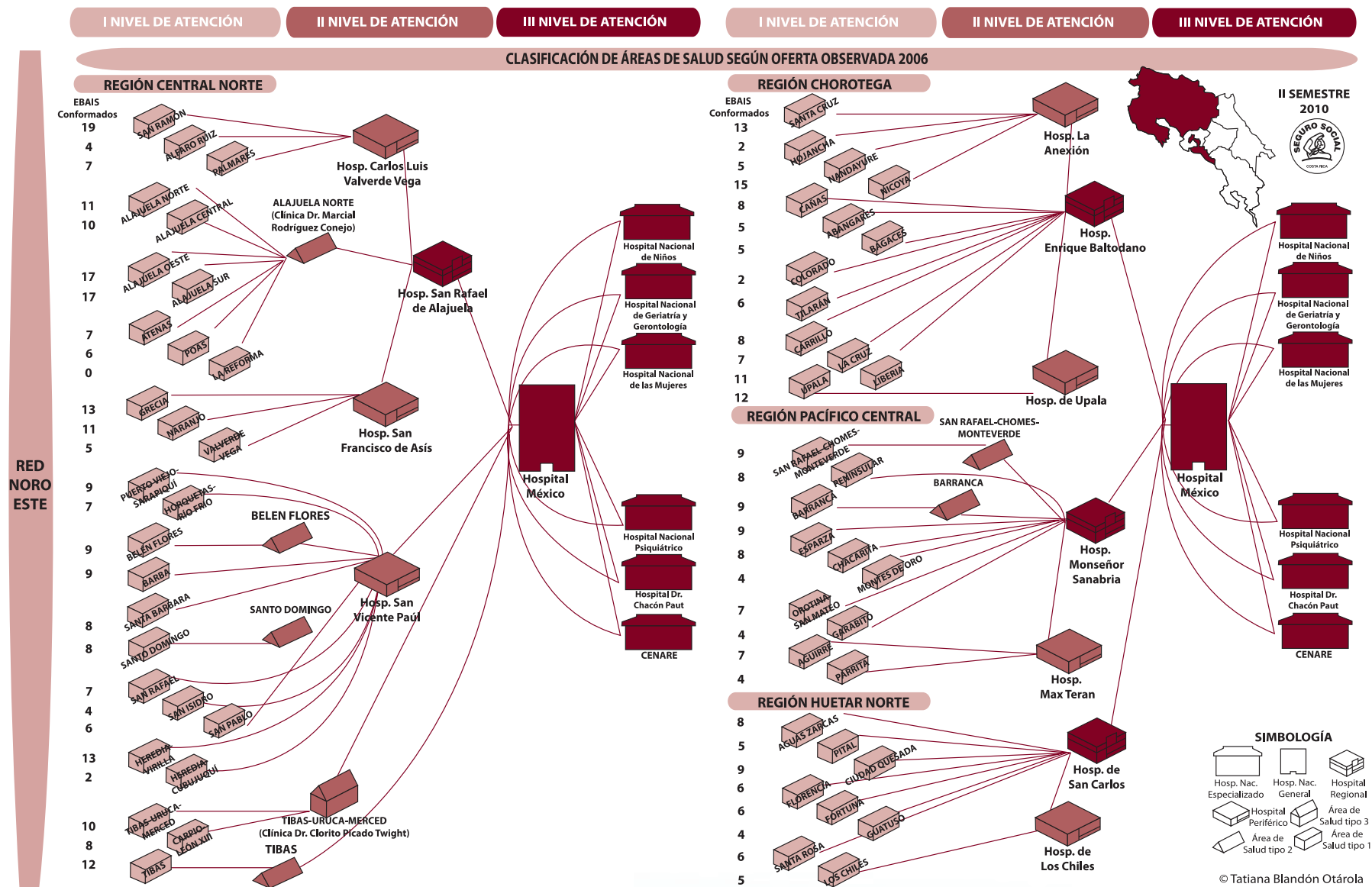
© Tatiana Blandón Otárola

RED
SUR

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



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



Regionalización

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



Niveles de atención

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

- **Primer nivel:** Áreas de salud tipo 1; comprenden las acciones más elementales o básicas del sistema.
- **Segundo Nivel:** Áreas de salud tipo 2 y 3, hospitales periféricos 1, 2 y 3 y hospitales regionales
- **Tercer Nivel:** Hospitales nacionales generales y especializados; corresponden a agrupaciones de servicios de diferente grado de especialización y complejidad mayor, que actúan en general sobre la base de referencia del primer nivel.

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

Tipos de establecimiento de salud de la CCSS (al 31 de diciembre del 2012)

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

Áreas de salud

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

Sector

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

EBAIS

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

Sedes de área de salud

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

Sedes de EBAIS

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

Puestos de vista periódica (PVP)

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

Listado de Sucursales y Agencias

Región Central

SUCURSAL
Dirección Regional 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

Región Chorotega

SUCURSAL
Dirección Chorotega
Puntarenas
Esparza
Miramar
Chomes
Bagaces
Cañas
Liberia
Tilarán
Abangares
La Cruz
Filadelfia
Nicoya
Jicaral
Santa Cruz
Upala
Nuevo Arenal
Hojancha
Nandayure
27 de Abril
Cóbano*
Monte Verde
Guatuso

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

Región Brunca

SUCURSAL
Dirección Regional
Pérez Zeledón
Buenos Aires
Palmar
Ciudad Nelly
San Vito
Parrita
Quepos
Golfito
La Cuesta

Región Huetar Atlántica

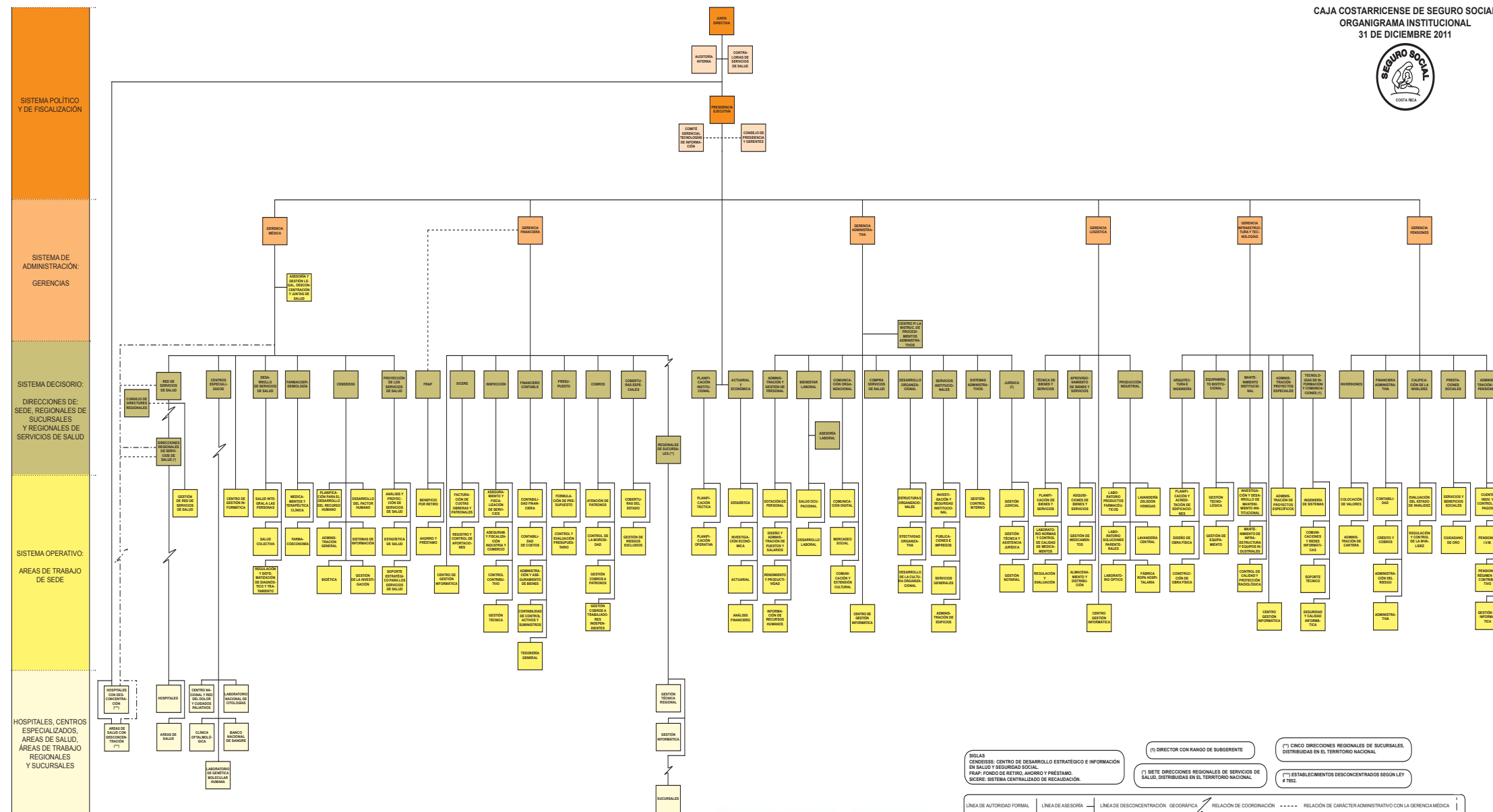
SUCURSAL
Dirección Regional
Limón
Fortuna
Batán
Siquirres
Guápiles
Río Frío
Ticabán
Sixaola
Puerto Viejo-Sarapiquí
Cariari
Roxana
Guácimo
La Perla
Bribri
El Carmen

Región Huetar Norte

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

ORGANIGRAMA

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL
31 DE DICIEMBRE 2011



Elaborado por: Dirección de Desarrollo Organizacional

Capítulo II

Aspectos generales

[Empezar Capítulo](#)

[Tabla de contenidos](#)

Introducción

Uno de los aspectos que más llaman la atención en una Institución como la Caja Costarricense de Seguro Social es conocer tanto su cobertura contributiva como la cobertura de atención que ofrece en sus diferentes servicios. En este capítulo incluimos esa información mediante la cual se pueden construir indicadores para determinar la eficiencia institucional en sus diferentes ámbitos.

Cobertura

El porcentaje de cobertura contributiva del Seguro de Salud con respecto a la población total para el año 2012 se estima en un 93,4%, porcentaje que se mantiene con respecto al año 2011, manteniendo la tendencia creciente especialmente en las categoría de aseguramiento directo de asalariados, cuenta propia, y pensionados de IVM.

POBLACIÓN NACIONAL POR CONDICIÓN DE ASEGURAMIENTO POR AÑO COSTA RICA: 2011 – 2012. (a junio)

CONDICIÓN DE ASEGURAMIENTO	2011		2012	
	#	%	#	%
Total	4.614.498	100,0	4.667.076	100,0
Directo asalariado	1.108.807	24,0	1.144.159	24,5
Directo cuenta propia	318.045	6,9	344.830	7,4
Directo por convenio	71.476	1,5	68.794	1,5
Cuenta del Estado y Familiares	422.110	9,1	401.519	8,6
Familiar de aseg. directo act.	1.956.462	42,4	1.948.407	41,7
Pensionado IVM	179.878	3,9	190.689	4,1
Pensionado regímenes especiales	59.707	1,3	59.914	1,3
Pensionado RNC	91.238	2,0	94.115	2,0
Familiar de pensionado	116.061	2,5	115.583	2,5
No asegurado	290.713	6,3	299.066	6,4

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

Como se puede desprender del siguiente cuadro, el Seguro de Salud a junio del año 2012, registra 1.557.783 trabajadores, lo cual implica un crecimiento de 3,9% con respecto al año 2011 y representa una cobertura contributiva del 69,5% de la Población Económicamente Activa (PEA).

Por otra parte, la cobertura del Seguro de Salud respecto a la PEA asalariada se mantiene cercana al 67%, y en términos absolutos mostró un crecimiento de unos 59 mil trabajadores, explicado por su concentración en el sector asalariado de la Empresa Privada, lo cual evidencia el proceso de recuperación posterior a la crisis enfrentada en el año 2009. Las Instituciones Autónomas y el Gobierno mantuvieron el nivel de trabajadores asegurados producto de las políticas de restricción del gasto público.

Asimismo, los trabajadores no asalariados afiliados, mostraron un incremento absoluto de unas 24 mil personas, lo que implica un crecimiento cercano al 6% con respecto al año 2011. La tasa de cobertura de esta PEA no asalariada se ubica cerca del 84%.

**SEGURO DE SALUD
PATRONOS, TRABAJADORES Y MASA COTIZANTE
POR AÑO, SEGÚN SECTOR INSTITUCIONAL.
JUNIO 2011 - 2012**

SECTOR INSTITUCIONAL	PATRONOS		TRABAJADORES		MASA COTIZANTE ¹	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
TOTAL	74.944	76.869	1.498.328	1.557.783	580.521	655.871
ASALARIADOS	74.833	76.759	1.108.807	1.144.159	517.675	589.445
Empresa Privada	63.853	65.473	813.154	845.623	294.226	326.050
Servicio Doméstico	9.767	10.067	12.985	13.256	1.777	1.911
Inst. Autónomas	1.212	1.218	154.545	155.209	129.196	160.426
Gobierno Central	1	1	128.123	130.071	92.476	101.058
NO ASALARIADOS	111	110	389.521	413.624	62.846	66.426
Cuenta Propia	-	-	318.045	344.830	53.700	57.677
Convenios Especiales	111	110	71.476	68.794	9.146	8.749

Fuente: Dirección Actuarial Y Económica. Área de Estadística

¹ Cifras en millones de colones

En cuanto al Seguro de Pensiones de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el 2012 presenta una cobertura de 1.379.961 trabajadores, lo cual implica un crecimiento cercano al 3,6% respecto al año 2011. Este incremento está explicado por el incremento de 30 mil trabajadores asalariados y cerca de 20 mil trabajadores no asalariados, donde se muestra una disminución en el número de trabajadores por Convenios Especiales, debido a una revisión de la aplicación de

la obligatoriedad de cotización al Régimen de Pensión. Mientras que se muestra un incremento en los Trabajadores por Cuenta Propia explicado por la aplicación de la Ley de Migración y a los esfuerzos por incrementar la cobertura realizados por la institución. En resumen, la cobertura del Seguro de Pensiones respecto a la PEA, mostró un nivel cercano al 63%.

**SEGURO DE PENSIONES
PATRONOS, TRABAJADORES Y MASA COTIZANTE
POR AÑO, SEGÚN SECTOR INSTITUCIONAL
JUNIO 2011 - 2012**

SECTOR INSTITUCIONAL	PATRONOS		TRABAJADORES		MASA COTIZANTE ¹	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
TOTAL	74.810	76.722	1.332.584	1.379.961	499.336	564.864
ASALARIADOS	74.703	76.616	1.014.196	1.043.934	448.124	510.592
Empresa Privada	63.728	65.339	805.177	835.888	290.533	321.296
Servicio Doméstico	9.762	10.059	12.971	13.234	1.774	1.907
Inst. Autónomas	1212	1217	142.491	141.918	121.489	151.120
Gobierno Central	1	1	53.557	52.894	34.328	36.269
NO ASALARIADOS	107	106	318.388	336.027	51.212	54.272
Cuenta Propia	-	-	259.016	279.718	43.628	47.154
Convenios Especiales	107	106	59.372	56.309	7.584	7.118

Fuente: Dirección Actuarial Y Económica. Área de Estadística

¹ Cifras en millones de colones

Prestaciones en dinero

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

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

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

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

Crecimiento del gasto durante el año

El total de prestaciones en dinero, crece un 8,4% con respecto al año anterior, lo cual representó una disminución importante, más de 6 puntos porcentuales, ya que esta misma tasa ascendió a un 14,8% en el año 2011. Lo que más influyó en este decrecimiento, está relacionado con la caída en la tasa de crecimiento de las licencias por maternidad (pasó de un 20,7% en el año 2011 a un 4,6% para el año 2012). Los Subsidios por Enfermedad también decrecieron en el nivel de gasto, aunque en menor proporción, pasando de un 15,1% en el año 2011 a un 13,9% en el 2012.

El gasto por Atención Externa de los Servicios de Salud creció en términos absolutos en ¢2.305,5 millones y esto significó una tasa de 7,0%.

Los subsidios que se pagan por concepto de DESAF Pacientes en Fase Terminal, crecen un 11,5%, que contrasta con las tasas altas de años anteriores y que están relacionadas con la gran promoción institucional que se estuvo haciendo de esta ayuda monetaria a familiares de pacientes en fase terminal.

El rubro de Accesorios Médicos que incluye –entre otros- los beneficios de prótesis, anteojos, creció con respecto al 2011 en un 9,6 por ciento.

El rubro Indemnizaciones por Mala Praxis presenta pagos por este concepto en el año 2012, por ¢36,7 millones, mientras que no se contabilizaron registros en el año 2011 y por eso su tasa de crecimiento de un 100%.

Finalmente, en el rubro de “Fondo Mutual” se registran los beneficios cancelados por este concepto a los pensionados de IVM, pensionados del Estado, pensionados del RNCP, a los Asegurados Directos, de los Convenios, Asegurados del Estado y de los Viudos. Este gasto registra un incremento absoluto de ¢45,3 millones y una tasa de crecimiento de un 4,2% con respecto al año 2011.

**SEGURO DE SALUD
PRESTACIONES EN DINERO
CCSS: 2011-2012
-en millones de colones-**

CONCEPTO	IMPORTES SEGÚN AÑO		VARIACIONES	
	2011	2012	Absoluta	Relativa
TOTALES	104.699,3	113.493,3	8.794,0	8,4
Subsidios de Enfermedad	41.420,4	47.178,0	5.757,6	13,9
Subsidios de Maternidad	12.577,5	13.158,9	581,3	4,6
Subsidios Riesgos Trab.Emplea. CCSS	26,5	11,6	-14,8	-56,0
Subsidio Accidentes de Tránsito	2.104,1	2.561,9	457,8	21,8
DESAF Pacientes Fase Terminal 1/	934,2	1.041,6	107,4	11,5
Traslados y Hospedajes	4.408,0	4.381,5	-26,5	-0,6
Traslados Cruz Roja	5.675,4	4.873,3	-802,1	-14,1
Atención Externa Servicios de Salud	32.862,7	35.168,2	2.305,5	7,0
Accesorios Médicos 2/	3.616,1	3.961,9	345,8	9,6
Fondo Mutual	1.074,3	1.119,7	45,3	4,2
Indemniz. Resol.Judicial Administrativa	-	36,7	36,7	100,0

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

2/ Incluye anteojos, prótesis y otros



Con un total de 150 niños de las escuelas Tuetal Norte y la Timoleón Morera, la CCSS conmemoró el Día Mundial del Lavado de Manos en el museo Juan Santamaría en Alajuela.

Seguro de Salud gastos directos e indirectos y su relación

Al 31 de diciembre de 2012, los gastos totales estimados del Seguro de Salud ascienden a ₡1,281.1 millones de colones. De ellos, el 55,5% corresponde a gastos de Hospitalización, 21,5% a Consulta Externa de Hospitales y Clínicas mayores y 22,2% a Áreas de Salud y Cooperativas.

Respecto al total de gastos, los directos representan un 84,3% y los indirectos un 15,6%.

CUADRO N° 1
SEGURO DE SALUD
GASTOS DIRECTOS E INDIRECTOS Y SU RELACIÓN
AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2012
(Cifras en millones de colones)

SERVICIOS	DIRECTOS	INDIRECTOS	TOTALES	%
Hospitalización	618 873,97	92 534,38	711 408,35	55,53%
Consulta Externa	171 080,43	104 220,49	275 300,92	21,49%
Consulta Odontológica	6 516,53	1 081,70	7 598,22	0,59%
Prótesis Dental	239,67	50,43	290,10	0,02%
Medicina Mixta	37,45	1 512,81	1 550,26	0,12%
Medicina de Empresa	-	1 091,37	1 091,37	0,09%
Áreas de Salud**	283 865,12	-	283 865,12	22,16%
GASTO INSTITUCIONAL	1 080 613,16	200 491,18	1 281 104,34	100,00%

Fuente: CCSS Gerencia Financiera, Dirección Financiero Contable, Subárea Contabilidad Costos Hospitalarios.

** Incluye Cooperativas

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 ₡1,280.87 millones de colones y representan el 78.9% del total de los ingresos. Estas registran un aumento del 14.8% con respecto al año anterior.

El siguiente rubro en importancia lo constituyen Otros Productos, los cuales aumentaron un 122.8% respecto al año pasado, ascendiendo a la suma para el presente año de ₡205.715.0 millones de colones, monto que representa el 12.7% 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 ₡ 1,536.309 millones de colones

CUADRO N° 2
SEGURO DE SALUD
ESTADO DE PRODUCTOS Y GASTOS
PERIODO 2012-2011
(MILLONES DE COLONES)

	AÑOS				VARIACIONES	
	31-12-12		31-12-11		ABSOLUTA	RELATIVA
PRODUCTOS						
Cuotas Particulares	1 280 872	78,9%	1 115 701	80,3%	165 171	14,8%
Cuotas Estado	26 417	1,6%	23 698	1,7%	2 719	11,5%
Productos Servicios Administrativos	88 357	5,4%	19 502	1,4%	68 856	353,1%
Productos Servicios Médicos	22 404	1,4%	137 655	9,9%	-115 251	-83,7%
Otros Productos	205 715	12,7%	92 322	6,6%	113 393	122,8%
TOTAL PRODUCTOS	1 623 766		1 388 878		234 888	16,9%
GASTOS						
Servicios Personales	804 800	52,4%	767 873	55,4%	36 926	4,8%
Servicios No Personales	68 418	4,5%	62 254	4,5%	6 165	9,9%
Consumo Materiales y Suministros	211 284	13,8%	202 894	14,6%	8 390	4,1%
Aportes y Contribuciones	174 354	11,3%	165 833	12,0%	8 522	5,1%
Depreciaciones	30 817	2,0%	28 909	2,1%	1 908	6,6%
Subsidio Seguro de Salud	63 952	4,2%	57 063	4,1%	6 889	12,1%
Otras Prestaciones	49 541	3,2%	47 637	3,4%	1 905	4,0%
Becas y Capacitación	1 555	0,1%	1 901	0,1%	-346	-18,2%
Gasto Estimación Cuentas de Dudo Cobro	6 460	0,4%	13 775	1,0%	-7 314	-53,1%
Otros Gastos	106 793	7,0%	14 131	1,0%	92 662	655,8%
Ajustes Periodos Anteriores	18 334	1,2%	24 508	1,8%	-6 174	-25,2%
TOTAL GASTOS	1 536 309		1 386 776		149 533	10,8%
RESUMEN						
Productos Acumulados	1 623 766		1 388 878		234 888	16,9%
Gastos Acumulados	1 536 309		1 386 776		149 533	10,8%
EXCESO PRODUCTOS SOBRE GASTOS	87 457		2 102		85 355	4061,3%

Fuente: CCSS, Gerencia Financiera. Estado Financiero Seguro de Salud al 31 de diciembre de 2012.

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 2012, además de la comparación con su similar del año 2011, en el cual se denotan las variaciones nominales y relativas entre ambos años.

Dentro del rubro de Activos notamos una variación de un 8.5% debido principalmente al crecimiento del rubro Inversión (Títulos, Bonos, Certificados) producto de la adquisición de un período a otro de títulos a la vista y a corto plazo por parte del Área de Tesorería donde se mantienen temporalmente como reserva con el fin de cubrir las obligaciones del régimen como son el salario escolar y el pago a proveedores.

El rubro Deuda Estatal Cuota e Intereses refleja un aumento de ¢86.907.0 millones, principalmente por tres situaciones:

- 1- La aplicación en marzo 2012 de la metodología aprobada por la Junta Directiva Artículo 36 sesión 8569 del 22 de marzo de 2012, referente al convenio de pago de la Deuda Estatal firmado en setiembre de 2007, específicamente sobre los pagos recibidos del Ministerio de Hacienda y sobre los cuales, se debe en primera instancia cancelar los intereses devengados y posteriormente, se amortice el diferencial al saldo insoluto de la deuda, generando un aumento en la deuda por concepto de Asegurado por el Estado así como Gastos Administrativos.
- 2- Los registros contables efectuados por concepto de traspaso de saldos del corto al largo plazo negociados en convenio de octubre 2011 suscrito entre nuestra institución y el ministerio de Hacienda.
- 3- El registro mensual de la Cuenta por Cobrar Ministerio de Hacienda del Traspaso Prog. M.S. 7374 y sus intereses, la cual se incrementa de un período a otro por la suma de ¢31.446.2 millones.

Por su parte dentro de los Pasivos de este Seguro, los rubros más importantes corresponde a las cuentas por pagar, gastos acumulados y otros pasivos, dichos conceptos juntos ascienden a la suma de ¢ 275.194.0 millones, representando un (78.8%), del total del pasivo.

Finalmente las cuentas del Patrimonio reflejan una utilidad de ¢ 87.457.0 millones de colones que representan un 6.6% del total del patrimonio del Seguro de Salud, el resto corresponde al Patrimonio Neto.

CUADRO N° 3
SEGURO DE SALUD BALANCE DE SITUACION COMPARATIVO
PERIODO 2012-2011 (MILLONES DE COLONES)

	AÑOS				VARIACIONES	
	31-12-12		31-12-11		ABSOLUTA	RELATIVA
ACTIVO						
ACTIVO CORRIENTE						
Caja, Bancos e Inversiones	147 692	11,2%	93 880	7,7%	53 812	57,3%
Cuentas por Cobrar Netas	300 659	22,7%	303 646	24,9%	-2 988	-1,0%
Inventarios	78 650	5,9%	84 153	6,9%	-5 502	-6,5%
Productos Acumulados	951	0,1%	2 078	0,2%	-1 128	-54,3%
Otros Activos Corrientes	45	0,0%	69	0,0%	-24	-34,5%
ACTIVO NO CORRIENTE						
Propiedad, Planta y Equipo	416 093	31,5%	401 033	32,9%	15 060	3,8%
Deuda Estatal Cuotas e Intereses	348 466	26,4%	261 560	21,5%	86 907	33,2%
Inversión (Títulos, Bonos, Certificados)	24 765	1,9%	67 534	5,5%	-42 769	-63,3%
Otros Desembolsos Financieros	342	0,0%	342	0,0%	-0	-0,1%
Cuentas y Documentos por Cobrar LP	1 069	0,1%	1 137	0,1%	-69	-6,0%
Otros Activos	3 144	0,2%	3 003	0,2%	142	4,7%
TOTAL ACTIVO	1 321 876		1 218 435		103 441	8,5%
PASIVO						
PASIVO CORRIENTE						
Cuentas por Pagar	123 971	35,5%	100 707	29,5%	23 264	23,1%
Depósitos Custodia Garantía y Otros	19 283	5,5%	7 482	2,2%	11 801	157,7%
Documentos por Pagar	18 691	5,4%	0	0,0%	18 691	100,0%
Otros Pasivos	58 093	16,6%	101 680	29,8%	-43 587	-42,9%
Gastos Acumulados (Provisiones)	93 130	26,7%	88 797	26,0%	4 333	4,9%
PASIVO NO CORRIENTE.						
Documentos por pagar	34 280	9,8%	40 435	11,9%	-6 155	-15,2%
Provisión para Contingencias Legales	1 493	0,4%	1 993	0,6%	-500	-25,1%
TOTAL PASIVO	348 941		341 093		7 848	2,3%
RESERVAS						
Superávit Donado	19 909	1,5%	16 086	1,3%	3 823	23,8%
Reservas	6 990	0,5%	6 989	0,6%	1	0,0%
Superávit por Revaluación						
Activos	244 416	18,5%	240 034	19,7%	4 381	1,8%
Excedentes Acumulados	614 164	46,5%	612 130	50,2%	2 033	0,3%
Excedentes del Periodo	87 457	6,6%	2 102	0,2%	85 355	4061,3%
TOTAL PASIVO Y RESERVAS	1 321 876		1 218 435		103 441	8,5%

Fuente: CCSS, Gerencia Financiera. Estado Financiero Seguro de Salud al 31 de diciembre 2012.

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 ¢ 521.268.0 millones, representando el 72.0% del total ingresos. Es importante indicar que dicho monto en comparación con el año pasado presenta un incremento del 12.7%.

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 ¢ 487.636.0 millones representando el 80.8% 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 ¢67.404.0 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 2012-2011
(MILLONES DE COLONES)

	AÑOS				VARIACIONES	
	31-12-12		31-12-11		ABSOLUTA	RELATIVA
PRODUCTOS						
Cuotas Particulares	521 268	72,0%	462 583	69,3%	58 684	12,7%
Cuotas Estado	31 371	4,3%	27 991	4,2%	3 380	12,1%
Productos Servicios Administrativos	12	0,0%	1 952	0,3%	-1 940	-99,4%
Productos Servicios Médicos	2 041	0,3%	19 548	2,9%	-17 507	-89,6%
Productos por Intereses	134 051	18,5%	110 510	16,5%	23 541	21,3%
Otros Productos	35 525	4,9%	45 231	6,8%	-9 705	-21,5%
					0	
TOTAL PRODUCTOS	724 268		667 816		56 452	8,5%
GASTOS						
Servicios Personales	5 601	0,9%	5 389	1,1%	213	3,9%
Servicios No Personales	7 107	1,2%	6 929	1,4%	178	2,6%
Consumo Materiales y Suministros	85	0,0%	94	0,0%	-9	-9,6%
Pensiones e Indemnizaciones	487 636	80,8%	416 768	82,2%	70 868	17,0%
Administración y Atención Médica	67 404	11,2%	59 430	11,7%	7 974	13,4%
Depreciaciones	452	0,1%	448	0,1%	5	1,1%
Otros Gastos	35 561	5,9%	18 158	3,6%	17 403	95,8%
TOTAL GASTOS	603 847		507 216		96 631	19,1%
RESUMEN						
Productos Acumulados	724 268		667 816		56 452	8,5%
Gastos Acumulados	603 847		507 216		96 631	19,1%
EXCESO PRODUCTOS SOBRE GASTOS	120 421		160 601		-40 179	-25,0%

Fuente: CCSS, Gerencia Financiera. Estado Financiero Seguro Pensiones al 31 de diciembre de 2012.

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 2012, donde se visualizan las diferentes variaciones generadas por las cuentas que conforman el Activo, Pasivo y Capital de los periodos que finalizan a diciembre 2012 y 2011, respectivamente.

Dentro del rubro de activos notamos un incremento del 8.2%, el cual representa un aumento de ¢ 134.012 millones relación año anterior, el cual se debe principalmente al incremento en las Inversiones en Bonos Largo Plazo, las cuales representan un 78.4% 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, que representa un (53.5%), del total del pasivo, conformadas principalmente por las Cuentas por Pagar al SEM, asimismo los Depósitos Custodia Garantía y Otros (14.7%) 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 ¢ 120.421.0 millones, representando un 6.8% del total patrimonio del Seguro de Pensiones, el resto corresponde al patrimonio neto por reservas.

CUADRO N° 5
SEGURO DE PENSIONES
BALANCE DE SITUACIÓN COMPARATIVO
PERIODO 2012-2011
(MILLONES DE COLONES)

	AÑOS				VARIACIONES	
	31-12-12		31-12-11		ABSOLUTA	RELATIVA
ACTIVO						
ACTIVO CORRIENTE						
Caja, Bancos e Inversiones	163 268	9,2%	107 655	6,6%	55 613	51,7%
Cuentas por Cobrar Netas	111 153	6,3%	123 841	7,6%	-12 688	-10,2%
Productos Acumulados	32 422	1,8%	21 991	1,3%	10 432	47,4%
ACTIVO NO CORRIENTE						
Propiedad, Plante y Equipo	11 813	0,7%	11 953	0,7%	-140	-1,2%
Deuda Estatal Cuotas e Intereses	9 383	0,5%	48 323	3,0%	-38 940	-80,6%
Inversión (Títulos, Bonos, Certificados)	1 385 923	78,4%	1 265 022	77,4%	120 901	9,6%
Otros Desembolsos Financieros	978	0,1%	978	0,1%	-0	-0,0%
Cuentas y Documentos por Cobrar LP	52 086	2,9%	53 520	3,3%	-1 434	-2,7%
Otros Activos	1 258	0,1%	991	0,1%	268	27,0%
TOTAL ACTIVO	1 768 285		1 634 273		134 012	8,2%
PASIVO						
PASIVO CORRIENTE						
Cuentas por Pagar	12 057	53,5%	5 116	55,4%	6 941	135,7%
Depósitos Custodia Garantía y Otros	3 307	14,7%	3 561	38,6%	-254	-7,1%
Otros Pasivos	721	3,2%	549	5,9%	173	31,4%
Gastos Acumulados (Provisiones)	6 463	28,7%	3	0,0%	6 460	204100,6%
PASIVO NO CORRIENTE.						
Documentos por pagar largo plazo	0	0	0	0	0	0,0%
TOTAL PASIVO	22 549		9 229		13 320	144,3%
RESERVAS						
Reserva Pensiones Curso de Pago	1 608 214	90,9%	1 447 614	88,6%	160 600	11,1%
Reserva para Pensiones y Beneficio Futuro	17 101	1,0%	16 830	1,0%	272	1,6%
Otras Reservas	0	0,0%	0	0,0%	-0	-100,0%
Excedentes Acumulados	120 421	6,8%	160 600	9,8%	-40 179	-25,0%
TOTAL PASIVO Y RESERVAS	1 768 286		1 634 273		134 012	8,2%

Fuente: CCSS, Gerencia Financiera. Estado Financiero Seguro de Pensiones al 31 de diciembre 2012.

Régimen no Contributivo de Pensiones estado de productos y gastos

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

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

Para este año, el rubro de ingresos asciende a la suma de ¢ 122.882,0 millones y los gastos son de ¢ 107.593.0 millones, dando como resultado un crecimiento de productos sobre gastos de ¢15.289.0 millones, los cuales representan una variación de 38.3% respecto al año 2011.



Por su compromiso conservacionista con el medio ambiente, el área de salud Los Santos izó dos banderas Azules en las categorías de Cambio Climático y Promoción de la Salud Comunitaria y una Blanca por segundo año consecutivo, en la categoría Sello de Calidad del agua.

REGIMEN NO CONTRIBUTIVO DE PENSIONES
ESTADO DE INGRESOS Y GASTOS COMPARATIVO (PRELIMINAR)
PERÍODO 2012-2011
(CIFRAS EN MILLONES DE COLONES)

CONCEPTO	2012	PART.%	2011	PART.%	ABSOLUTA	PORCENTUAL
INGRESOS						
<i>Planillas Seguro Social</i>	24 876	20,24%	21 235	18,63%	3 642	17,15%
<i>Impuesto de Ventas</i>	20 269	16,50%	18 008	15,80%	2 262	12,56%
<i>Superávit Fodesaf</i>	4 084	3,32%	728	0,64%	3 356	461,00%
<i>Reintegro Unidades Ejecutoras</i>	366	0,30%	317	0,28%	48	15,18%
<i>Cigarros y Licores Ley 7972</i>	3 190	2,60%	3 068	2,69%	123	4,00%
<i>Lotería Electrónica Ley 7395</i>	0	0,00%	0	0,00%	(0)	-99,33%
<i>Ley Protección Trabajador # 7983 Art. # 77 .</i>	4 078	3,32%	4 077	3,58%	1	0,02%
<i>Ingreso Artículo 612 Código Trabajo</i>	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
<i>Transf. J.P.S. Art. # 8 Ley # 8718</i>	2 995	2,44%	2 846	2,50%	149	5,24%
<i>Recargo Planillas Patronos Morosos</i>	406	0,33%	266	0,23%	139	52,34%
<i>Otros Ingresos del Período</i>	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
<i>Otros Ingresos DESAF</i>	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
<i>Ingreso Estimación por Incobrable</i>	9 984	8,12%	10 827	9,50%	(843)	-7,79%
<i>Intereses Ganados Cuenta Corriente Fodesaf</i>	0	0,00%	0	0,00%	0	19,46%
<i>Intereses ganados Inversiones a la Vista</i>	394	0,32%	371	0,33%	23	6,20%
<i>Transf. Ley Protec. Trabajador Art. 87.</i>	52 219	42,50%	52 219	45,81%	-	0,00%
<i>Intereses Cuenta Bancaria 45015-5</i>	21	0,02%	25	0,02%	(4)	-16,61%
TOTAL DE INGRESOS	122 882	100,00%	113 987	100,00%	8 896	7,80%
GASTOS						
<i>Pensiones Régimen No Contributivo</i>	77 783	72,29%	74 892	72,76%	2 890	3,86%
<i>Pensiones Parálisis Cerebral Profunda</i>	7 559	7,03%	6 526	6,34%	1 033	15,83%
<i>Servicios Médico</i>	11 693	10,87%	11 172	10,85%	521	4,66%
<i>Servicios Administrativos SEM</i>	1 741	1,62%	1 425	1,38%	317	22,21%
<i>Servicio Administrativos IVM</i>	2 033	1,89%	1 936	1,88%	98	5,04%
<i>Décimo Tercer Mes R.N.C.P.</i>	6 185	5,75%	6 297	6,12%	(112)	-1,77%
<i>Décimo Tercer Mes P.C.P.</i>	593	0,55%	523	0,51%	70	13,41%
<i>Gastos Estimación Incobrables</i>	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
<i>Interes por Servicios Médicos</i>	-	0,00%	133	0,13%	(133)	-100,00%
<i>Intereses por Servicios Administrativos</i>	5	0,00%	30	0,03%	(25)	-82,73%
<i>Otros Ajustes Períodos Anteriores</i>	0,00	0,00%	0,00	0,00%	-	0,00%
TOTAL DE GASTOS	107 593	100,00%	102 933	100,00%	4 660	4,53%
EXCESO NETO INGRESOS/ GASTOS	15 289		11 053		4 236	38,32%

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

Para el año 2012, los pensionados directos del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, son los que poseen mayor porcentaje de casos tramitados (33.5%) y los que a su vez, absorben la mayor proporción de las sumas pagadas (35,0%), seguido por los pensionados directos del Régimen No Contributivo de Pensiones por Monto Básico, con porcentajes que alcanzan el 28.8% de casos y en monto un 30.2%; respectivamente.

FONDO NACIONAL DE MUTUALIDAD CUADRO COMPARATIVO AÑOS 2012-2011 CASOS TRAMITADOS Y PAGOS EFECTUADOS, SEGÚN TIPO ASEGURAMIENTO A NIVEL NACIONAL

TIPO ASEGURADO	2012		% Casos	TIPO ASEGURADO	2011		% Casos
	CASOS	TOTAL PAGADO	Por Tipo		CASOS	TOTAL PAGADO	Por Tipo
TOTAL	12 359	1 118 567 625	100,00%	TOTAL	11 438	1 037 763 118	100,00%
ASALARIADOS				ASALARIADOS			
Directos	1 499	142 212 590	12,13%	Directos	1 377	130 623 000	12,04%
Cónyuges/ Compañero (a)	313	19 823 323	2,53%	Cónyuges/ Compañero (a)	298	18 873 323	2,61%
PENSIONADOS IVM				PENSIONADOS IVM			
Directos	4 139	391 500 426	33,49%	Directos	3 729	352 935 273	32,60%
Cónyuges/ Compañero (a)	340	21 533 321	2,75%	Cónyuges/ Compañero (a)	370	23 432 988	3,23%
Viudas	775	49 083 307	6,27%	Viudas	620	39 263 313	5,42%
CUENTA PROPIA				CUENTA PROPIA			
Directos	373	35 435 000	3,02%	Directos	402	38 150 000	3,51%
Cónyuges/ Compañero (a)	76	4 813 331	0,61%	Cónyuges/ Compañero (a)	76	4 812 998	0,66%
REGIMEN NO CONTRIBUTIVO				REGIMEN NO CONTRIBUTIVO			
Directos	3 558	337 478 333	28,79%	Directos	3 318	314 329 896	29,01%
Cónyuges/ Compañero (a)	73	4 623 331	0,59%	Cónyuges/ Compañero (a)	86	5 446 664	0,75%
PENSIONADOS DE GOBIERNO				PENSIONADOS DE GOBIERNO			
Directos	776	73 715 000	6,28%	Directos	696	65 996 000	6,08%
Cónyuges/ Compañero (a)	50	3 166 665	0,40%	Cónyuges/ Compañero (a)	55	3 483 332	0,48%
ASEGURADOS DEL ESTADO				ASEGURADOS DEL ESTADO			
Directos	342	32 333 000	2,77%	Directos	401	37 883 000	3,51%
Cónyuges/ Compañero (a)	45	2 849 999	0,36%	Cónyuges/ Compañero (a)	10	2 533 332	0,09%

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 y los principales indicadores estadísticos, los cuales constituyen el insumo básico para la planificación y proyección de los servicios de salud del país.

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

a. Hospitalización

El cuadro 1 presenta el panorama general en el área de hospitalización por Red de servicio y centro de salud. En el año 2012 se atendieron un total de 341.009 egresos hospitalarios, representando esto un aumento de 10.302 egresos respecto al 2011, donde se atendieron 330.707 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. La estancia media pasó de 6,20 a 6,35 días del 2011 al 2012, este aumento se ve afectada por la cantidad de egresos de pacientes del hospital Chacón Paut con estancia muy prolongados.

En el 2012, se contó con un total de 5.595 camas, de las cuales el 34% están concentradas en la Red Noroeste, y por consiguiente, el 44% de los egresos hospitalarios también se encontraron en esta red, con una estancia promedio de 5,07 días, siendo esta región la que contaba con la mayor cantidad de centros hospitalarios con un total de 12, incluyendo siete hospitales periféricos, cuatro regionales y uno nacional.

Los hospitales de tercer nivel, cabezas de red, son los que presentaron una mayor cantidad de egresos hospitalarios, el H. Rafael A. Calderón Guardia con 33.328 (9,8%), el H. San Juan de Dios con 32.794 (9,9%) y el H. México con 28.725 (8,4%) egresos; además fueron los que alcanzaron los porcentajes más altos de intervenciones quirúrgicas, con porcentajes que oscilan entre 60% y 63% de intervenciones respecto a los egresos totales.

Los hospitales psiquiátricos y geriátricos fueron los que tuvieron menos egresos al año acompañados de las estancias medias más altas del país. Estos hospitales tuvieron solamente el 2% del total de los egresos, con estancias medias que fueron desde 18,36 días en el H. Raúl Blanco Cervantes, 61,95 días en el H. Psiquiátrico (Dr. Manuel Chapuí) y 127,54 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 concentró en el Hospital Raúl Blanco Cervantes, donde fallecieron 12 pacientes por cada 100 hospitalizaciones; en el

resto de los hospitales se notó una diferencia en los de tercer nivel y en algunos regionales, lo que se explica por la complejidad de los pacientes que fueron remitidos a estos centros de mayor nivel dentro de la red.

En cuanto al índice de ocupación hospitalaria, a nivel de país se alcanzó el 85,2%, un valor similar al recomendado internacionalmente, los hospitales Rafael A. Calderón Guardia, Dr. Fernando Escalante Pradilla, Max Peralta Jiménez y Enrique Baltodano Briceño presentaron índices de ocupación superiores al 95%, valores no recomendados ya que tal saturación no les da oportunidad de atender posibles eventualidades en las que se requiera hospitalizar una cantidad importante de personas en un momento dado; incluso el hospital Calderón Guardia utilizó camillas de tránsito adicionales a la de dotación normal, lo cual provocó que el nosocomio presentara un porcentaje superior al 100%.

Otros hospitales como el Centro Nacional de Rehabilitación, hospital Tomás Casas, Los Chiles, Carlos Luis Valverde Vega y Nacional de Niños presentaron los índices más bajos, en el orden de 60% a 70%.

Cuadro N°01
Camas, Egresos Hospitalarios, Estancia Promedio y Porcentajes de Ocupación, Mortalidad e Intervención Quirúrgica, Según Red de Servicios y Centro de Salud. CCSS, 2012

Red de Servicios y Centro de Salud	Camas	Egresos	Estancia Promedio ¹	Porcentaje de		
				Ocupación	Mortalidad	Inter. Quirúrgica
Total	5 595	341 009	6,35	85,18	2,12	51,71
Serv. Nacionales Especializados	1 527	39 830	14,38	74,53	1,49	53,91
Hospital Dr. Carlos Sáenz Herrera	319	14 931	6,44	69,95	1,29	49,38
Hospital de Las Mujeres Dr. Adolfo Carit	107	11 202	2,73	91,53	0,32	73,07
Hospital Nacional Psiquiátrico	675	3 634	61,95	71,39	0,28	12,22
Centro Nacional de Rehabilitación (Cenare)	88	2 912	9,86	60,57	0,14	49,31
Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes	140	2 845	18,36	85,20	12,23	19,26
Hospital Dr. Chacón Paut	198	462	127,54	82,10	0,65	-
Clínica Oftalmológica	-	3 844	-	-	-	90,74
Red-Este	1 087	88 935	4,99	94,51	2,08	51,12
Hospital Dr. Calderón Guardia	413	33 328	5,93	104,91	2,60	62,73
Área de Salud de Coronado	-	695	-	-	-	99,28
Hospital Dr. Max Peralta	250	20 214	5,20	95,32	2,27	58,95
Hospital William Allen	99	6 781	3,95	70,30	1,73	37,55

Red de Servicios y Centro de Salud	Camas	Egresos	Estancia Promedio ¹	Porcentaje de		
				Ocupación	Mortalidad	Inter. Quirúrgica
Hospital Dr. Tony Facio Castro	196	15 545	4,56	87,41	1,72	27,40
Área de Salud de Siquirres	-	34	1,00	-	-	-
Hospital de Guápiles	129	12 313	3,68	89,03	1,12	41,81
Área de Salud de Guácimo	-	5	1,00	-	-	-
Área de Salud de Cariari	-	20	1,00	-	-	10,00
Red-Sur	1 059	63 468	6,39	89,53	2,68	49,39
Hospital San Juan De Dios	645	33 794	7,96	91,54	3,64	59,77
Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla	210	15 135	5,28	96,11	2,34	43,47
Área de Salud de Buenos Aires	-	117	1,00	-	-	0,85
Hospital de Ciudad Neily	49	4 236	3,83	79,32	0,64	33,57
Hospital de San Vito de Coto Brus	33	3 013	3,86	88,56	0,96	30,60
Hospital Manuel Mora Valverde (Golfito)	72	4 340	4,99	75,51	0,69	31,43
Área de Salud de Golfito	-	4	1,00	-	-	-
Hospital Dr. Tomás Casas Casajús	50	2 829	4,56	66,77	1,10	30,47
Red-Noroeste	1 922	148 776	5,07	85,96	2,08	52,46
Hospital México	510	28 725	6,96	83,07	3,43	65,02
Área de Salud de Tibás-Merced-Uruca	-	682	-	-	-	91,64
A.S. Tibás (Rodrigo Fournier)	-	2 054	-	-	-	99,85
Hospital San Vicente de Paul	238	20 702	4,75	90,43	2,01	55,26
Área de Salud de Puerto Viejo	-	24	1,00	-	-	16,67
Área de Salud de Horquetas	-	1	1,00	-	-	-
Hospital San Rafael de Alajuela	280	21 192	6,02	93,18	1,70	50,92
Hospital San Francisco de Asís	90	6 363	4,30	72,62	1,49	46,14
Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega	100	9 077	3,61	69,60	1,82	55,97
Hospital de San Carlos	158	15 559	3,86	87,48	1,25	54,76
Hospital Los Chiles	27	2 012	3,32	63,43	0,15	39,31
Hospital Monseñor Sanabria	166	12 702	4,96	91,29	2,24	33,87
Hospital Dr. Max Terán Vals	53	3 835	4,14	77,84	1,33	25,79
Hospital Dr. Enrique Baltodano	168	15 888	4,56	95,75	2,09	52,03
Área de Salud de Cañas	-	119	-	-	-	99,16
Hospital La Anexión	105	8 067	4,33	83,67	2,45	35,55
Hospital de Upala	27	1 774	4,29	76,35	0,51	33,15

1/ No incluye Cirugía Mayor Ambulatoria

Fuente: CCSS, Área de Estadística en Salud.

b. Consulta Externa

En el cuadro 2, se observa la distribución de la consulta médica en medicina general y en especialidades, para el año 2012, la proporción de consultas médicas y especializadas se mantuvo similar a las presentadas en años anteriores, 73% consultas de medicina general y 27% especializada.

Para el año 2012, se observó un aumento del 3.3% en el número de consultas médicas respecto al 2011, esto significa 336.753 consultas más que el año anterior; en la consulta de medicina general se presentó un incremento de aproximadamente un 3.7% respecto al año anterior, mientras que en la consulta de medicina especializada el crecimiento fue del 2,3% respecto al año 2011, y continuó la tendencia de crecimiento en la cantidad de consultas médicas que se ha presentado en los últimos cinco años.

En cuanto a las consultas promedio por usuario (concentración) que se dieron durante el 2012, como se observa en el cuadro 2, la más alta se presentó en medicina general con 3,08 consultas por persona al año, este indicador muestra una tendencia muy leve al crecimiento en el tiempo; en medicina especializada se presentaron 1,95 consultas por persona al año, valores que son similares a los presentados en los últimos 5 años. Respecto a este indicador, es notorio que los hospitales nacionales y centros especializados presentan mayor concentración en comparación a las demás regiones del país, tanto en medicina general, donde el número de consultas por consultante en el periodo es superior a 5, como en especializada donde se presentaron, en promedio, más de 2,6 consultas por usuario, lo que representa que en estos hospitales nacionales y centros especializados, en ambos tipos de consulta, se brinde una atención más a cada consultante que en el resto de centros de las regiones del país. Este es un resultado esperado, a la luz de que estos hospitales atienden los casos más complejos y requieren un mayor número de consultas de seguimiento al año.

En el cuadro 4, para el año 2011, se observa que el 77% del total de consultas se brindaron en las áreas de salud, este indicador refleja principalmente la magnitud de las consultas de medicina general, dadas por los 1014 EBAIS con que cuenta la institución en todo el territorio nacional.

Cuadro N° 2
Consulta Médica , Medicina General y Especialidades,
Total, Primera Vez y Consulta por Usuario,
Según Región. CCSS, Año 2012

Región	Consulta Médica	Medicina General			Especialidades		
		Total	Primera Vez	Consulta p/Usuario	Total	Primera Vez	Consulta p/Usuario
Total	10 433 577	7 665 509	2 492 463	3,08	2 768 068	1 422 051	1,95
Hospitales Nacionales y Centros especializados	1 188 878	40 065	7 931	5,05	1 148 813	440 375	2,61
Central Norte	2 517 042	1 951 019	619 657	3,15	566 023	365 443	1,55
Central Sur	3 359 857	2 880 697	949 589	3,03	479 160	288 518	1,66
Huetar Norte	451 616	369 480	129 368	2,86	82 136	47 357	1,73
Chorotega	740 750	591 696	185 397	3,19	149 054	73 629	2,02
Pacífico Central	633 667	535 151	185 906	2,88	98 516	60 634	1,62
Huetar Atlántica	865 875	748 865	236 357	3,17	117 010	70 131	1,67
Brunca	675 892	548 536	178 258	3,08	127 356	75 964	1,68

Fuente: CCSS, Área de Estadísticas en Salud

c. Atenciones de urgencias

El total de atenciones en el año 2012, presentó un aumento del 4,1% respecto a las atenciones brindadas en el 2011, mostrando un repunte respecto a lo ocurrido en el año anterior cuando decreció en número de atenciones y recuperando la tendencia al crecimiento que se venía dando en las últimas dos décadas, tendencia que no se visualiza como la más conveniente por la saturación de este servicio; se debe tener presente que la prestación en el servicio de urgencias es importante por sus características de oportunidad para los usuarios, en la atención de eventualidades en la condición de salud de las personas.

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

Llama la atención el porcentaje de atenciones que requieren observación en las regiones Huetar Atlántica, Chorotega, Central Norte y Huetar Norte (46%, 41%, 34% y 32% respectivamente), estos porcentajes son superiores a los presentados en las otras regiones del país, donde se mantiene alrededor de 20%; incluso los hospitales nacionales y especializados presentan la menor proporción de urgencias con observación, con tan solo un 14%.

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

Cuadro N° 3
Atenciones de Urgencias, Tipos de Urgencias, Porcentaje de Atenciones con Observación
y Porcentaje de No Urgencias, Según Región. CCSS, Año 2012

Región	Total Atencio- nes	Urgencias								% En Observa- ción	% No Urgencias
		Tipo de Urgencias									
		Total	Medicina	Cirugía	Gineco- logía	Obste- tricia	Pedia- tría	Psiquia- tría	Odonto- lógicas		
Total	5 557 863	2 233 159	1 147 871	431 119	50 720	152 312	423 852	26 176	1 109	26,70	59.8
Hospitales Nacionales y Centros especializados	560 229	453 732	106 001	155 543	11 553	46 437	117 391	16 807	0	13,53	19,0
Central Norte	1 184 321	450 239	251 660	81 658	11 298	27 907	76 105	1 505	106	33,51	62,0
Central Sur	1 301 695	465 322	280 902	69 971	9 272	21 371	81 355	2 145	306	22,23	64,3
Huetar Norte	282 796	117 593	62 619	17 786	807	10 428	25 433	507	13	31,99	58,4
Chorotega	664 302	226 590	156 895	20 028	3 218	11 543	33 964	922	20	41,29	65,9
Pacífico Central	423 115	123 256	64 132	28 103	2 029	8 979	18 959	930	124	17,49	70,9
Huetar Atlántica	621 422	185 317	104 654	23 908	6 615	14 317	34 160	1 644	19	46,13	70,2
Brunca	519 983	211 110	121 008	34 122	5 928	11 330	36 485	1 716	521	20,02	59,4

Fuente: CCSS, Área de Estadística en Salud.

De acuerdo con la desagregación por tipo de centro de salud, como se aprecia en el cuadro 4, el 54% de atenciones están concentradas en las áreas de Salud.

Cuadro N° 4
Consultas (Médicas, Otro Profesional, Odontología), Atenciones de Urgencias,
Según Tipo de Centro. CCSS, Año 2012

Tipo de Centro	Consultas				Razón de Atenciones de Urgencias Consultas por Atención de Urgencias
	Total	Médica	Otro Profesional	Odontología	
Totales	13 460 533	10 433 577	652 858	2 374 098	2,4
Hospitales	3 068 636	2 453 291	376 964	238 381	1,2
Clínica	76 399	58 139	14 842	3 418	8,1
Áreas de Salud	10 315 498	7 922 147	261 052	2 132 299	3,4
Porcentaje	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Hospitales	22,8	23,5	57,7	10,0	45,4
Clínica	0,6	0,6	2,3	0,1	0,2
Áreas de Salud	76,6	75,9	40,0	89,8	54,5

Fuente: CCSS, Área de Estadística en Salud.

Volumen en las atenciones de urgencias

Como se indicó anteriormente, el porcentaje de no urgencias es alto, y después de haber experimentado una tendencia a crecer leve pero sostenidamente desde el año 1998 hasta el 2009, periodo en el cual este indicador presentó un aumento de un 20%, pasando del 40% a un 60% de atenciones consideradas no urgentes, y en los últimos cuatro años se ha mantenido casi constante en 60%, como se aprecia en el gráfico 1.



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

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

4. Medicamentos entregados

En el cuadro 5, se muestra el número de recetas de medicamentos despachados por los servicios de farmacia de la CCSS durante el año 2012, la cifra superó los 74.3 millones de recetas despachadas, aumentando el volumen presentado en el año 2011 en más de 3,5 millones de recetas (un 5% más).

Del total de recetas despachadas, el 67,9% se prescribieron en consulta externa, un 15% en el servicio de urgencias, 5,6% en hospitalización y el resto en otros servicios. Sin embargo, como se presenta en el cuadro 7, la razón de medicamentos por cada hospitalización es de 12,2 a nivel nacional; es decir, se despachan 12 medicamentos por cada egreso, la distribución por región muestra que los Hospitales Nacionales y Centros Especializados, junto con la Región Branca son los que tienen más alta esta razón, superior o igual a 16 medicamentos por egreso, en contraste a regiones como la Pacífico Central, Huetar Norte y Chorotega que presentan una razón cercana a 5 medicamentos por egreso. Por otra parte, en la Consulta Externa en promedio se reportan 4,8 medicamentos por cada consulta y en Urgencias se distribuyen 2 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 2012

Región	Total	Área de Atención						Copias ¹	Otros Servicios Internos	Servicios Alternativos	
		Hospital	Consulta Externa	Urgencias	Hospital de Día Hospital de día	Visita Domiciliar Visita Domiciliar	Otros Centros			Empresa	Medicina Mixta
Total	74 367 874	4 164 438	50 498 369	11 174 326	37 422	274 718	3 176 832	20 867 021	1 805 658	1 688 519	1 547 592
Hospitales Nacionales y Centros especializados	9 894 081	2 202 921	4 816 292	552 703	30 880	60 108	31 563	1 902 410	286 091	4 738	6 375
Central Norte	22 593 866	496 203	12 056 072	2 510 545	5 237	55 201	648 187	5 282 935	270 678	772 686	496 122
Central Sur	32 221 503	409 132	18 423 200	2 637 068	-	18 569	1 087 458	8 113 766	410 029	379 024	743 257
Huetar Norte	3 353 261	83 502	1 675 847	631 291	-	116	187 607	575 563	65 845	53 109	80 381
Chorotega	7 440 524	143 770	3 547 938	1 488 974	1 305	96 881	362 481	1 414 424	220 805	109 604	54 342
Pacífico Central	5 504 135	79 704	2 977 709	857 219	-	21 972	183 519	1 134 666	118 679	104 796	25 871
Huetar Atlántica	7 342 272	261 781	3 800 327	1 150 177	-	7 737	293 551	1 208 501	316 871	193 553	109 774
Brunca	6 885 253	487 425	3 200 984	1 346 349	-	14 134	382 466	1 234 756	116 660	71 009	31 470

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

1/ Incluidos en Consulta Externa.

Fuente: CCSS, Área de Estadística en Salud.

5. Exámenes de laboratorio

En el cuadro 6, se presenta el número de exámenes de laboratorio realizados durante el año 2012, para este año se realizaron aproximadamente 46,3 millones de exámenes en los centros de salud de todo el país, cifra que disminuye en 1,8 millones de exámenes (3,8%) respecto al año 2011, lo que refleja una tendencia a disminuir la cantidad de exámenes realizados durante este año, en procura de un ahorro institucional en este campo.

Por área de atención, se mantiene la consulta externa como el área que más consume este servicio diagnóstico, del total de exámenes realizados un 47,4% fueron solicitados desde la consulta externa. Pero se observa en el cuadro 7, que similar a lo ocurrido con los medicamentos, la razón de exámenes por cada hospitalización es de 23, con diferencias muy grandes según región, en este caso sobresalen los hospitales Nacionales y Centros Especializados donde la razón asciende a 46 exámenes por egreso hospitalario, las demás regiones del país presentan entre 7 y 17 exámenes por egreso. Por su parte, en Consulta Externa se generan 2,1 exámenes de laboratorio por cada consulta y en Urgencias se tramitan 1,5 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 2012

REGIÓN	TOTAL	ÁREA DE ATENCIÓN						Servicios Alternativos	
		Hospital	Consulta Externa ¹	Urgencias	Hospital de Día Hospital de día	Visita Domiciliar Visita Domiciliar	Otros Centros	Empresa	Medicina Mixta
Total	46 275 087	7 867 666	21 924 989	8 440 768	46 480	91 766	6 161 288	744 313	997 817
Hospitales Nacionales y Centros especializados	13 254 781	5 070 709	4 589 544	2 584 078	18 620	8 541	894 837	29 003	59 449
Central Norte	9 214 076	1 042 353	4 573 379	1 586 555	27 618	28 478	1 486 200	199 468	270 025
Central Sur	10 565 551	451 619	7 449 332	1 207 193	-	24 822	829 461	252 485	350 639
Huetar Norte	1 342 254	121 140	528 460	271 341	-	250	347 573	18 337	55 153
Chorotega	3 992 510	332 623	1 580 062	979 712	242	17 938	913 060	94 441	74 432
Pacífico Central	2 180 980	218 428	1 211 494	423 076	-	6 315	258 477	37 909	25 281
Huetar Atlántica	3 299 989	313 233	1 344 456	879 892	-	5 419	550 558	75 661	130 770
Brunca	2 424 946	317 561	648 262	508 921	-	3	881 122	37 009	32 068

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

Fuente: CCSS, Área de Estadística en Salud.

6. Población y servicios de salud

En el cuadro 8 se incluyen las cifras oficiales de población nacional de 1980 a 2012, 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 sobre pasó las 4 defunciones por cada mil habitantes. En cuanto al año 2011 esta tasa fue de 4,07, mientras que para el 2012 aumentó levemente hasta 4,11 defunciones por cada 1.000 habitantes.

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

El comportamiento de la razón de atenciones de urgencia por habitante ha venido aumentando de forma casi que constante desde 1984, pero para los años 2001 y 2002 el crecimiento parecía haberse detenido, sin embargo, la tendencia creciente se volvió a presentar alcanzando su máximo nivel para el año 2010 con 1,24 atenciones por habitante, ya para el 2011 y 2012 bajaron levemente 1,16 y 1,19 respectivamente. Conviene recordar aquí que para ser atendido en el servicio de urgencias no se requiere cita ni documentos, por lo cual esta situación puede estar reflejando problemas de gestión en los servicios de consulta externa que han crecido a un ritmo diferente al crecimiento poblacional, agravados por el creciente flujo de grupos de población, que al no contar con documentos al día, prefieren acudir al servicio de urgencias, lo que produce una alta proporción de atenciones no urgentes, en un área de servicios de salud que debería mantenerse lo más despejada posible.

Por otra parte, la razón de consultas por habitante se ha dividido en tres componentes, la consulta médica que se ha mantenido constante desde la década de los ochenta entre 2 y 2,4 consultas médicas por habitante; la consulta odontológica prácticamente se duplicó desde esa misma década pasando de 0,25 a 0,51 consultas por habitante de 1980 a 2012; finalmente la consulta a cargo de “otro profesional en salud” (psicólogos, nutricionistas, enfermeras, trabajadores sociales, etc.) durante los últimos 4 años se ha mantenido alrededor de 0,13 consultas por habitante. Así, en 1980 entre atenciones de urgencia y consultas médicas se impartían 2,72 atenciones ambulatorias por habitante; en 2012 esa cifra alcanzó a 3,61 (un incremento de casi el 33%).

La razón de egresos hospitalarios (hospitalizaciones) por 100 habitantes es muy sensible a los cambios en la práctica de la atención médica, por ese motivo, cuando ya ha alcanzado buena cobertura como es el caso que nos ocupa, sus variaciones dependen más del desarrollo de la tecnología de apoyo al diagnóstico y al tratamiento que de la mayor o menor accesibilidad a cama hospitalaria por la población; en la CCSS se mantuvo por encima de 10 hasta 1989 y por encima de 9 entre 1990 y 1993; e inició un descenso en 2000 que se mantiene al 2012. Aparte

de cambios en la práctica de la medicina, que tienden a reducir la hospitalización en Costa Rica, y aunque se mantenga alta la proporción de parto intrahospitalario, la reducción de la natalidad produce menos hospitalizaciones por esta causa desde hace varios años, este es otro factor que influye en la reducción del indicador comentado.

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

En general, en relación con la población del país, si se compara 1980 con 2012 se ve que las hospitalizaciones por habitante se han reducido y las consultas han aumentado muy lentamente, pero los exámenes de laboratorio y los medicamentos si han crecido de forma importante.

Cuadro N° 8
Población, Defunciones por 1000 Habitantes en Costa Rica, Atenciones de Urgencias, Consultas por Habitante, Hospitalizaciones por 100 Habitantes, Camas por 1000 Habitantes, Exámenes de Laboratorio y Medicamentos por Habitante. CCSS, 1980-2012

Año	Defunciones por 1.000 Hab. ²	Atenciones de Urgencia por Hab.	Consultas por Habitante			Hospitalizac. por 100 Hab.	Camas por 1.000 Hab.	Camas	Exámenes de Laboratorio Por Hab. ⁴	Medicamentos por Hab.
			Médica ³	Odontología	Otro Profes.					
1 980	3,99	0,37	2,34	0,25	-	10,58	2,99	6 926	3,88	7,65
1 981	3,75	0,41	2,21	0,24	0,11	10,50	2,90	6 924	3,76	7,67
1 982	3,72	0,36	2,25	0,21	0,11	10,32	2,89	7 085	3,39	7,02
1 983	3,72	0,37	2,36	0,22	0,10	10,43	2,76	6 952	3,43	7,31
1 984	3,83	0,31	2,32	0,22	0,10	10,73	2,64	6 841	3,50	7,32
1 985	3,93	0,40	2,29	0,22	0,09	11,29	2,56	6 832	3,89	7,65
1 986	3,80	0,40	2,27	0,22	0,08	10,86	2,47	6 790	4,00	7,63
1 987	3,78	0,43	2,25	0,21	0,08	10,69	2,40	6 774	4,11	7,61
1 988	3,77	0,48	2,16	0,20	0,08	10,35	2,32	6 741	4,18	7,60
1 989	3,78	0,56	2,09	0,22	0,08	10,19	2,21	6 602	4,36	7,59
1 990	3,72	0,51	2,08	0,21	0,07	9,52	2,14	6 536	4,49	7,27
1 991	3,77	0,54	2,10	0,21	0,07	9,26	2,04	6 379	4,70	7,87
1 992	3,83	0,52	2,07	0,22	0,07	9,30	1,95	6 245	4,90	7,59
1 993	3,81	0,56	2,01	0,19	0,09	9,05	1,86	6 131	4,80	8,00
1 994	3,93	0,62	2,03	0,19	0,07	8,79	1,73	5 860	5,02	8,36
1 995	4,04	0,63	2,08	0,20	0,08	8,69	1,71	5 947	5,73	8,66

Año	Defunciones por 1.000 Hab. ²	Atenciones de Urgencia por Hab.	Consultas por Habitante			Hospitalizac. por 100 Hab.	Camas por 1.000 Hab.	Camas	Exámenes de Laboratorio Por Hab. ⁴	Medicamentos por Hab.
			Médica ³	Odontología	Otro Profes.					
1 996	3,91	0,64	2,16	0,21	0,08	8,61	1,66	5 953	6,22	8,73
1 997	3,89	0,69	2,18	0,22	0,08	8,63	1,62	5 924	6,73	9,08
1 998	3,91	0,74	2,25	0,28	0,09	8,49	1,58	5 924	7,23	9,81
1 999	3,91	0,79	2,26	0,31	0,08	8,63	1,54	5 910	7,78	10,37
2 000	3,80	0,84	2,13	0,34	0,08	8,34	1,49	5 861	8,21	10,35
2 001	3,90	0,87	2,13	0,38	0,09	8,33	1,47	5 880	8,98	10,94
2 002	3,68	0,87	2,25	0,41	0,09	8,18	1,44	5 860	9,82	11,72
2 003	3,82	0,90	2,32	0,44	0,09	8,19	1,42	5 879	10,37	12,35
2 004	3,80	0,95	2,38	0,46	0,09	8,06	1,39	5 833	11,04	12,62
2 005	3,79	1,01	2,38	0,45	0,10	7,91	1,33	5 688	11,83	13,03
2 006	3,88	1,07	2,33	0,46	0,11	7,55	1,30	5 630	12,05	13,14
2 007	3,89	1,10	2,29	0,46	0,11	7,51	1,29	5 646	12,48	13,71
2 008	4,05	1,08	2,34	0,47	0,12	7,42	1,24	5 518	12,55	14,06
2 009	4,12	1,11	2,35	0,49	0,13	7,41	1,23	5 546	12,78	14,73
2 010	4,18	1,24	2,36	0,47	0,13	7,21	1,23	5 611	13,59	15,54
2 011	4,07	1,16	2,19	0,50	0,14	7,16	1,21	5 602	10,42	15,42
2 012	4,11	1,19	2,42	0,51	0,14	7,31	1,20	5 603	9,91	15,94

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

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

3/ Incluye las consultas de las Empresas.

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

Fuente: CCSS, Área de Estadística en Salud.

Comentario final

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

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

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

El área de urgencias continua presentando un comportamiento distinto al esperado, pues la tendencia creciente es síntoma de problemas institucionales, por lo que se requiere todo un análisis para visualizar oportunidades en la prestación de servicios que coadyuven a descongestionar un área de tanto impacto como esta; pero también se requiere que los usuarios de los servicios de urgencias se concienticen respecto al uso y el impacto de éstos sobre su salud.

Capítulo III

Gestión Financiera

[Empezar Capítulo](#)

[Tabla de contenidos](#)

Introducción

La gestión financiera tiene como fin principal garantizar el financiamiento oportuno del Seguro de Salud y Pensiones y es integrada por cuatro procesos que influyen a lo largo de la organización y agregan valor a la prestación de los servicios de salud y pensiones. En ese sentido, la información se condensa de acuerdo con dichos procesos, los cuales son:



A continuación se detallan las acciones sustantivas y estratégicas desarrolladas entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del año 2012 en cada proceso:

Procesos 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

En cuanto a la labor de aseguramiento y fiscalización de la población patronal, asalariada y de Trabajadores Independientes (Tabla 1), la Inspección en el 2012, generó por los Programas de Gestión Ordinaria y Estratégico de Cobertura en Inspección (PRECIN) un total de ¢21.309,8

millones en cuotas en los regímenes de Salud e Invalidez, Vejez y Muerte (IVM)¹; 1.204 denuncias en sede judicial y finalmente, se incluyeron en planillas 131.439 trabajadores en casos de inscripción patronal, reanudación patronal, actualización patronal por omisión y afiliación de Trabajadores Independientes. Además el PRECIN, efectuó la visita de 42.244 centros de trabajo², en dicho periodo.

Tabla 1: Gestión del Servicio de Inspección, 2012

Concepto	Gestión Ordinaria	PRECIN	Total
Total de trabajadores incorporados en planilla de la CCSS	106.209	25.230	131.439
Monto en cuotas generadas (millones de colones)	¢ 17.128,5	¢ 4.241,3	¢ 21.309,8
Denuncias en sede judicial	1.204	NA	1.204
Centros de trabajo visitados	NA	42.244	42.244

Nota: NA: No aplica.

Acciones realizadas

En el 2012, se implementaron una serie de acciones, en aras de fortalecer la labor realizada por el Servicio de Inspección, entre las que se pueden citar:

- 1. Manual de requisitos para los trámites brindados por el Servicio de Inspección de la CCSS**, en el cual se establecen los requisitos que deberán aportar los usuarios al momento de solicitar un trámite ante el Servicio de Inspección; así como los formularios que al efecto se deberán utilizar.

Cabe indicar que en el mes de diciembre de 2012, Gerencia Financiera instruyó a las Direcciones Regionales de Sucursales y Dirección de Inspección la aplicación del contenido de este documento, para todos aquellos trámites que sean expresamente solicitados por los usuarios ante el Servicio de Inspección. Finalmente en la actualidad, se encuentra en trámite su publicación en la Gaceta.

1 Corresponde a la labor efectuada por los Inspectores de Leyes y Reglamentos en estudios como: Inscripción y Reanudación Patronal, actualizaciones por omisión, planillas adicionales y afiliaciones de Trabajadores Independientes. Cabe que tal definición, difiere del concepto de incorporación de nuevos trabajadores a la Población Económicamente Activa (PEA) del País.

2 Aquellos establecimientos, lugares o locales donde el patrono o trabajador independiente desarrolla una actividad económica generadora de ingresos.

1. **Habilitación de una aplicación que permite a los patronos solicitar inscripción en línea (vía internet) con firma digital, a partir del 30 de noviembre del 2012.** Tal acción permitirá al usuario efectuar el trámite desde cualquier punto del país, sin tener que trasladarse a las instalaciones de la Caja, ahorrándoles tiempo y dinero. Cabe indicar que entre noviembre y diciembre 2012 (meses en que inicio la implementación) realizaron 27 solicitudes.
2. **Implementación del Sistema de Gestión de Calidad del Servicio de Inspección (SGC).** A finales del año anterior entró en vigencia el SGC, mediante el cual se busca estandarizar, homologar y normalizar las formas de trabajo del Servicio de Inspección; a la luz de una gestión orientada a la mejora continua de sus procesos.

A diciembre 2012 se oficializaron 454 documentos del SGC, que entraron como forma de trabajo desde el 1 de enero del 2013 y que actualmente, están en proceso de comunicación y entendimiento a nivel nacional.
3. **Sistema de Información Geográfico Patronal (SIGPA).** Herramienta geotecnológica de captura, almacenamiento, transformación, análisis y edición de datos geográficos, que permite ubicar mediante mapas la población patronal y de trabajadores independientes, logrando mejorar la fiscalización que lleva a cabo el Servicio de Inspección y coadyuvar a la formulación de acciones estratégicas. A diciembre 2012 se tenían georreferenciados 71.352 puntos que representan la ubicación de patronos y Trabajadores Independientes.
4. **Desarrollo de Campañas preventivas para el control de la evasión de patronos y trabajadores independientes por medio del Centro de Llamadas de Cobros.** Con el objetivo de fomentar la cultura contributiva, se realizarpn campañas automáticas orientadas a informar a la población de patronos y trabajadores independientes, respecto de la importancia de cotizar correcta y oportunamente al Seguro Social.

Las campañas se efectuaron mediante tres medios, a saber:

- a. Campaña automática de voz.
- b. Campaña automática por correo electrónico.
- c. Campaña automática de mensaje de texto.

Sobre este particular, a diciembre del 2012, funcionarios de la Dirección de Inspección, en conjunto con representantes de la Dirección de Cobros y la Subárea de Servicios Financieros Administrativos, efectuaron la formulación de parámetros para la extracción de la base de datos del SICERE, información de patronos y trabajadores independientes que servirá de base a las campañas informativas del Servicio de Inspección.

Las Sucursales cumplen una función fundamental en la gestión de inspección, en ese sentido, se mencionan los principales resultados en dicha gestión por los Programas de Gestión Ordinaria y Estratégico de Cobertura en Inspección (PRECIN) por Dirección Regional:

**Tabla 2: Trabajadores incorporados en planilla y cuotas generadas
Acumulado a diciembre 2012 por Dirección Regional.
Montos en millones de colones**

Dirección Regional de Sucursales	Incorporación de Trabajadores (Gestión Ordinaria)	Incorporación de Trabajadores (PRECIN)	Rendimiento por concepto de cuotas
Central	20.609	9.197	3.715,4
Chorotega	18.217	4.738	2.094,5
Brunca	7.990	848	1.122,8
Atlántica	5.057	1.811	1.423,9
Huetar Norte	17.165	4.207	3.599,8
Total	69.038	20.801	11.956,5

Fuente: Dirección de Inspección

Los trabajadores indicados en la tabla 2 fueron incorporados en planilla por concepto de inscripción, reanudaciones patronales, actualizaciones por omisión, afiliaciones y reanudaciones de trabajadores independientes y asegurados voluntarios, es decir, específicamente el servicio de inspección.

Es importante destacar que los resultados por regiones no deben compararse, debido a que las características y particularidades de cada una difieren sustancialmente. 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. Por tanto, se observa que la Región Central es la que posee mayor dimensión, mientras que la Región Brunca es la más pequeña, así los resultados responden a la característica regional.

1.2 Coberturas Especiales

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

1. **Contrato Marco de Adhesión para venta de servicios Caja Costarricense de Seguro Social-Aseguradoras.** La Junta Directiva, en el artículo 11, de la sesión No. 8564, celebrada el 1 de marzo del 2012, acordó aprobar la propuesta del contrato marco de adhesión para

el suministro y cobro de servicios médicos a suscribir por las aseguradoras que oferten pólizas de riesgos excluidos del Seguro de Salud.

2. **Automatización de la facturación a las Aseguradoras.** Con la implementación paulatina en marzo del 2012, del “**Módulo Informático de Facturación de Riesgos Excluidos**”, se logra estandarizar el procedimiento que las unidades de Validación de Derechos deben realizar para facturar servicios médicos a las asegurados, minimizando el error humano y simplificando los procedimientos de registro, control, pago y conciliación, además de facilitar la emisión de reportes para un mejor control interno en las unidades.
El Plan Piloto para la automatización de las facturas de cobro por Seguro Obligatorio Automotor y Seguro de Riesgos de Trabajo se inició en 7 centros médicos y concluyó en setiembre de 2012, con la incorporación del resto de hospitales y la totalidad de áreas de salud del país, para un total de 112 unidades que facturan.
3. **Diseño de protocolos médicos para atención de riesgos excluidos.** Mediante oficios GA-33639-12, GM 24615-2 y GF-15.057 del 01 de junio de 2012, suscritos por los respectivos Gerentes Administrativo, Médico y Financiero, se aprobó la propuesta de “Protocolo para Atención de Riesgos Excluidos Cubiertos por Seguros Obligatorios”, lo cual permite estandarizar a nivel nacional el proceso de atención y trámite a nivel médico de los casos de pacientes por riesgos excluidos.
4. **Capacitación sobre apertura del Mercado de Seguros.** Con el apoyo de la Superintendencia General de Seguros (SUGESE), se logró capacitar a más de 120 funcionarios a nivel nacional en materia de apertura de seguros y su impacto en la CCSS.
Las capacitaciones fueron impartidas por funcionarios de la SUGESE y dirigidas a los Administradores, Directores y Encargados de las Unidades de Validación de la Caja en las Regiones Central Sur, Central Norte, Huetar Norte, Huetar Atlántica y Chorotega.
5. **Plan Piloto apertura Unidades de Validación 24 horas.** Las Gerencias Financiera y Médica, con el respaldo de la Presidencia Ejecutiva y la aprobación del Consejo de Presidencia, autorizaron el desarrollo y puesta en marcha de un plan piloto por un periodo de seis meses, para que siete Unidades de Validación de Derechos, trabajaran mediante tiempo extraordinario durante las 24 horas del día, los siete días de la semana. El Plan Piloto contempló los Hospitales México, Alajuela, Calderón Guardia, San Juan de Dios, la Anexión, Cartago y Escalante Pradilla.
6. **Procesos de facturación y recaudación a personas no aseguradas con capacidad de pago.** Se conformó una comisión interdisciplinaria para la elaboración de un nuevo procedimiento administrativo y contable para el proceso de facturación por servicios médicos a pacientes no asegurados, el cual se encuentra prácticamente finalizado y únicamente a la espera de elaborar el diagrama de flujo del proceso.

Se trabajó en el diseño del requerimiento que permitirá el desarrollo de la herramienta informática para llevar el control de la facturación y cobro de manera digital. Según lo externado por la Dirección de Tecnologías de Información, éste desarrollo estaría listo en el tercer trimestre del año 2013.

Con circular GF-30.633 del 2 de nov. 2012, se inició el inventario de facturas a nivel nacional, el cual permitirá determinar el cobro a los no asegurados.

Proceso: Recaudación y Cobros: Recaudación física - virtual y Cobros

2.1. Gestión Cobratoria

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

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

1. Cobro preventivo

- a. **Centro de llamadas de cobro.** El Centro de Llamadas utiliza una plataforma tecnológica sistematizada de gestión de cobranza por la vía telefónica, la cual comenzó a funcionar desde el 2004, logrando una mayor cobertura y efectividad en la gestión de cobro a patronos y trabajadores independientes.

En el 2012, se realizaron 23 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.

- b. **Campañas publicitarias.** Se implementó una estrategia publicitaria, cuyo objetivo consistió en posicionar a la Caja Costarricense de Seguro Social como una entidad que realiza una eficiente y oportuna gestión cobranza a los patronos morosos, en la cual se efectuaron 26 comunicados de prensa.

2. Cobro administrativo

- a. **Centro de llamadas de cobro.** Por medio del sistema donde interactúa el ejecutivo de cobro con el patrono o trabajador independiente, se logró realizar 251.081 llamadas telefónicas, lo cual permitió una recuperación de ₡109.552 millones.

En el gráfico 1 se muestran las llamadas realizadas así como los montos recuperados en términos reales (sin el efecto de la inflación) del periodo 2004 al 2011.

**Gráfico 1: Llamadas realizadas y recuperación real Centro de Llamadas
Periodo 2004 – 2012 (Montos en millones de colones)**



/1 Año base

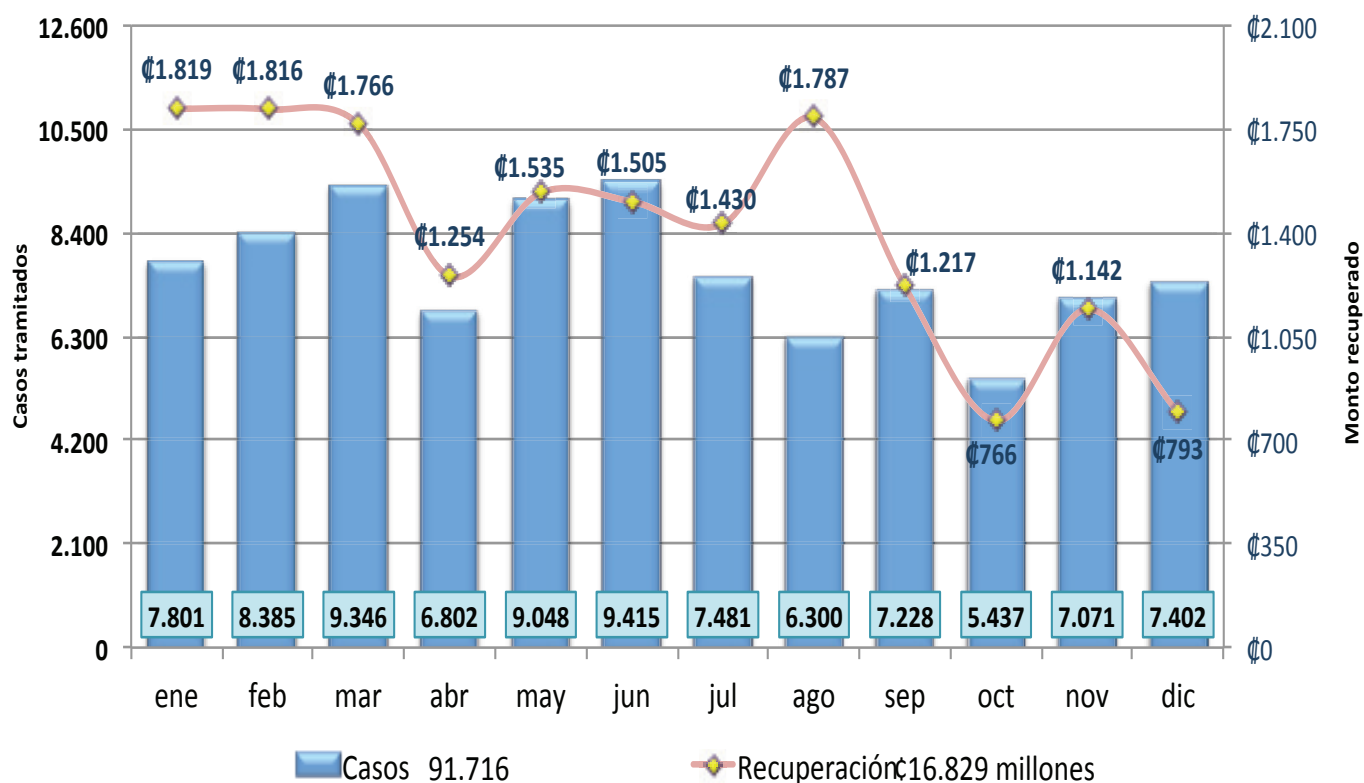
Fuente: Subárea Centro de Llamadas

- b. Programa Estratégico de Gestión Cobratoria (PEGC).** Es un programa diseñado para las Direcciones Regionales de Sucursales, cuyo objetivo es gestionar el cobro de manera focalizada en las diferentes unidades adscritas, lo cual permite un mayor control y seguimiento de los deudores con la Institución.

Por medio del PEGC, se lograron gestionar 91.716 casos por la suma de ¢66.728 millones, lográndose una recuperación de 28.268 casos por la suma de ¢16.829 millones, representando este monto el 25% de lo tramitado.

En el gráfico siguiente se muestra los casos gestionados, así como los montos recuperados durante el 2012 por este programa.

Gráfico 2: Casos y recuperación
Programa Estratégico de Gestión Cobratoria
Año 2012 (Montos en millones de colones)

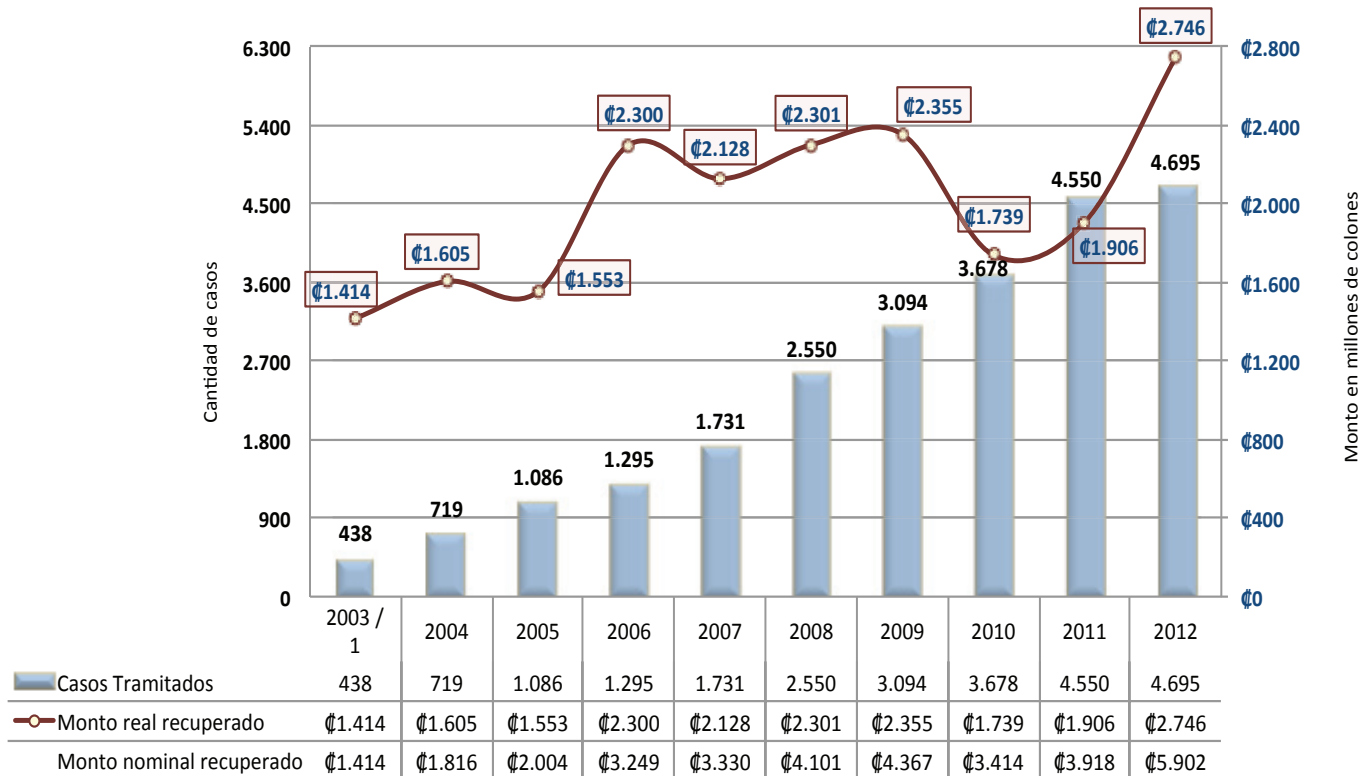


Fuente: Direcciones Regionales de Sucursales.

- c. **Procedimientos de Cierre de Negocios** El artículo 48 de la Ley Constitutiva establece la posibilidad de la Caja en 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.

El siguiente gráfico presenta los casos tramitados y los montos recuperados en términos reales, mediante Procesos de Cierre de Negocios por mora, durante el periodo 2003 – 2012.

**Gráfico 3: Procedimientos tramitados y recuperación real
Cierre de Negocios por Mora
Periodo 2003- 2012 (Montos en millones de colones)**



Año base 2003.

Fuente: Dirección de Cobros y Direcciones Regionales de Sucursales.

En 2012 se gestionaron 4.695 procedimientos de Cierre de Negocios por mora, con lo cual se generó una recuperación de ¢5.902 millones. Los cierres materializados fueron 193, recuperación que supera a la del año anterior.

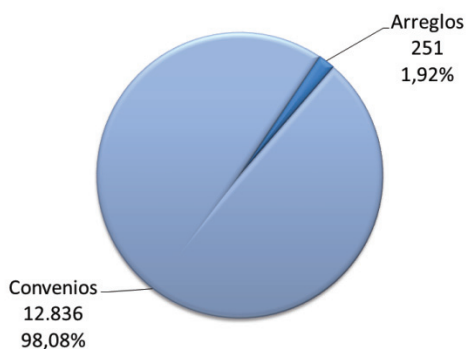
- d. Información de morosidad (artículo 74) en la Página Web de la CCSS.** Con motivo de las reformas al artículo 74 de la Ley Constitutiva de la CCSS y al artículo 65 del Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa, se permite que la Institución pueda suministrar información en forma digital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

En la actualidad se cuenta con 114 Instituciones con acceso a esta herramienta, lo que representa 1.148 usuarios activos con claves para realizar dicha consulta de la morosidad.

- e. **Adecuaciones de pago.** La adecuación de deuda es un mecanismo administrativo que permite a los patronos y/o trabajadores independientes normalizar su situación de morosidad con la Institución. Se rige por el Reglamento que regula la formalización y suscripción de arreglos y convenios de pago de las contribuciones a la seguridad social, el cual fue aprobado por la Junta Directiva en el artículo 20 de la sesión 8119 del 21 de diciembre 2006, normativa que fue reformada en el 2009³ y 2011⁴, en donde se plantearon una serie de mejoras que facilitan a los deudores normalizar su situación de morosidad con la institución.

De dichas modificaciones, se tienen los siguientes resultados para el 2012: formalización de 251 arreglos y 12.836 convenios de pago por montos de ¢3.572 y ¢30.233 millones, respectivamente, para un total de 13.087 adecuaciones de pago por un monto de ¢33.805 millones, lo anterior se observa en los gráficos N° 4 y 5.

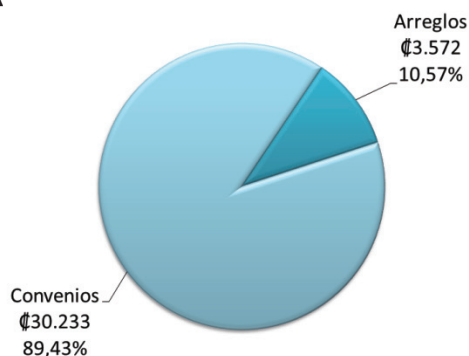
Gráfico 4
Adecuaciones de Pago
formalizadas
Año 2012



Total de adecuaciones: 13.087

Fuente: Dirección de Cobros.

Gráfico 5
Montos formalizados mediante
Adecuaciones de Pago
Año 2012
(Montos en millones de colones)



Monto total: ¢33.805 millones

Fuente: Dirección de Cobros.

3. Cobro judicial

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

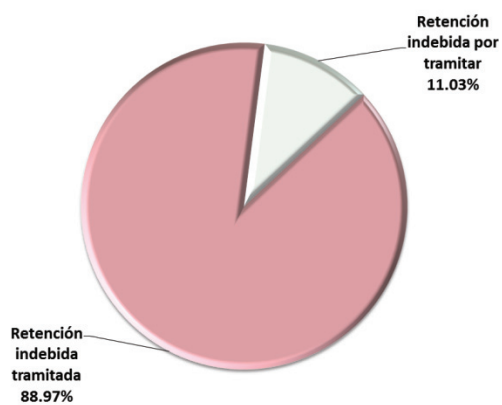
3 Reforma aprobada por Junta Directiva en el artículo 9 de la sesión N° 8329, del 05 de marzo de 2009

4 Reforma aprobada por Junta Directiva en el artículo 4 de la sesión N° 8506, del 05 de mayo del 2011 y reforma aprobada en el artículo 3, acuerdo primero de la sesión 8550 del 14 de diciembre de 2011.

Por lo anterior, producto de una aplicación más oportuna y apropiada, se logró obtener a diciembre 2012, un 87,01% la cartera de patronos en cobro judicial, como se observa en el gráfico 6.

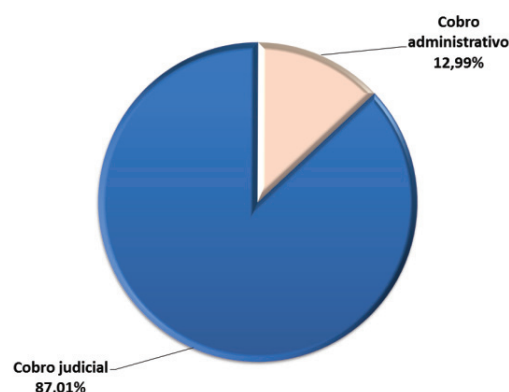
Por otra parte, el gráfico 7 muestra que para a ese mismo mes, se alcanzó denunciar penalmente el 88,97% de las deudas por cuotas obreras, por el delito de retención indebida, dado el incumplimiento de los patronos del artículo 45 de la Ley Constitutiva de la CCSS.

**Gráfico 6: Cartera de cobro judicial
Datos a diciembre 2012**



Fuente: SICERE

**Gráfico 7: Porcentaje de cuota obrera
certificada como Retención Indevida
Datos a diciembre 2012**



Fuente: SICERE

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.

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

Producto de las gestiones cobratorias y estrategias definidas por la Gerencia Financiera, a nivel nacional se tuvo una recuperación de ¢211.505 millones.

Entre los sectores con mayor porcentaje de recuperación se encontraron el comercio, las actividades inmobiliarias y la industria, para un total de ¢102.631 millones, lo cual representa un 48,52% del total recuperado.

**Tabla 3: Monto recuperado por sector económico
Periodo 2012 (Montos en millones de colones)**

Actividad económica	Monto	Porcentaje
Comercio	41.869	19,8
Actividades inmobiliarias y empresariales	39.964	18,9
Industrias manufactureras	20.797	9,8
Transporte y comunicaciones	17.280	8,2
Agricultura y ganadería	16.454	7,8
Otras actividades	14.484	6,8
Hoteles y restaurantes	14.141	6,7
Construcción	14.031	6,6
Servicios comunitarios	13.576	6,4
Servicios sociales y de salud	6.598	3,1
Administración pública y defensa	5.785	2,7
Enseñanza	3.834	1,8
Hogares privados con servicio doméstico.	2.691	1,3
TOTAL	211.505	100,0

Fuente: SICERE

En la gestión cobratoria de las Direcciones Regionales de Sucursales, la que posee mayor dimensión es la región Central (así mencionado en la sección de gestión de inspección) y por tanto esta participa con un 29.4% del total recuperado, para un monto de ₡62.107 millones, seguida por la región Huetar Norte con una representación del 15.6% equivalente a ₡32.895 millones, Chorotega con ₡17.921 millones y Huetar Atlántica con ₡10.960 millones. Por su parte, la Región más pequeña es la Brunca y ésta aporta el 4.4% del total recuperado (₡9.238).

2- Indicador de morosidad

Se experimentaron 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.

El gráfico 8 muestra los resultados obtenidos en los años comprendidos entre el 2005 y 2012, donde dicho indicador siempre se ha mantenido por debajo del 1%, porcentaje que se ajusta a la meta establecida en el Plan Estratégico Institucional y que además, es menor al porcentaje de la cartera directa de morosidad de los bancos comerciales del Estado, que al cierre del 2012, se ubicó en un 2,44%.

**Gráfico 8: Relación Morosidad activa versus Facturación
Periodos 2005 - 2012**



Fuente: Direcciones de Cobros y SICERE.

Por otra parte, respecto a las Sucursales, de manera estratégica las Direcciones Regionales coordinaron el establecimiento de la “Metodología de Evaluación para el Programa Estratégico de Gestión Cobratoria”, la cual permite uniformar procedimientos, establecer criterios de desempeño, definición de metas, entre otros.

2.2 Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE)

- a. **Facturación de cuotas y aportes.** En lo que respecta a la facturación de cuotas y aportes, para el mes diciembre 2012 se facturaron ¢188.326 millones los cuales corresponden a las cuotas de los seguros que administra la CCSS, los aportes de la Ley de Protección al Trabajador (Fondo de Capitalización Laboral y Régimen Obligatorio de Pensiones Complementarias) y las cuotas que la CCSS le recauda a otras Instituciones (INA, IMAS, ASFA y Banco Popular).

En 2012 el monto total facturado se descompone de la siguiente forma:

Tabla 4: Total Facturado
Enero a diciembre 2012 (en millones de colones)

Concepto	Monto Facturado	%
Seguro Pensiones	468,886	20
Seguro Salud	1,128,600	48
Aportes LPT	395,161	17
Cuotas de Otras Instituciones	351,375	15
Total	2,344,022	100

Fuente: Sistema Centralizado de Recaudación

El desglose de la facturación anual por periodo y dirección regional se puede apreciar en la tabla siguiente:

Tabla 5: Total Facturado Cuotas por Dirección Regional
enero a diciembre 2012 (en millones de colones)

Facturación	OO.CC.	Central	Norte	Chorotega	Atlántica	Brunca
enero	168,028	39,034	13,617	5,935	7,080	2,885
febrero	117,280	37,502	13,610	6,005	6,521	3,080
marzo	121,884	39,065	13,868	6,282	6,947	3,116
abril	120,017	37,926	13,851	5,799	6,882	3,032
mayo	111,530	36,321	14,381	5,646	6,923	3,127
junio	118,221	34,867	13,962	5,237	7,231	3,226
julio	111,467	35,591	14,556	5,324	6,767	3,134
agosto	115,419	36,923	15,805	5,355	7,261	3,417
setiembre	116,470	35,903	15,465	5,260	7,810	3,183
octubre	117,721	36,668	14,572	5,282	7,209	3,151
noviembre	23,332	36,701	15,153	5,348	7,047	3,269
diciembre	119,622	36,146	15,451	6,009	7,801	3,298
Total	1,460,993	442,647	174,293	67,482	85,479	37,918

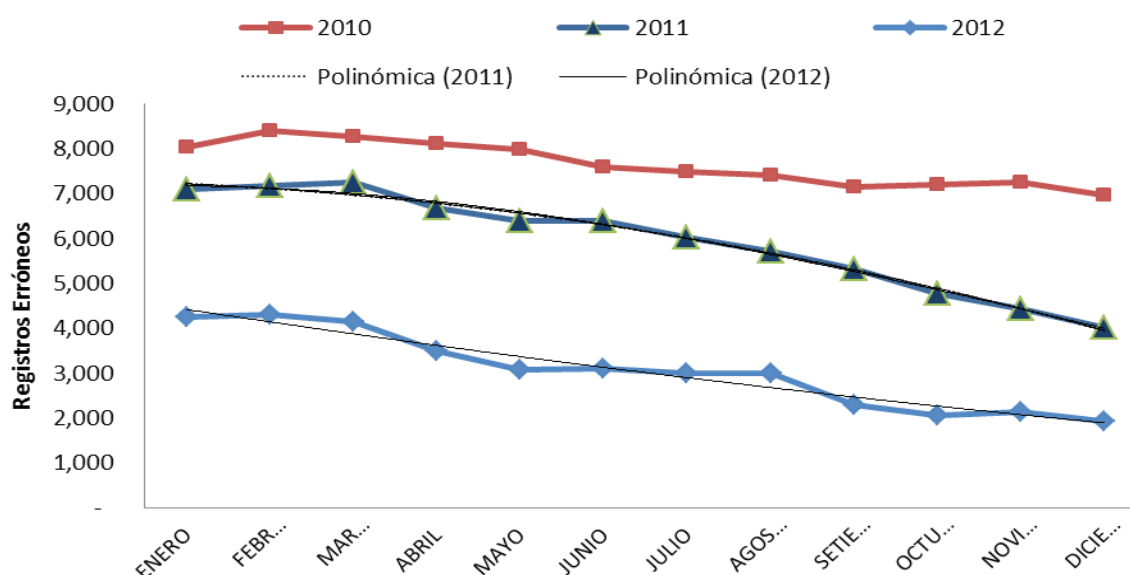
Fuente: Estadísticas del cubo

- b. **Corrección de Registros Erróneos.** Los resultados en la calidad de la información son sumamente positivos, se destinaron los recursos para lograr replicar la gestión de corrección de erróneos en el resto de las regiones con el acompañamiento de las jefaturas de Sucursales y Direcciones Regionales.

En forma general, en la siguiente gráfica, se visualiza el comportamiento de los erróneos desde el 2010 al 2012. En diciembre, se facturaron 1.289.191 trabajadores, mientras que en erróneos se detectaron 1926 casos a nivel nacional. En Oficinas Centrales, en enero 2012, se facturó un total de 691.069 trabajadores y de estos 1.424 trabajadores erróneos. Como resultado de las gestiones emprendidas para la facturación de diciembre 2012, en oficinas centrales, se facturó un total de 681.580 trabajadores y apenas 731 trabajadores erróneos, para apenas un 0.11% de registros erróneos facturados.

Destacar que para la facturación de diciembre 2012, se registraron 29 sucursales con 0 erróneos.

Gráfico 9: Incidencia de registros erróneos facturados
Periodos: 2010 al 2012



- c. **Disminución de datos inconsistentes de cuenta individual.** Se han venido controlando cada vez más las inconsistencias en la cuenta individual, utilizándose mecanismos de control más automatizados, en razón de ello, se alcanzó una reducción del 42% de un año al otro en la cantidad de casos detectados.
- d. **Libre Transferencia entre entidades.** Se aplicaron 390.918 movimientos a afiliación a través de la Oficina Virtual del SICERE por Libre Transferencia, en las Operadoras de Pensiones, las oficinas de la CCSS o los afiliados por su propia cuenta utilizando Internet.

El detalle mensual de movimientos aplicados se muestra en la tabla 6.

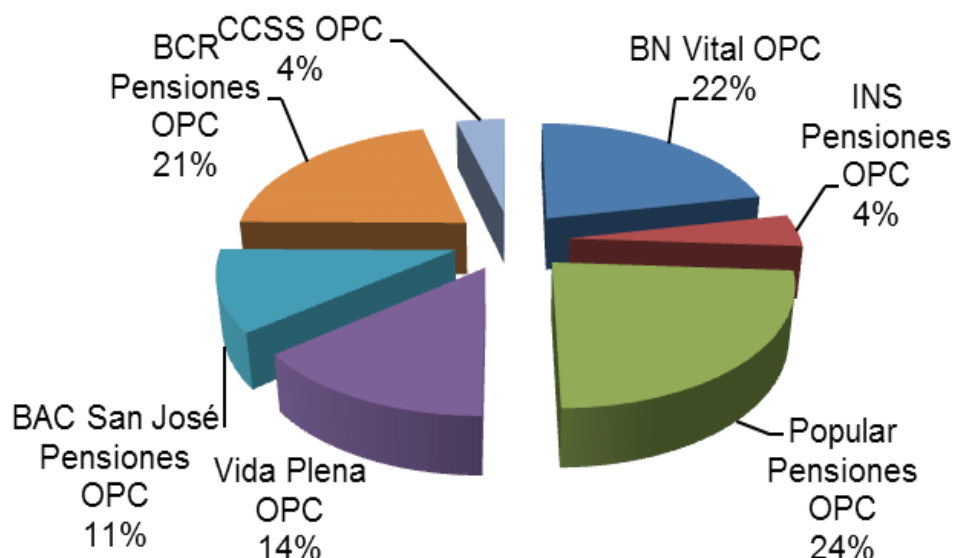
**Tabla 6: Traslados Aplicados por Libre Transferencia (Ingresos)
Año 2012**

Mes	BN Vital OPC	INS Pen-siones OPC	Popular Pen-siones OPC	Vida Plena OPC	BAC San José Pen-siones OPC	BCR Pensiones OPC	CCSS OPC	TOTAL
Enero	6,945	3,097	4,942	4,065	3,326	7,444	1,610	31,429
Febrero	7,128	3,620	6,812	4,646	3,452	7,608	1,646	34,912
Marzo	6,097	3,671	8,856	5,041	3,699	9,497	1,591	38,452
Abril	4,414	2,465	7,140	3,920	2,785	6,857	1,200	28,781
Mayo	6,849	3,691	10,035	6,359	4,134	8,434	1,709	41,211
Junio	8,119	560	10,194	6,361	3,522	7,689	1,281	37,726
Julio	9,835		10,391	7,134	3,999	7,266	1,281	39,906
Agosto	10,060		10,004	5,905	4,880	8,578	1,220	40,647
Setiemb.	9,656		9,470	5,086	4,795	7,230	1,023	37,260
Octubre	11,078		10,392	5,239	5,065	7,385	1,697	40,856
Noviemb.	4,401		4,892	1,994	2,659	3,466	992	18,404
Diciemb.	172		156	31	553	123	299	1,334
TOTAL	84,754	17,104	93,284	55,781	42,869	81,577	15,549	390,918

Se aprecian dos aspectos importantes en el comportamiento mensual del año 2012, por una parte, a partir del mes de Julio, INS Pensiones OPC, que mostraba un promedio de traslados con una media mensual de 3.000 movimiento, deja de realizar la labor de afiliación, debido a que entra en un proceso de Fusión, con Popular Pensiones OPC, que culmina en el mes de diciembre de 2012 con la absorción completa de INS Pensiones OPC por parte de Popular Pensiones. En segundo lugar, se visualiza una disminución drástica en la cantidad de movimientos durante los últimos dos meses del año; esta situación se presenta debido a un cambio normativo en el modelo de Libre Transferencia impulsado por la Superintendencia de Pensiones e implementado en el SICERE a partir de mediados del mes de noviembre de 2012.

Porcentualmente, la participación por entidad dentro del proceso de Libre Transferencia para el año 2012, se visualiza a continuación:

Gráfico 10: Participación Porcentual de Libre Transferencia, Año 2012



Fuente: SICERE

- e. **Traslado de Aportes a las Operadoras de Pensiones.** A través del Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE), se individualizaron y distribuyeron ¢304.994 millones a las cuentas individuales de los trabajadores administradas por las Operadoras de Pensiones (¢214.161 millones para el Fondo de Capitalización Laboral y ¢90.597 millones para el Régimen Obligatorio de Pensiones).

La entidad que más recursos percibió fue Popular Pensiones OPC, con ¢98.527 millones, lo que representa un 32.33% del total, seguido de BN Vital OPC, con ¢55.929 millones, lo que representa un 18.35% y BCR Pensiones OPC con ¢39.558 millones, lo que representa un 12.98%.

La tabla 7 muestra el detalle del monto total distribuido por entidad para el año 2012.

**Tabla 7: Distribución de Aportes LPT a las Operadoras de Pensiones
Año 2012 (en millones de colones)**

Entidad	Fondo de Capitalización Laboral (FCL)	Régimen Obligatorio de Pensiones (ROP)	Total	%
BN Vital OPC	39,737	16,193	55,929	18
INS Pensiones OPC	3,670	1,790	5,460	2
Popular Pensiones OPC	62,528	36,000	98,528	32
Vida Plena OPC	25,206	12,088	37,294	12
BAC San José Pensiones OPC	23,472	11,522	34,994	11
BCR Pensiones OPC	27,982	11,576	39,558	13
CCSS OPC	31,566	1,428	32,995	11
TOTAL	214,161	90,597	304,758	100

Solo se registran 7 Operadoras de Pensiones, a diferencia del año 2011, producto de la fusión de INS Pensiones con BCR Pensiones, que se concretó a inicios del año 2012.

f. Sistema de Gestión de Calidad y Mejora Continua

En el año 2012 se incorporaron al Sistema de Gestión de Calidad, la totalidad los procedimientos ejecutados en la Dirección, bajo la Norma ISO 9001 2008, atendiendo además los requisitos normativos establecidos.

Durante el mes de noviembre, la empresa INTECO efectuó auditoría con el fin de establecer si nuestro Sistema de Gestión de Calidad se mantenía acorde con la norma. Los resultados fueron contundentes, obteniendo la Dirección una renovación del certificado por dos años más

Proceso 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.

1.1 Gestión Financiero Contable

1. Gestión Financiera

En el año 2012, gracias a las diferentes alianzas estratégicas y comerciales con entidades del sector público y privado, se ha dispuesto una importante cantidad de puntos de pago para la cancelación de las cuotas por parte de patronos, asegurados voluntarios y trabajadores independientes.

Estas alianzas han sido posibles gracias a la relación establecida con el Banco Nacional, quien integra, a través de su plataforma tecnológica, a diferentes entidades financieras y comerciales, tales como los puntos Servimás (ubicados en los supermercados Palí, Más x Menos, Maxibodegas y Walmart), Farmacias SUCRE, Teledolar, grupo MUCAP, Coopeande, Desifin, Lafise, Grupo Mutual Alajuela, Banco Scotiabank, Banco Promérica, Banco BCT, Banco Cathay, Coopeservidores, Caja de Ande y Banco Popular; así como los puntos comerciales denominados BN Servicios, los cuales suman 2.309.



Tras un año de funcionamiento del Centro de Resonancia Magnética de la CCSS, autoridades de la CCSS reconocieron el mejoramiento y afinamiento en el diagnóstico de diversas enfermedades.

A continuación, se enlista el total de agencias recaudadoras externas al 31 de diciembre del 2012, así como su porcentaje de participación:

**Tabla 8: Detalle de las Agencias Recaudadoras Externas
Al 31 de Diciembre del 2012**

	Puntos	%
Banco Nacional*	199	17
Banco Lafise	16	
Banco Popular	98	
Banco Scotiabank	39	
Servimás Más x Menos	25	
Servimás Palí	21	
Servimás Maxi Bodega	13	
Servimás Hipermás	6	
Farmacias SUCRE	50	
Grupo MUCAP	17	
Grupo Mutual	56	
Otros	31	
Total Corresponsales Banco Nacional	372	32
Banco de Costa Rica	245	21
Megasuper	84	7
Corporación CEFA	101	9
Coopealianza	49	4
Banco Bac San José	57	5
BanCrédito	42	4
Banco HSBC	30	3
Total	1.179	100
*Además existen alrededor de 2.309 BN Servicios.		

Fuente: Subárea Recaudación Externa, CCSS.

En total, se ha dispuesto de 1.262 puntos o centros de recaudación, incluyéndose las 83 Sucursales de la Institución, de manera que los patronos, asegurados voluntarios y trabajadores independientes dispongan de diferentes agencias de recaudación en todo el país para cumplir con sus obligaciones.

Asimismo, y con el fin de continuar brindando opciones de pago eficaces y eficientes al usuario, se ha dispuesto la herramienta Autogestión Planilla en Línea, que permite realizar tanto el pago de las cuotas, obrero patronales, trabajador independiente y seguro voluntario; como actualizar los datos obrero patronales (inclusiones, exclusiones, cambios salariales, etc.).

Los pagos efectuados se registran en línea y la plataforma tecnológica cuenta con los estándares y requerimientos que establece el Banco Central de Costa Rica, en vista que el servicio opera por medio del Sistema Nacional de Pagos Electrónicos (SINPE). Seguidamente se muestra el detalle de las sumas recaudadas al cierre del año 2012 por medio de esta forma de recaudación:

Tabla 9: Recaudación Autogestión Planilla en Línea
Débitos en Tiempo Real
Periodo 2012
(Montos en millones de colones)

Periodo	Casos	Monto recaudado
enero	644	1.545
febrero	608	1.495
marzo	664	1.513
abril	639	1.856
mayo	902	2.006
junio	796	1.991
julio	944	1.945
agosto*	1021	18.716
setiembre	1059	18.045
octubre	1099	17.564
noviembre	1059	19.224
diciembre	1055	23.795
Total	10.490	109.696

*Incluye pago de cuotas obrero patronales de la CCSS.

Fuente: Subárea Recaudación Externa, CCSS.

Este tipo de modalidad de pago experimentó un importante crecimiento en el año 2012 en relación con el periodo anterior, ya que se incrementó el número de pagos efectuados, de 4.926 pagos a 10.490, además los ingresos generados por esta forma de pago variaron de ₡15.625 millones de colones, en el año 2011, a ₡109.695 millones al año 2012, principalmente por el pago de cuotas obrero patronales.

En respuesta a las diferentes acciones establecidas para la recaudación de las cuotas obrero patronal, trabajador independiente y asegurado voluntario, de ambos Seguros (Salud y Pensiones), la recaudación total desde el año 2008, se ha incrementado de ₡1.488.515 millones, según los datos históricos del año 2008 a ₡2.415.850 millones, en el periodo 2012, es decir, un crecimiento de ₡927.335 millones en el periodo.

**Tabla 10: Recaudación Total de la Institución por diferentes medios
para el periodo comprendido del 2008 al 2012
(Montos en millones de colones)**

Año	CCSS		Medios Externos de Recaudación		Débitos directos y débitos en tiempo real		Recaudación Total	
	Total	% Var.	Total	% Var.	Total	% Var.	Total	% Var.
2008	634,713	6.8	716,685	29.8	137,117	78.0	1,488,515	--
2009	655,635	3.3	801,954	11.9	243,569	77.6	1,701,159	14.3
2010	684,440	4.4	931,994	16.2	330,841	35.8	1,947,275	14.5
2011	618,323	-9.7	1,065,328	14.3	508,804	53.8	2,192,455	12.6
2012	545,686	-11.7	1,197,046	12.4	673,117	32.3	2,415,850	10.2
Total	3,138,798		4,713,007		1,893,449		9,745,254	

Fuente: Subárea Recaudación Externa, CCSS.

2. Gestión Contabilidad de Costos

Esta gestión es responsable de desarrollar estudios de contables, financieros y económicos, que faciliten a todos los niveles organizacionales disponer de información confiable y oportuna para el proceso de planeación, control y toma de decisiones, así como brindar asesoría y establecer políticas en materia de costos y afines.

En términos globales, a diciembre 2012, se realizaron 12 estudios para cobro de servicios, de los cuales 5 corresponden a procedimientos administrativos como el suministro de información a diferentes Instituciones, servicios de recaudación y formación de profesionales (ATAPS y REMES). Además, se brindó colaboración a la Dirección Actuarial para establecer las tarifas de SICERE. Los otros 6 estudios corresponden al campo médico, los cuales se incorporaron al Modelo Tarifario para fortalecer el listado de procedimientos médicos que se cobran a pacientes no asegurados, patronos morosos y aseguradoras.

Tabla 11: Estudios realizados

Estudio costos de recaudación CETRENS y otros.	Estudio costo de interconsulta.
Estudio costo del curso de registros médicos.	Estudio costo de visita de un ATAP.
Estudio costos del suministro de información a DIGECA-MINAET.	Estudio costo hora quirófano.
Estudio costos del suministro de información a la UNA.	Estudio costo tratamiento paciente VIH.
Estudio costos de formación ATAPS.	Estudio costo de la Unidad de Quemados.
Colaboración en estudio de la Dirección Actuarial para establecer las tarifas de SICERE.	Estudio de actualización del costo de exámenes del Área de Inmunología del grupo de Laboratorio Clínico.

En cuanto a los estudios desarrollados en el periodo en mención para el pago de servicios, se contabilizan 97 informes de relevancia, de los cuales 94 pertenecen a procesos administrativos y 3 a procedimientos médicos que deben cancelarse a terceros.

3. Gestión Administración y Aseguramientos de Bienes

Durante el año 2012, en materia de control de las propiedades del Seguro de Salud y evaluación e implementación de mecanismos eficientes para el aseguramiento de todos los activos patrimoniales de la Institución (edificios, equipos, maquinaria, mobiliario y mercadería), se efectuaron las siguientes acciones:

En materia de **Administración de Propiedades**, se logró con la colaboración del único profesional en Topografía disponible en toda la Institución, dotar de planos catastrados y estudios topográficos a un importante número de propiedades que adolecen de ese documento, así como de facilitar la ubicación y localización de inmuebles y obtener su geo referenciación.

Tabla 12: Casos atendidos

1. Terreno para la Clínica de Barva	24. Finca 8, Osa
2. Terreno para EBAIS de Cedral	25. Hospital Monseñor Sanabria
3. EBAIS El Roble Puerto Viejo	26. Sucursal Tilarán
4. Sucursal Atenas	27. Sucursal Abangares
5. Clínica San Gabriel	28. Sucursal Bagaces
6. Clínica San Ignacio	29. Clínica Puerto Jiménez
7. Casa de Enfermería, San Vito de Coto Brus	30. EBAIS Bella Luz, Corredores
8. PVP Fila Pinar	31. Clínica Moreno Cañas
9. Terreno Finca Villas Playa Samara, Boca Tapada San Carlos	32. Clínica Santa Bárbara, Santa Cruz de Guanacaste
10. CENARE	33. Clínica Cartagena, Guanacaste
11. EBAIS Tacares, Grecia	34. Clínica Jicaral, Puntarenas
12. EBAIS Mansión, Nicoya	35. Clínica de Santa Cruz, Turrialba
13. EBAIS Quebrada Honda, Nicoya	36. Clínica Cot, Oreamuno Cartago
14. EBAIS 1 y 2, Upala	37. Clínica y Sucursal de Ticabán.
15. EBAIS Cangrejal, Playa Samara	38. Nuevo Hospital de Turrialba
16. EBAIS Virginia, Nicoya	39. Red Oncológica Hospital México
17. EBAIS Santa Marta, Buenos Aires	40. Terreno p/Edificio Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos
18. EBAIS Guácimo, Buenos Aires	41. Medicina Nuclear Hospital San Juan de Dios
19. Clínica de Naranjo	42. EBAIS Mataplatano
20. Terreno para EBAIS de Tirrases	43. Clínica Solón Núñez
21. Finca 2, Osa	44. EBAIS San Rafael, San Ramón
22. Finca 4, Osa	45. Clínica San Joaquín de Flores
23. Finca 6, Osa	

En cuanto al proceso de aseguramiento de los bienes institucionales, destaca la inspección y constante asesoría en materia de prevención de riesgos, efectuada por el equipo de ingenieros de la Sub Área de Gestión del Aseguramiento. Como parte de este proceso, se administran 11 pólizas que brindan protección al patrimonio institucional incluidos edificios, equipo, maquinaria, mobiliario, suministros o mercadería y vehículos, además de lo relacionado con los

riesgos laborales de los funcionarios de la CCSS, responsabilidad civil a terceros y la cobertura INS Medical a los funcionarios del Cuerpo Diplomático del Ministerio de Relaciones Exteriores.

En el año 2012, se renovaron los siguientes contratos de pólizas con el ente asegurador, Instituto Nacional de Seguros (INS) las primas canceladas en el periodo 2011-2012 se muestran a continuación:

**Tabla 13: Detalle de primas pagadas al
Ente Asegurador correspondientes al periodo 2011-2012
(en millones de colones)**

Pólizas 2012	Monto Pagado
Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo	2.343
Póliza Cuerpo Diplomático INS MEDICAL	1.325
Incendio Todo Riesgo Daño Físico	1.053
Vehículos Uso Particular	78
Vehículos Uso Discrecional	6
Responsabilidad Civil Calderas	0.5
Póliza embarcaciones y casco	0.4
Responsabilidad Civil General	0.15
Aéreo seguros	0.15
Responsabilidad Civil Piscinas	0.11

Fuente: Área Administración y Aseguramientos de Bienes, CCSS

Como parte del seguimiento efectuado a la renovación de estas pólizas, es importante indicar que en el año 2012, se realizaron 18 inspecciones en conjunto con peritos del Instituto Nacional de Seguros, con el fin de determinar posibles condiciones de riesgo y definir medidas de seguridad para eliminar los factores que podrían originar un siniestro. Además, se realizaron 14 visitas de seguimiento a los informes del INS, y verificación del avance de las medidas de seguridad incluidas en el Plan Continuo de Mejoramiento de Riesgos de los centros de salud y edificios administrativos de la CCSS.

La Subárea Gestión del Aseguramiento ha generado esfuerzos para que a nivel Institucional se incentive la cultura de prevención. En el año 2012, una de sus principales herramientas fue la capacitación a las unidades adscritas a las Direcciones Regionales y la capacitación a funcionarios de la Institución por medio de una Cooperación Internacional con Colombia.

Un hecho importante a destacar en el año 2012, corresponde a las gestiones relacionadas con el **ajuste de pérdidas por siniestro**, en especial las derivadas del sismo del 5 de setiembre de 2012, el terremoto que más afectó los bienes Institucionales en el año. El compendio de

información elaborado por los funcionarios de la Subárea Gestión del Aseguramiento de Bienes, en conjunto con otras dependencias institucionales; tales como Dirección de Arquitectura e Ingeniería, Dirección Administración de Proyectos Especiales, Dirección de Mantenimiento Institucional, Dirección Equipamiento Institucional, Direcciones Regionales y las unidades afectadas, permitieron determinar el monto de la pérdida para el ajuste con la aseguradora.

Otros Asuntos de Interés

a. Proyecto de Modernización Sistema Financiero Institucional

La Caja Costarricense de Seguro Social, ha estado desarrollando un fuerte proceso de transformación en busca de la modernización en la prestación de sus servicios, soportado Gráficamente, la estructura del modelo de gestión financiera, se puede visualizar de la siguiente manera: en una gestión más eficiente en los procedimientos que se ejecutan en cada área de la Institución. Gran parte de este proceso de modernización requiere el respaldo de una adecuada e innovadora gestión tecnológica y de la inversión en capacitación de los funcionarios para adecuar la organización a los nuevos retos y responsabilidades consecuencia de este proceso. No obstante, algunas áreas medulares de la gestión organizacional y que son pilares para la consecución de los objetivos planteados, han quedado rezagados en el proceso de evolución que se espera de la Institución.

Ante dichas necesidades, la Institución inició un proceso para desarrollar el Proyecto de Modernización del Sistema Financiero Institucional, destacándose ventajas como: acceso y registro de información financiera de costos y contable en los diferentes niveles, disponibilidad permanente para acceder información integrada, renovación de las capacidades técnicas, consolidación de un esquema de gestión basado en el control de costos.

Es importante destacar que para la definición del Nuevo Modelo se seleccionaron las actividades y gestiones operativas consideradas fundamentales en la Institución para lograr el manejo integral de la información. Además, el Modelo plantea bajo un marco conceptual altamente integrado que busca mejorar la operación institucional en materia financiero contable y de costos.

b. Negociación de la Deuda Estatal

Conforme lo establecido en la programación y las gestiones realizadas ante el Ministerio de Hacienda, el 30 de marzo del 2012, ingresó a las arcas institucionales en el Seguro de Salud la suma de ₡7.800 millones, los cuales ingresaron a la cuenta corriente 3599-8 mediante documento número 3704019, como pago de la deuda estatal, según convenio firmado en agosto de 2007, para los años 2008 hasta 2020.

Adicionalmente, durante el año 2012, se presentaron propuestas de convenio para el pago de la deuda del Estado con la CCSS, siendo la última versión de propuesta enviada por parte del Área de Contabilidad Financiera a finales del mes de noviembre, a las autoridades superiores para su valoración. Adicionalmente, mediante oficio DM-1407-12 de fecha 06 de noviembre del 2012, el Ministerio de Hacienda, remitió una contrapropuesta de los cronogramas remitidos en su momento por la Gerencia Financiera. Esta planteó un conjunto de cambios importantes de acuerdo con lo remitido por la Institución, por lo cual, se encuentran en proceso de revisión y coordinación con ese Ministerio a fin de llegar a una propuesta consensuada.

En complemento de lo anterior, es importante destacar las acciones realizadas para mantener actualizadas las cifras por concepto de la deuda del Estado, con el fin de disponer de la información para un futuro convenio.

c. Negociación de la Deuda Estatal

Conforme lo establecido en la programación y las gestiones realizadas ante el Ministerio de Hacienda, el 30 de marzo del 2012, ingresó a las arcas institucionales en el Seguro de Salud la suma de ¢7.800 millones, los cuales ingresaron a la cuenta corriente 3599-8 mediante documento número 3704019, como pago de la deuda estatal, según convenio firmado en agosto de 2007, para los años 2008 hasta 2020.

Adicionalmente, durante el año 2012, se presentaron propuestas de convenio para el pago de la deuda del Estado con la CCSS, siendo la última versión de propuesta enviada por parte del Área de Contabilidad Financiera a finales del mes de noviembre, a las autoridades superiores para su valoración. Adicionalmente, mediante oficio DM-1407-12 de fecha 06 de noviembre del 2012, el Ministerio de Hacienda, remitió una contrapropuesta de los cronogramas remitidos en su momento por la Gerencia Financiera. Esta planteó un conjunto de cambios importantes de acuerdo con lo remitido por la Institución, por lo cual, se encuentran en proceso de revisión y coordinación con ese Ministerio a fin de llegar a una propuesta consensuada.

En complemento de lo anterior, es importante destacar las acciones realizadas para mantener actualizadas las cifras por concepto de la deuda del Estado, con el fin de disponer de la información para un futuro convenio.

Fondo Retiro Ahorro y Préstamo

El Fondo de Retiro Ahorro y Préstamo (FRAP) se creó por medio de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, del 17 de octubre de 1943, específicamente según los alcances del artículo 21, que literalmente establece:

“...Todos los trabajadores gozarán de un régimen especial de beneficios sociales que elaborará la Junta Directiva. Este régimen comprenderá la formación de fondos de retiro, de ahorro y préstamos, un plan de seguros sociales y los otros beneficios que determine la Junta Directiva...”.

El 08 de enero del 2004, mediante el artículo 7º de la sesión N° 7823, la Junta Directiva de la Institución decide efectuar modificaciones reglamentarias al FRAP, entre las que destacan las siguientes:

- La aprobación del documento “Reglamento del Fondo de Retiro, Ahorro y Préstamo de los Empleados de la Caja Costarricense de Seguro Social”.
- La creación de la Dirección Ejecutiva del FRAP con la integración de las actividades propias del FRE y del FAP. De acuerdo con el artículo 18º del reglamento del FRAP.

a. Fondo de Retiro de Empleados (FRE).

Este Fondo fue creado para efectuar la administración de un aporte institucional (2% de los salarios ordinarios de la Institución), que constituye como un beneficio definido de pensión complementaria, el cual lo otorga la CCSS para proteger a los trabajadores que se jubilen laborando a su servicio en una plaza contemplada en el presupuesto de salarios ordinarios, según el Estatuto de Servicio de la Institución.

- a. **Pensiones y Afiliados.** En línea con lo anterior, seguido se muestra el comportamiento en la cantidad de afiliados y pensionados del FRE, desde el año 2002 al cierre del mes de diciembre 2012:

**Tabla 14: Número Acumulado de Afiliados y Pensionados Totales.
Período 2002- 2012**

Año	Afiliados	Pensionados	Radio Soporte
2002	35.714	5.439	6.57
2003	35.812	6.033	5.94
2004	36.574	6.596	5.54
2005	37.723	7.175	5.26
2006	39.421	7.764	5.08
2007	41.944	8.279	5.07
2008	44.349	8.860	5.01
2009	47.341	9.445	5.01
2010	48.933	10.138	4.83
2011	49.185	10.805	4.55
2012	48.780	11.751	4.15

Fuente: Estadísticas del Fondo de Retiro Empleados.

Considerando las medidas implementadas por la institución para el cierre del 2012, existe una disminución en la cantidad de afiliados, el cual cierra en 48,780. Respecto al número de pensionados, como se observa en la tabla 14, existe un crecimiento considerable en el transcurso de los últimos 11 años, el cual cerró en diciembre 2012, en la suma de 11.751 beneficiarios del FRE.

Con respecto al radio soporte, este indicador corresponde a la cantidad de afiliados que respaldan el pago de una pensión complementaria, se aprecia cómo se ha disminuido desde el año 2002, hasta llegar a diciembre 2012 a ubicarse 4.15 personas por pensión.

La distribución de pensionados según riesgo, se detalla a continuación:

**Tabla 15: Cantidad de Pensionados -Por riesgo-
Al 31 de diciembre 2011-2012**

AÑO	RIESGO				
	INVALIDEZ	VEJEZ	MUERTE	OTROS	TOTAL
2011	3.602	5.311	1.123	769	10.805
2012	3.652	6.176	1.156	767	11.751
Variación porcentual	1.39%	16.29%	2.94%	-0.26%	8.76%

Fuente: Estadística del Fondo de Retiro

El total de pensionados alcanzó la suma de 11.751 personas, de los cuales el mayor número de pensionados correspondió a los casos por vejez con 6,176 casos, invalidez con 3.652 casos, muerte con 1.156 y 767 correspondieron a casos por Hacienda o Magisterio.

En relación con el aporte con que se financian estas pensiones, a diciembre 2011, se alcanzó la cifra de ¢11,797 millones, mientras a diciembre 2012 se registró un monto de ¢12,228 millones.

Acerca del histórico del gasto por pensiones, se ha mantenido una tendencia creciente, alcanzando los ¢9,096 millones de colones a diciembre 2011, llegando a un tope máximo por pensión de ¢295,552. A Diciembre 2012, el monto acumulado llegó a ¢11,264 millones con un tope máximo por pensión de ¢302,328.

- b. Inversiones:** Con respecto a las inversiones que se efectuaron para la capitalización de los aportes, se presenta la distribución del portafolio de inversiones de FRE por sector a diciembre 2012, donde el valor facial colonizado del portafolio de inversiones del FRE fue de ¢147.465 millones (incluyendo la cuenta corriente), su rendimiento promedio ponderado fue del 9.86% (este rendimiento no contempla el monto de la cuenta corriente), y su rendimiento real neto fue de 5.08%. Se desglosa de la siguiente forma:

**Tabla 16: Distribución del Portafolio de Inversiones del Fondo de Retiro
Por Sector, al 31 de Diciembre 2012
(monto en millones de colones)**

Año	Sector	Monto	% Particip.	% Según Política (*)
dic-12	Público	82,894	56	69
	Resto del sector público	37,357	25	34
	Privado	25,965	18	99
	Cuenta corriente	1,249	0.01	
Total		147,465	100	

Fuente: Subárea Gestión de Inversiones

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

El Fondo acumuló reservas por el orden de los ¢146.216 millones, colocados mayoritariamente en el sector público con un 56%. 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; SUGEVAL; SUGEF).

Tabla 17: Distribución del Portafolio de Inversiones del FRE por Emisor
Monto en millones de colones

Año	Emisor	Monto	% Particip.	% Particip. Según política *
dic-12	BCCR	11.160	7,56	N/A
	BIMPR	1.300	0,88	10
	BPROM	3.600	2,44	10
	BNCR	5.978	4,05	10
	BCR	7.942	5,38	10
	BPDC	12.971	8,78	10
	BSJ	5.815	3,94	10
	CFLUZ	3.750	2,54	10
	G	71.733	48,56	N/A
	ICE	6.716	4,55	10
	MADAP	12.681	8,58	10
	MUCAP	129	0,09	10
	BLAFI	2.440	1,65	10
	Cuenta corriente	1.249	0,01	10
	Total	147.465	100	

Fuente: Subárea Gestión de Inversiones

*Porcentaje recomendado por la Superintendencia de Pensiones en el Reglamento de Inversiones de Entidades Reguladas (Art. 29 inciso a)

El porcentaje máximo de participación de cada emisor privado y resto del sector público es un 10% del total del portafolio, con excepción del Banco Central de Costa Rica y el Gobierno.

-Comité de Riesgos: Tiene la finalidad de cumplir con una adecuada administración de los riesgos financieros, que consiste en minimizar el valor en riesgo o la pérdida esperada o no esperada en el valor del portafolio, ya sea por la exposición al riesgo de mercado, de concentración, de crédito, de liquidez u otros. Para el 2012, los indicadores de riesgos a los que se encontró expuesto el portafolio total de inversiones del FRE se encuentran dentro de los límites establecidos en los Reglamentos y Políticas utilizados para este Fondo.

-Comité de Inversiones: Este Comité tiene la función principal de analizar las mejores opciones de mercado para la colocación de recursos en búsqueda de rendimientos adecuados que permitan la capitalización del Fondo de Retiro de Empleados. En 2012, el Comité de Inversiones efectuó alrededor de dos sesiones al mes.

-Comité de Auditoría: El Comité de Auditoría del FRE fue conformado con el objetivo de dar cumplimiento a las funciones y responsabilidades descritas en el reglamento de Auditores Externos y Medidas de Gobierno Corporativo Aplicable a Sujetos Fiscalizados por SUGEF, SUGEVAL y SUPEN; entre estas se incluye la aprobación mensual de los estados financieros auditados.

- c. **Estados Financieros FRE.** En este apartado se presenta el resumen de los principales estados financieros del FRE:

**Tabla 18: Fondo de Retiro de la CCSS
Estado Comparativo de Productos y Gastos
2006 – 2012 (En millones de colones)**

CONCEPTO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Productos Ordinarios	12.424	10.735	18.159	11.555	13.073	13.012	14.276
Gastos Ordinarios	1.355	5.519	2.913	1.254	1.327	907	1.185
Diferencia Productos-Gastos	11.069	5.216	15.246	10.300	11.745	12.105	13.091

Fuente: Estadísticas Subárea Gestión Contable, FRAP.



La presidenta de la CCSS, Ileana Balmaceda entregó 54 motocicletas a 27 centros médicos para que estos realicen una mejor atención a la población asegurada.

El cuadro presenta la situación al cierre del mes de diciembre del 2012 en que se tuvo una diferencia de ¢13.091 millones de utilidad.

**Tabla 19: Fondo de Retiro de la CCSS: Balance de Situación
2006 – 2012 (En millones de colones)**

CONCEPTO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Activo	77.018	90.351	91.416	106.328	122.236	136.963	148.834
Pasivo	30.212	45.921	42.338	53.287	78.995	96.788	125.766
Patrimonio	46.806	44.430	49.078	53.040	43.241	40.175	23.067
Total Pasivo + Patrimonio	77.018	90.351	91.416	106.328	122.236	136.963	148.834

Fuente: Estadísticas Subárea Gestión Contable, FRAP.



Autoridades de Gobierno, Legislativas, Municipales e Institucionales firmaron la compra del terreno donde se construirá el nuevo hospital para la provincia de Cartago.

b. Fondo de Ahorro y Préstamo (FAP)

Comportamiento en la Afiliación al FAP

A continuación se presenta el cuadro que detalla la evolución del número de afiliados obtenida en la gestión de la Dirección Ejecutiva:

Tabla 20: Número de Afiliados 2008- 2012

A Diciembre	Nº Afiliados	Tasa de Var. %
2008	12.040	11.53
2009	14.331	19.03
2010	15.888	10.86
2011	16.282	2.48
2012	18.208*	11.83

Fuente: Área Ahorro y Préstamo

*Total de Afiliados registrados

Se observa que el proceso de promoción y mercadeo ha generó un crecimiento importante en el número de afiliados en los últimos años, alcanzando tasas de crecimiento superiores al 10%.

Casos y Montos Girados

El Fondo de Ahorro y Préstamo de la Caja Costarricense Seguro Social busca solventar las necesidades económicas de sus trabajadores, orientándolos a su vez a crear una disciplina de ahorro, es en ese sentido que se han ejecutado las acciones necesarias para ofrecer las mejores tasas de interés del mercado.

Las tasas actuales de interés anual para cada modalidad de préstamo son:

**Tabla 21: Tasas de interés
Colocación de crédito FAP - 2012-**

TIPO DE PRÉSTAMO	TASA DE INTERÉS*
Sólo Ahorro	14%
Ordinario	16%
Fiduciario	18%
Extraordinario	20%

*Incluye el 1% por concepto de reserva.

Las siguientes tablas muestran datos estadísticos que resumen el número de casos y montos girados en las modalidades de préstamos que otorga el FAP desde el año 2008:

**Tabla 22: Números de casos y Montos girados
Préstamos Solo Ahorro
2008- 2012. (En millones de colones)**

A	Casos	Monto Girado
2008	1.637	1.941
2009	3.096	3.373
2010	3.356	3.510
2011	4.209	4.549
2012	4.530	6.119

Fuente: Área Ahorro y Préstamo.

**Tabla 23: Préstamos Extraordinarios
2008- 2012 (En millones de colones)**

Años	Casos	Monto
2008	2977	11.824
2009	3155	10.574
2010	3222	13.426
2011	2329	8.512
2012	2536	10.431

Fuente: Área Ahorro y Préstamo.

**Tabla 24: Números de casos y Montos girados
Préstamos Ordinarios Fiduciarios
2008- 2012. (En millones de colones)**

Años	Casos	Monto Girado
2008	2724	6.212
2009	2070	3.623
2010	2615	3.443
2011	1319	2.882
2012	1446	3.558

Fuente: Área Ahorro y Préstamo.

**Tabla 25: Números de casos y Montos girados
Préstamos Fiduciarios (FRIP)
2008- 2012. (En millones de colones)**

Años	Casos	Monto
2008	2166	6.277
2009	1662	2.470
2010	1939	2.606
2011	2379	7.421
2012	2.106	6.682

Fuente: Área Ahorro y Préstamo.

Las líneas de crédito mostraron un crecimiento importante, principalmente en las líneas de crédito de sólo ahorros y préstamos extraordinarios, mientras que en los fiduciarios FRIP se registró una disminución.

Los préstamos Ordinarios Fiduciarios, presentaron en el 2009, una caída importante, sin embargo al cierre del año 2012, se colocaron 1.446 casos para un monto bruto de ¢11.683 millones y un monto girado de ¢3.558.

Cancelación de Préstamos contra Reserva

Seguidamente se detalla los Montos Anuales pagados con la Reserva para cancelación de préstamos por muerte o invalidez según el riesgo, en los años 2008-2012:

**Tabla 26: Montos Liquidados Contra la Reserva Según Régimen
2008-2012
(Monto en miles de colones)**

Años	Monto
2008	130.826
2009	131.542
2010	96.250
2011	176.473
2012	472.062

Fuente: Estados Financieros SGCFRAP

Distribución de Excedentes

Con el afán de fortalecer el perfil de beneficios e incentivar la afiliación al Fondo, en setiembre 1991, la Junta Administrativa del Fondo tomó el acuerdo de distribuir un porcentaje de los excedentes anuales, generados de los intereses por las inversiones activas y pasivas de todas las operaciones financieras del Fondo Ahorro y Préstamo.

El comportamiento en la distribución de excedentes, ha sido el siguiente:

**Tabla 27: Excedentes Pagados
2008-2012
(Montos en miles de colones)**

Año	Excedentes Pagados	% Crec.
2008	3.550	-1
2009	4.400	24
2010	5.500	25
2011	6.362	12.3
2012	6.747	6.06

Fuente: Área Ahorro y Préstamo.

Se muestra un crecimiento de 6% con respecto al año anterior, esto debido al crecimiento de afiliados, e incremento en créditos como producto de la facilidades para la presentación de requisitos.

Estados Financieros FAP.

A continuación se presenta el Estado de Productos y Gastos comparativo de los años 2006 al 2012.

**Tabla 28: Fondo de Ahorro y Préstamo:
Estado Comparativo de Productos y Gastos.
2006 - 2012
(En miles de colones)**

CONCEPTO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Productos Ordinarios	5.049	5.366	5.550	6.676	8.000	8.996	9.638
Gastos Ordinarios	1.757	1.592	1.543	1.915	2.243	2.635	2.853
Diferencia Productos-Gastos	3.291	3.774	4.007	4.761	5.757	6.361	6.784

Fuente: Estadísticas Subárea Gestión Contable, FRAP.

Sobre el particular, se aprecia como los productos superaron en todos los periodos los gastos ordinarios, generando un saldo positivo que en el año 2012, representó 6.784 millones.

El Balance de Situación del Fondo de Ahorro y Préstamo, reseñó el comportamiento que han venido mostrando sus principales cuentas.

**Tabla 29: Fondo de Ahorro y Préstamo: Balance de Situación
2006 - 2012
(En millones de colones)**

CONCEPTO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Activo	35.388	39.172	43.964	51.822	61.496	70.505	74.750
Pasivo	34.536	38.218	42.809	50.513	59.932	62.849	72.938
Reservas	852	954	1.154	1.309	1.563	7.656	1.811
Total Pasivo + Patrimonio	35.388	39.172	43.964	51.822	61.496	70.505	74.750

Fuente: Estadísticas Subárea Gestión Contable, FRAP.

La cuenta de activo total representó para el período 2012, un incremento de 6% respecto del período anterior; debido principalmente a la captación por los préstamos colocados a los afiliados. El pasivo mantuvo un crecimiento de 5.4% del periodo 2011-2012, considerando la tasa de crecimiento de los afiliados al fondo.

Proceso Asignación y optimización de recursos financieros

La asignación del Seguro de Salud fue de ¢1,452,721 millones, el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte contó con ¢ 787,865 millones y el Régimen No Contributivo de Pensiones con ¢ 114,170 millones.

Ejecución del Presupuesto

Los ingresos recibidos al 31 de diciembre del 2012, fueron de ¢1,441,996 millones en el Seguro de Salud, ¢849,491 millones en el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y ¢120,081 millones en el Régimen No Contributivo, para un total de general de ¢2,411,569 millones.

En cuanto a los egresos, en el Seguro de Salud sumaron ¢1,363,348 millones, mientras que en el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte alcanzaron ¢686,223 millones y en el Régimen No Contributivo de Pensiones fueron de ¢111,357 para un total de ¢2,160,928 millones.

La diferencia Ingresos – Egresos acumulada al 31 de diciembre del 2012, fue de ¢78,648 millones en el Seguro de Salud, ¢163,268 millones en el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y ¢8,724 millones en el Régimen No Contributivo de Pensiones, dando como resultado total la cifra de ¢250,641 millones.

La tabla siguiente muestra los resultados antes detallados:

Cuadro N°1
Ejecución Presupuestaria Seguro de Salud, Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte
Régimen No Contributivo de Pensiones
Al 31 de Diciembre de 2012
(En millones de colones)

DETALLE	SALUD	IVM	RNC	TOTAL
Ingresos	1 441 996,1	849 491,3	120 081,4	2 411 568,8
<i>Ingresos Corrientes</i>	1 409 436,5	678 039,2	112 235,6	2 199 711,3
Contribuciones Sociales	1 155 351,8	495 311,8	-	1 650 663,5
Ingresos No Tributarios	62 658,9	125 276,9	414,5	188 350,3
Transferencias Corrientes	191 425,8	57 450,6	111 821,1	360 697,5
<i>Ingresos de Capital</i>	1 863,6	63 796,9	-	65 660,4
<i>Ingresos Financiamiento</i>	30 696,1	107 655,2	7 845,8	146 197,1
Egresos	1 363 348,3	686 222,8	111 357,0	2 160 928,1
Remuneraciones	898 616,7	6 526,2	-	905 142,9
Servicios	110 337,0	15 794,2	5 049,7	131 180,9
Materiales y Suministros	203 504,3	84,9	-	203 589,2
DETALLE	SALUD	IVM	RNC	TOTAL
Intereses y Comisiones	2 023,5	5 465,5	-	7 489,1
Activos Financieros	17,5	122 639,1	-	122 656,6
Bienes Duraderos	27 656,4	73,3	-	27 729,6
Transferencias Corrientes	114 855,2	535 639,7	106 307,4	756 802,2
Amortización	6 337,6	-	-	6 337,6
Diferencia	78 647,8	163 268,5	8 724,4	250 640,7

Fuente: Informe de liquidación presupuestaria a diciembre del 2012, Seguro de Salud, IVM y RNC.

Las Contribuciones Sociales constituyen la principal fuente de recursos tanto para el Seguro de Salud como para el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte.

En 2012, el entorno económico costarricense se identificó por una inflación que se mantuvo en el rango meta de la Autoridad Monetaria (4.6%), un mayor dinamismo en el crecimiento económico del 5.1% y un elevado déficit fiscal del Gobierno, lo que a su vez conllevó a bajos aumentos salariales y a un crecimiento conservador del empleo en el sector público, situación que impactó directamente las finanzas institucionales, debido a que el nivel de empleo y las políticas salariales son los principales determinantes de los ingresos por Contribuciones.

Por su parte, la tasa de desempleo se incrementó en 0.1 puntos porcentuales en 2012, manteniéndose prácticamente invariable al año anterior.

**Tabla 31: Seguro de Salud: Contribuciones a la Seguridad Social
Periodo 2011-2012 (En millones de colones)**

Concepto	2011	2012	% Var
Sector Público	484,336.5	526,599.3	8.7
Sector Privado	562,864.6	628,752.4	11.7
Total	1,047,201.1	1,155,351.8	10.3

Fuente: Informe de Liquidación Presupuestaria a diciembre de 2012

El sector público presentó tasas de variación de 8.7%, mientras el privado experimentó un crecimiento de 11.7%, resultados influenciados principalmente por las medidas aplicadas por el Gobierno Central para mitigar el déficit fiscal.

En el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, los ingresos por contribuciones para el periodo 2012 fueron de ₡495,312 millones mostrando un crecimiento del 10.1% con respecto al año 2011.

**Tabla 32: Régimen de Invalidez Vejez y Muerte:
Contribuciones a la Seguridad Social.
Periodo 2011-2012 (En millones de colones)**

Concepto	2011	2012	% Var
Sector Público	154,925.5	166,624.0	7.6
Sector Privado	294,833.9	328,687.8	11.5
Total	449,759.5	495,311.8	10.1

Fuente: Informe de Liquidación Presupuestaria a diciembre de 2012

Se presenta un comportamiento similar al Seguro de Salud, con un crecimiento del 7.6% en la contribuciones del sector público y de 11.5% sector privado.

Por su parte, sobre los programas financiados en el periodo 2012 se destaca:

1. Programa de Vacunación. Durante los últimos años se ha venido fortaleciendo el programa de vacunación a través de la incorporación de nuevas vacunas como el Neumococo y la

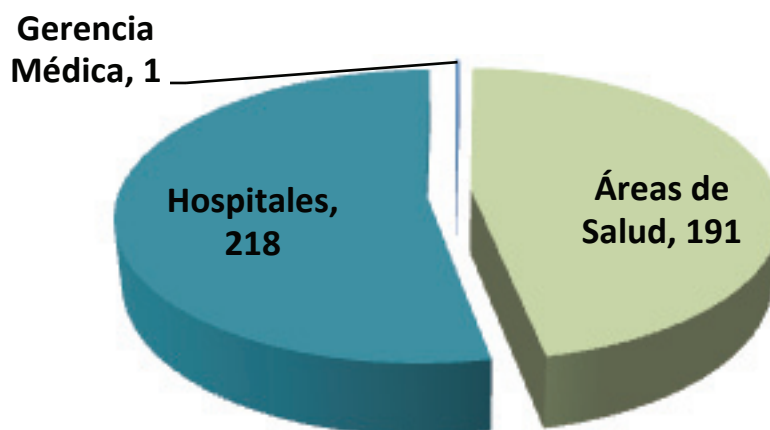
extensión de la cobertura, hecho que se reflejó en el aumento de los recursos dedicados a tal fin, los cuales pasaron de ¢1,677 millones en el 2007 a ¢4,201 en el período 2012, lo cual significa un 150% de crecimiento.

2. Reforzamiento de Servicios. Para el año 2012, se crearon 410 plazas con un costo total de ¢4,125 millones, con las cuales se reforzaron servicios de salud de alto impacto.

**Tabla 33: Creación de Plazas y costo
2009-2012
(En millones de ¢)**

Año	Plazas Creadas	Costo Anual
2009	1.381	12.044
2010	1.705	13.910
2011	750	7.484
2012	410	4.125

Gráfico 11: Distribución Plazas Nuevas 2012



Fuente: Dirección de Presupuesto

En el periodo 2012, se crearon 410 plazas, 340 plazas menos que en el 2011, las cuales fueron distribuidas en su totalidad a necesidades prioritarias de los servicios médicos (gráfico 11) tales como: 147 plazas para el CAIS Desamparados, 155 para los Médicos Especialistas, 38 plazas para Radioterapia del Hospital México, 17 dirigidas a Resonancia Magnética del Hospital Calderón Guardia, entre otras.

Inversiones. Los recursos ejecutados en inversiones de infraestructura, maquinaria y equipo para el periodo 2012 en el Seguro de Salud, sumaron ¢27,656 millones, distribuidos en ¢13,288 millones (48% de participación) y ¢14,368 millones en Maquinaria y Equipo e Infraestructura (52% participación), respectivamente.

Medidas de Optimización

La Junta Directiva, en el artículo 15° de la sesión N°8581 celebrada el 24 de mayo de 2012, acordó aprobar las “Medidas para Mejor Optimización de los Recursos 2012-2013”, las cuales tuvieron como objetivo lograr el equilibrio financiero de la Institución.

Como resultado de la aplicación de estas medidas, se obtuvo un ahorro de ¢23,548 millones con respecto al gasto ejecutado en el periodo 2011.

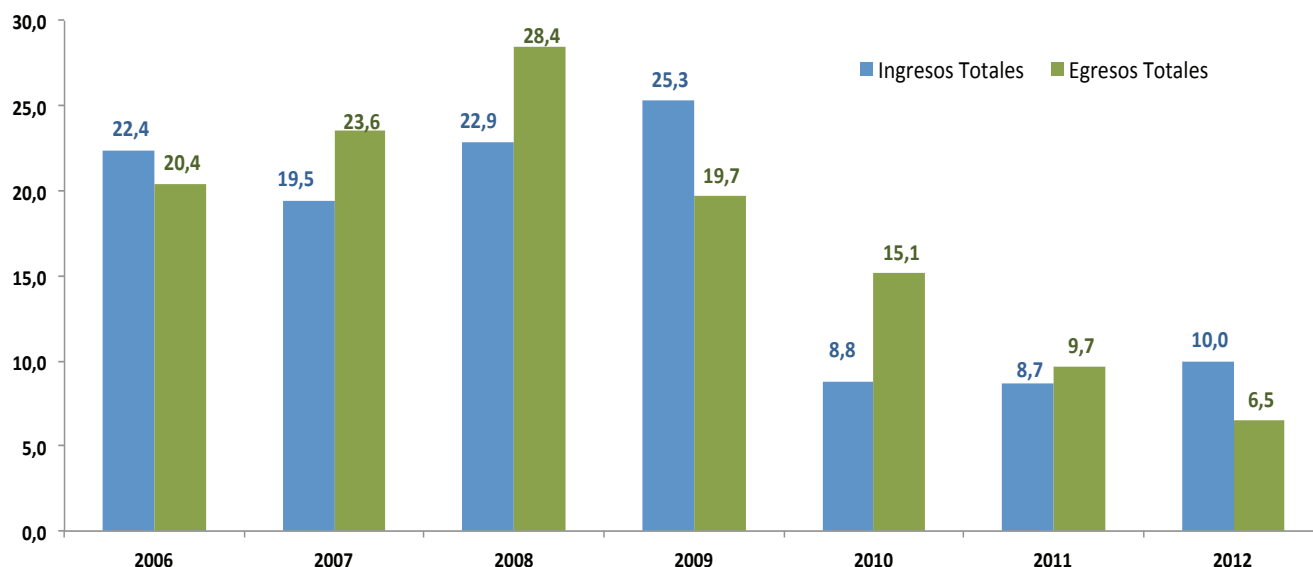
Entre las iniciativas aplicadas para la optimización de los recursos se destacan:

- a. Mejora en la coordinación en áreas de transporte y emergencias (establecer prioridades) e implementación del traslado de pacientes en conjunto, sin perder el buen servicio a los usuarios. Producto de estas acciones se logró un ahorro de ¢827 millones de colones.
- b. Eficaz control sobre el aumento general de las Partidas Variables, destacándose el bajo o menor crecimiento de partidas como: tiempo extraordinario, personal sustituto, lográndose un ahorro de ¢6,865 millones.
- c. Impacto pleno en el nuevo procedimiento para el pago de incapacidades a funcionarios de la institución, en calidad de subsidios y no de salarios, con un ahorro de ¢2,792 millones.
- d. Estricto control en los gasto de operación como servicios básicos procurando ahorros en energía eléctrica, telecomunicaciones y agua así como disminución en viáticos ahorro de ¢2,497 millones.

Conforme a lo anterior, los resultados de los ingresos y egresos del Seguro de Salud del año 2012, presentaron mejorías en su comportamiento debido a que las finanzas del Seguro de Salud se han caracterizado, en los últimos años, por presentar gastos que han crecido de manera continua, acompañados por incrementos en los ingresos, pero a ritmos menores, desbalance que logró revertirse en el año 2012, gracias al esfuerzo continuo entre el nivel central y las unidades ejecutoras, en la aplicación de medidas para hacer un uso más eficiente de los recursos.

A continuación se presenta el comportamiento de la tasa de crecimiento de los ingresos y egresos del Seguro de Salud.

**Gráfico 12: Tasas de Variación ingresos y egresos del Seguro de Salud.
Periodo 2006-2012 (en porcentaje)**



Fuente: Liquidaciones Presupuestarias 2006-2012

Durante el período 2006-2012 únicamente en dos años, los ingresos han superado los egresos; en el año 2009 se experimentó una tasa de variación mayor en los ingresos, la cual fue influenciada por la transferencia realizada por ¢37.391 millones, recursos que tienen como único propósito fortalecer la Red Oncológica Nacional. El otro año donde se alcanzó este resultado fue precisamente el 2012, donde los ingresos crecieron 3.5 puntos porcentuales más que los egresos institucionales.

Capítulo IV

Gerencia Médica

[Empezar Capítulo](#)

[Tabla de contenidos](#)

Introducción

Se dice que la Gerencia Médica es como el corazón de la Institución, puesto que todas las otras dependencias institucionales están en función de la oferta y la demanda de servicios que brinda la CCSS cotidianamente. En este capítulo se incluye una sinopsis de las principales acciones estratégicas que desarrolla la CCSS para satisfacer las necesidades de médico-quirúrgicas de la población costarricense.

Apertura de plazas para médicos especialistas en horarios no tradicionales

Con el objetivo de asegurar la cobertura con médicos especialistas en los diversos turnos existentes en los centros médicos de la Institución, se implementó la asignación de médicos especialistas que finalizan su formación, en horarios vespertinos, nocturnos y rotativos.

Esto además, posee un impacto positivo en las finanzas institucionales, pues permite disminuir la carga presupuestaria en las partidas correspondientes al pago de tiempo extraordinario.

La distribución muestra que del total de 201 nuevos médicos especialistas, cerca del 25% (50 profesionales) laborará en estos horarios no tradicionales.

Esta estrategia ya se implementó en los hospitales San Juan de Dios, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, México, Dr. Carlos Luis Valverde Vega y el Centro de Atención Integral en Salud de Desamparados.



La CCSS celebró los 100 años del Hospital de las Mujeres y con ello reconoció la importancia que el país le ha dado a la salud materno-infantil.

Reforzamiento de la red de servicios con nuevos especialistas

La distribución de los 201 nuevos especialistas que se incorporaron a la Caja Costarricense de Seguro Social consideró el nombramiento del 63% en la red de servicios de salud, lo que permitió asegurar una mayor equidad en el acceso de los servicios por parte de la población.

El resto de los profesionales asignados desarrollará sus funciones en los denominados centros nacionales y especializados.

Atención a los pacientes con cáncer

a. Incremento sustancial en la inversión en promoción de estilos de vida saludables

En este rubro, la CCSS invirtió en el periodo 2009-2012 un total de ₡102.000.000 en materia de promoción de estilos de vida saludable, relacionados con el fortalecimiento de la atención del cáncer.

b. Documentos técnicos de normalización para la atención integral de los tipos de cáncer prioritarios

En el presente periodo, las instancias responsables de la Gerencia Médica desarrollaron una serie de documentos técnicos de normalización para cada tipo de cáncer. Estos permitirán disminuir la variabilidad de la atención que reciben los asegurados en los diversos centros médicos del país y mejorar la calidad y la oportunidad de la atención que estos reciben.

Durante 2012, la CCSS desarrolló:

- Guía de atención del Cáncer de Próstata para el primer nivel de atención.
- Guía de tratamiento para el Cáncer de Mama.

Estos documentos ya se encuentran disponibles para todos los profesionales del país y su aplicación es obligatoria.

c. Adquisición de equipos para diagnóstico y tratamiento del cáncer

Durante 2012, se pusieron en funcionamiento los siguientes equipos con fondos del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención del Cáncer de la Caja Costarricense de Seguro Social:

- Nueve equipos de mamografía, para los Hospitales México, Hospital San Juan de Dios, Monseñor Sanabria, Escalante Pradilla, Max Peralta, Alajuela, Ciudad Neily, Enrique Baltodano y Hospital de las Mujeres. Inversión: ₡446.000.000.
- Dos aspiradores ultrasónicos para los Hospitales México y San Juan de Dios. Inversión: ₡101.500.000.

- Dos ultrasonidos transoperatorios para el Hospital México y San Juan de Dios. Inversión: ₡42.500.000.
- Treinta y un equipos de ginecología para diferentes unidades de la institución. Inversión: ₡129.400.000.
- Un equipo de acelerador lineal para el Hospital México. Inversión: ₡985.100.000.
- Tres Ultrasonidos Endoscópicos para los hospitales México, San Juan de Dios y el Centro de Detección del Cáncer Gástrico. Inversión: ₡361.700.000.

Fortalecimiento de la cirugía ambulatoria en centros periféricos

Durante el periodo en resumen, se implementó la realización de procedimientos quirúrgicos de baja complejidad, bajo la modalidad de cirugía ambulatoria, en los Centros de Atención Integral en Salud de Puriscal y Desamparados, así como en la Clínica de Coronado.

Esta novedosa iniciativa permite fortalecer el desarrollo de procedimientos quirúrgicos en estos centros y contribuye a disminuir la lista de espera para la realización de cirugías de hernia y vesícula existente en los hospitales nacionales y libera espacio en quirófano para la realización de cirugías de alta complejidad en estos centros.

Gestión oportuna de la atención de los pacientes

Siendo este uno de los principales retos de la Seguridad Social costarricense, durante el año 2012, se desarrollaron diversas estrategias tendientes a garantizar un acceso a los servicios de salud más oportunos para todos los asegurados, principalmente, en métodos de apoyo diagnóstico para nuestras mujeres.

a. Atención oportuna de los pacientes que requieren la realización y reportes de mamografías

En materia de mamografías, se implementaron modalidades alternativas de contratación de recurso humano que permitieron agilizar el tiempo de entrega de los reportes de las mamografías que se practican en los centros médicos de todo el país.

b. Conformación de equipos itinerantes de técnicos en radiología

Además, se conformaron equipos itinerantes de técnicos en radiología, cuya labor se concentra en la realización de mamografías a pacientes que tienen pendiente la realización, por primera vez en sus vidas, de este procedimiento.

Esta modalidad de trabajo, permitió agilizar el reporte y la detección de patologías oncológicas.

c. Implementación de un centro de radiodiagnóstico para la realización de interpretaciones de mamografías

De igual manera, durante el periodo en recuento, se conformó un centro de radiodiagnóstico para la lectura y la interpretación oportunas de mamografías.

d. Revisión de los procesos de interpretación y reporte en el centro de citologías

Aunado a estos esfuerzos, se realizó una revisión exhaustiva de los procesos de interpretación de muestras que se realiza en el Centro Nacional de Citologías, a efectos de la disminución de plazos de interpretación que anteriormente rondaban los 90 días a únicamente 8 días.

Además, se desarrolló una aplicación informática en línea, que permite visualizar los reportes de los Papanicolaou en los centros de salud en forma inmediata, brindando mayor oportunidad al acceso de los reportes de las citologías de cérvix.

e. Implementación de mecanismo de ruteo para el traslado de pacientes

Se implementó un mecanismo de desarrollo de rutas para el traslado de aquellos pacientes que poseen citas programadas en un centro médico diferente al que le refirió la atención. Este programa que ya funciona en la Región Chorotega no solo permite utilizar de una forma racional los recursos económicos de la institución, sino que permite brindar mayor comodidad a los asegurados y sus familiares.

f. Realización de jornadas de trabajo y campañas en la red de Servicios de Salud

Se desarrollaron jornadas de trabajo y campañas en la red de servicios de salud, tendientes a brindar una mayor oportunidad en el acceso de la atención a pacientes oftalmológicos, por ejemplo, en Ciudad Neily; de detección y tratamiento de cáncer de piel, en Golfito y Pérez Zeledón; y de detección temprana de cáncer gástrico en San Vito de Coto Brus.

Inversión en mejoramiento de la infraestructura de los servicios de salud

a. Infraestructuras en las regiones

Se invirtieron ¢276.646.691,33 millones en la Región Brunca para el mejoramiento de la infraestructura de los servicios de salud (ya que se identificó un considerable rezago a este nivel). En este sentido destacan principalmente las siguientes obras:

- Remodelación de la UCI - H. Escalante Pradilla ¢84 millones.
- Reparación del servicio de Hospitalización – H. Golfito ¢60 millones.

En la Región Huetar Atlántica dentro de las inversiones en infraestructura realizadas destaca:

- Remodelación del servicio de urgencias – H. Dr. Tony Facio ₡33 millones.
- Remodelación de la Consulta Externa - H. Dr. Tony Facio ₡28 millones.
- Se invirtieron ₡224 millones en la Región Chorotega para el desarrollo de 34 proyectos menores.

En la región Pacífico Central destaca aparte de las inversiones en la rehabilitación del hospital Monseñor Sanabria, el desarrollo de 23 proyectos de infraestructura, donde destaca la Ampliación de la sala de espera de la consulta externa en el área de salud Barranca.

b. Otros proyectos

Además, se gestionaron los siguientes proyectos:

- Inicio (2013) de la Construcción del EBAIS (240m² con un costo de 200 millones de colones) de Sahíno.
- Construcción de la sede de Ebais de Santo Tomás del área de salud Santo Domingo de Heredia.
- Construcción de la sede de Ebais de Sarchí Sur del área de salud de Valverde Vega.
- Sede de EBAIS Santo Tomás en Heredia, costo de ₡314 millones y se construyó sobre un terreno rescatado del tráfico de drogas.
- Construcción de la Sede de EBAIS La Unión – Guápiles, con una inversión de ₡203 millones
- Construcción de la sede de EBAIS Estrada – Matina, con una inversión de ₡182 millones.
- Inauguración y apertura del CAIS de Desamparados
- Remodelación y readecuación de las salas de cirugía del hospital San Juan de Dios.
- Inicio de la construcción del CAIS de Siquirres, que permitirá una reducción del 50% de la lista de espera quirúrgica en el H. Guápiles
- Aprobación de la Licitación para la construcción de la nueva sede del área de salud Parrita.

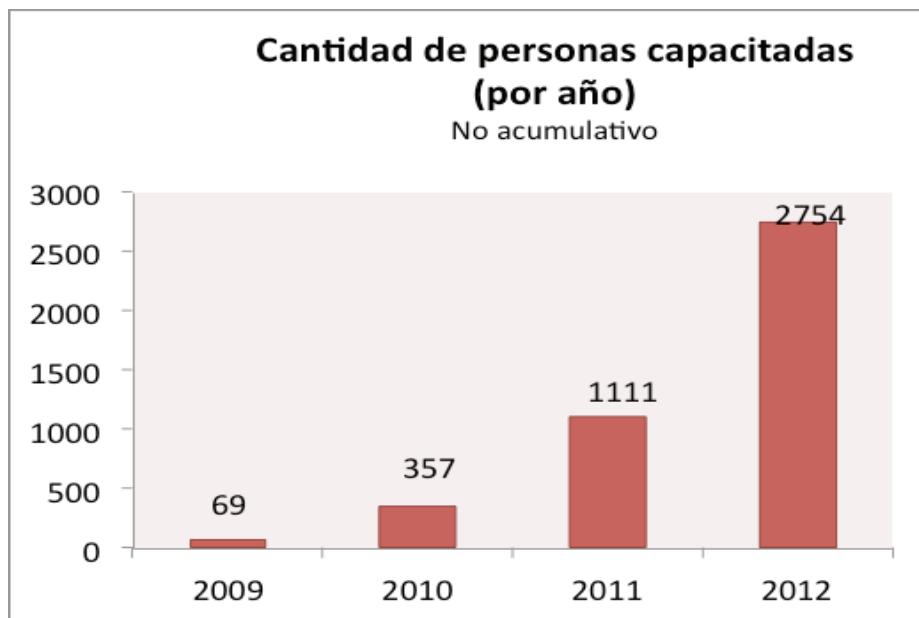
Programas de capacitación y su impacto en la salud y la seguridad social del país

Desde el año 2009, la CCSS, por medio del CENDEISSS, cuenta con un Campus Virtual que es gestionado por un programa adscrito al área de Desarrollo de Factor Humano.

Durante el 2012, se llevaron a cabo los siguientes cursos virtuales que impactan en la seguridad social del país por medio del desarrollo del recurso humano institucional.

Tema	Nombre del curso virtual	Cantidad de funcionarios capacitados
Seguridad social	Seguridad Social: retos y perspectivas en Costa Rica	363
Género	Equidad de Género: un camino hacia el desarrollo social	275
Atención Primaria	Desarrollo de las capacidades para la renovación de la Atención Primaria	98
	Introducción a la atención en el domicilio	99
	Valoración del desarrollo del niño y la niña, de 0 a 6 años: aplicación del instrumento DENVER II	96
	Conociendo la promoción de la salud	298
	Promoción, Prevención y Educación para la salud	7
	Fundamentos de Medicina Familiar en Costa Rica	20
	Tumores malignos más frecuentes en Costa Rica (enfoque de promoción y prevención para el Primer Nivel de Atención)	67
Participación social	Estructura y funcionamiento de las Juntas de Salud en la CCSS	104
Vigilancia epidemiológica	Análisis del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Salud Oral	144
	Vigilancia de la salud e investigación epidemiológica.	19
Tema	Nombre del curso virtual	Cantidad de funcionarios capacitados
Adultez Mayor	Atención al usuario adulto mayor	339
	Introducción a la gestión para la atención en salud de las personas adultas mayores	118
	Valoración integral de la persona adulta mayor	93
	Abordaje farmacológico de las personas adultas mayores	150
Gestión administrativa y tecnológica	Evaluación de compromisos de gestión en Áreas de Salud y Hospitales	257
	Evaluación del desempeño de los servicios de salud	
	Módulos de Adscripción y Validación del SIAC (EDUS)	126
	Gestión de procesos de capacitación y formación en la CCSS	24
	SQL Server 2000	68
	Tutores en línea	69
TOTAL		2754

Desde el 2009, se ha mostrado un crecimiento exponencial de la cantidad de personas capacitadas mediante el campus virtual, lo que beneficia a la institución y a los usuarios al no requerir el desplazamiento de los funcionarios ni la interrupción prolongada de los servicios, de esta forma el personal desarrolla sus competencias y a la vez se da continuidad en la atención.



Fuente: Registros. Campus Virtual. CENDEISS. 2012-2013

De igual forma, la Caja Costarricense de Seguro Social, invirtió en programas de capacitación presencial, los cuales fueron liderados por el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud (CENDEISS). Estas actividades están enfocadas a la educación médica, desarrollo tecnológico, la seguridad social, la administración y otras áreas de la salud, necesarias para el desarrollo institucional. La realización de los procesos de capacitación, se desarrolló mediante tres diferentes modalidades: cursos, pasantías y conferencias.

A continuación se detallan los cursos presenciales otorgados durante el año 2012:

Nombre del curso	Cantidad de actividades realizadas	Cantidad de funcionarios capacitados
Reanimación Neonatal	55	490
Curso Resolución Creativa de Conflictos	1	30
Curso La perspectiva Multidisciplinaria de la atención y cuidado del adulto mayor	1	26
Curso La Globalización en la Seguridad Social	1	35
Servicio al Cliente	1	25
Taller Elaboración Mapa de Procesos	1	26
Curso práctico Control Interno	4	120
Curso Administración de los Servicios de la CCSS	4	107
Curso Teórico Práctico Control de Activos marco legal y uso del programa SCBM	5	113
Curso Cadena Abastecimiento de la CCSS	4	120
Foro del Programa Desarrollo del Componente Actitudinal	1	38
Taller Teórico Práctico Manejo del Estrés y Síndrome de Quemado	1	42
Seminario "Evaluación y Tratamiento de los Trastornos del Sueño"	1	91
Curso de Reanimación y emergencias Cardiovasculares (CREC)	2	36
Atención Integral a las personas con cáncer en el I y II nivel de Atención en Salud.	3	46
	3	46
Supervisión en Enfermería	5	103
Ética aplicada a Enfermería	1	26
Proceso de Enfermería	1	70
Planificación Estratégica en los servicios de salud	1	20
Taller manejo del paciente con dolor y en cuidado paliativo (32 horas)	1	32
Curso Soporte Nutricional clínico en los servicios farmacéuticos (160 horas)	1	1
Curso "Estrategias de Adherencia a Tratamiento medicamentoso" (32 horas)	1	28
Principios Básicos de Farmacia para Personal de Apoyo	10	159
Principios Básicos de Farmacia para Personal de Apoyo	13	254
Curso Farmacovigilancia Básica (32 horas)	1	35

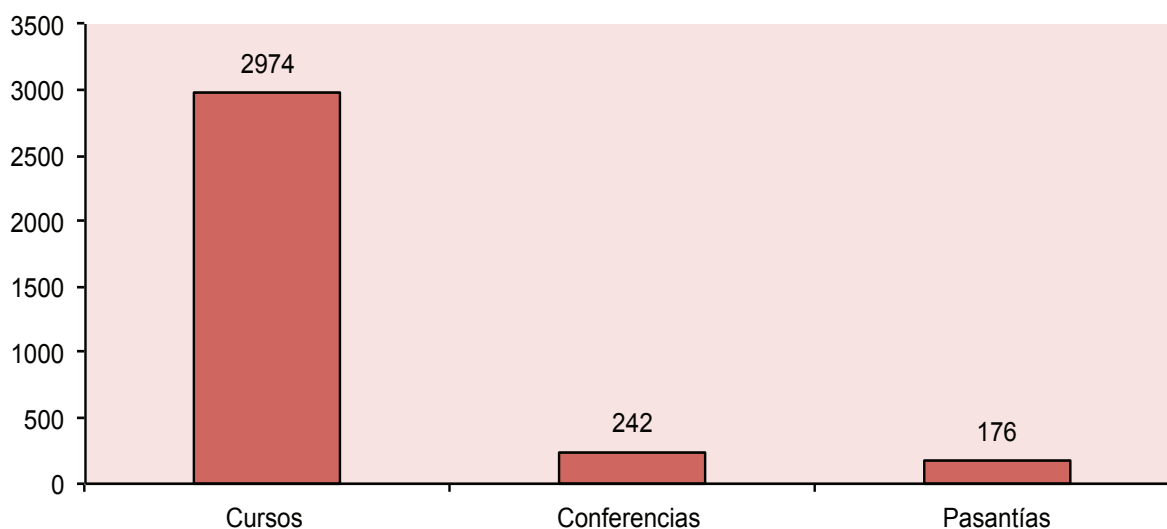
Nombre del curso	Cantidad de actividades realizadas	Cantidad de funcionarios capacitados
Gestión del Recurso Humano en los Servicios Farmacéuticos Institucionales (40horas)	1	46
Taller Manejo del Paciente con Dolor y en Cuidado Paliativo (32 horas)	1	24
Curso Farmacia Oncológica y Radiofarmacia para farmacéuticos Generales (40 horas)	1	32
Seminario habilidades gerenciales Básicas para jefaturas de Farmacia (21 horas)	1	33
Curso Información de Medicamentos en los Servicios Farmacéuticos Institucionales (80 Horas)	1	2
Curso Atención Farmacéutica de las Enfermedades Crónicas (160horas)	1	1
Curso EPI Info 3.5.1 (24 horas)	2	38
Curso Epidemiología Intermedia Aplicada a Nivel Local (96 horas)	1	20
Curso Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Nosocomiales (72 horas)	1	16
SIFA	9	268
Métodos prácticos de Almacenamiento	1	25
Seguridad Social, Principios y Perspectivas	2	30
Primeros Auxilios Básicos	1	11
Legislación Laboral	1	10
Servicio al Cliente	4	97
Operario de Mantenimiento para Edificaciones	2	22
Pasantías		180
TOTAL	153	2974
Pasantías:	138	176
Conferencias:		
Cine Foro, Historia de la CCSS	2	29
Cine Foro "Trata de no hacer a los demás lo que no te gustaría que te hicieran a ti" "Intenta tratar a los demás con te gustaría que te traten a ti"	1	17
Presentación Resultados Encuesta Valores	1	13
Análisis Video "El Virus de la Actitud"	1	12
Película El Camino a la Felicidad, una Guía basada en el sentido común para vivir mejor.	2	15
Videoconferencias Seguridad Social	14	156
TOTAL	21	242



Autoridades institucionales anunciaron la entrega prótesis y brassieres terapéuticos a las pacientes con cáncer de mama, como parte del abordaje integral de esa enfermedad.

La modalidad de cursos presenciales es la que contribuye en mayor medida en la cantidad total de funcionarios capacitados, seguida por las conferencias y en tercer lugar se ubica las pasantías.

Cantidad de funcionarios capacitados Por actividad presencial 2012



En su conjunto, las capacitaciones que brinda la Caja Costarricense de Seguro Social a sus funcionarios está orientada a desarrollar las capacidades del recurso humano en temas estratégicos de la seguridad social como la atención primaria, la participación social, género, vigilancia de la salud y epidemiología, promoción de la salud, prevención del cáncer, atención a la población adulta mayor y la gestión administrativa o de apoyo a los procesos institucionales que tienen como fin último mejorar la gestión de los servicios de salud, que son parte de la seguridad social.

En síntesis, el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social, a través de las actividades de desarrollo del conocimiento y las capacidades del recurso humano en salud que labora en la Caja Costarricense del Seguro Social, contribuye al desarrollo de la seguridad social del país al contar con personal mejor preparado para su desempeño en la prestación de los servicios de salud, pensiones y prestaciones sociales, y consciente de su papel dentro de la seguridad social.

Atención oportuna derivada del terremoto de Nicoya

Posterior al terremoto ocurrido en la península de Nicoya el 5 de setiembre del 2012, se adoptaron las siguientes medidas para garantizar la continuidad de los servicios de salud:

- Apertura de servicios críticos como sala de partos, neonatos y maternidad, así como un quirófano en el área de Salud Barranca (100 partos y la realización de más de 25 cirugías)
- Apertura de servicios de emergencias en 5 áreas de salud, en tiempos mayores al ordinario (área de salud San Rafael, área de salud Chacarita, área de salud Barranca y área de salud Esparza).
- Habilitación del servicio de rayos X del área de salud San Rafael las 24 horas del día.
- Apertura de servicios hospitalarios en el área de salud Barranca como sala de partos y un quirófano.
- Desarrollo de Jornadas de atención con el programa de Ejercicio de Asistencia Médica “Medrete” en área de salud Parrita (servicios de medicina preventiva, medicina general, odontología general, cirugía maxilofacial y dermatología).

Donación y trasplantes

Los trasplantes de órganos constituyen una opción terapéutica que brinda la posibilidad de recuperación a personas que poseen un daño irreversible en alguno de sus órganos.

Ante la preponderancia de este tema, durante el periodo 2012, la Caja Costarricense de Seguro Social ha trabajado, en forma tesonera, en la construcción de su Política Institucional de Donación y Trasplantes.

Este valioso instrumento, permitirá orientar y definir un modelo de gestión de donación y trasplantes que sea viable, sostenible y acorde al perfil epidemiológico de la enfermedad orgánica terminal que sufre la población costarricense.

a. Programa renal de mayor éxito en Iberoamérica

Además, los esfuerzos de nuestro personal de salud, nos han permitido que nuestro sistema de Seguridad Social cuente con uno de los programas de trasplante renal más exitosos de Iberoamérica, teniendo una mayor sobrevivencia post trasplante y calidad de inmunosupresión que en el resto de la región. Este esfuerzo ha sido ampliamente reconocido tanto en círculos de expertos como de organizaciones internacionales.

b. Liderazgo en prevención del tráfico ilícito de órganos

Hemos liderado los procesos referentes a la prevención del tráfico ilícito de órganos para trasplante, coordinando en conjunto con la Coalición Nacional contra la trata de personas, el Primer Foro internacional de buenas prácticas contra la trata de órganos y tejidos. Este foro, finalizado apenas unos días atrás, nos permite, como país, asumir el liderazgo regional en este tema y dar respuesta a lo convenido en la Declaración de Estambul y en el Tratado de Aguas Calientes.



Tras un año de funcionamiento del Centro Nacional de Resonancia Magnética, las autoridades de la CCSS reconocieron el esfuerzo hecho por esa unidad por mejorar el diagnóstico de enfermedades tales como: cáncer, columna vertebral, lesiones cerebrales, esclerosis múltiple, problemas de memoria y traumas.

c. Nuevo Banco de Células Madre de Cordón Umbilical

El trabajo realizado por la CCSS en el ámbito de la donación y el trasplantes de órganos ha permitido, además, desarrollar el marco normativo y regulatorio institucional para poner en funcionamiento, a partir del segundo semestre del 2013, el Banco de Células Madre de Cordón Umbilical de la Seguridad Social costarricense. Esta unidad está ubicada en las instalaciones del Hospital San Juan de Dios y, en su primera etapa, permitirá brindar solución oportuna a pacientes con enfermedades sanguíneas severas.

d. Participación activa en la discusión del Proyecto de Ley 18.246

Finalmente, la CCSS ha participado activamente en la construcción del texto sustitutivo al Proyecto de Ley 18.246: “Ley de donación y trasplantes”, que en este momento está en proceso de ser aprobado por los señores legisladores en el periodo de sesiones extraordinarias.

Atención a población indígena

Durante 2012, se atendieron a 36.439 personas indígenas en todo el territorio nacional en modalidades específicas de atención integral.

Estas cifras permitieron superar la meta planteada por la Institución para este periodo en poco más de 5.000 personas.

Además, se brindó atención a 8.215 personas de la etnia Ngobe, quienes presentan una alta movilidad entre los territorios nacionales y con Panamá. Estas atenciones constituyen una modalidad específica de atención integral del área de salud Coto Brus y superaron en un 56% la meta inicial planteada.

Capítulo V

Gerencia Infraestructura y Tecnología en Salud -Vector de desarrollo-

[Empezar Capítulo](#)

[Tabla de contenidos](#)

Introducción

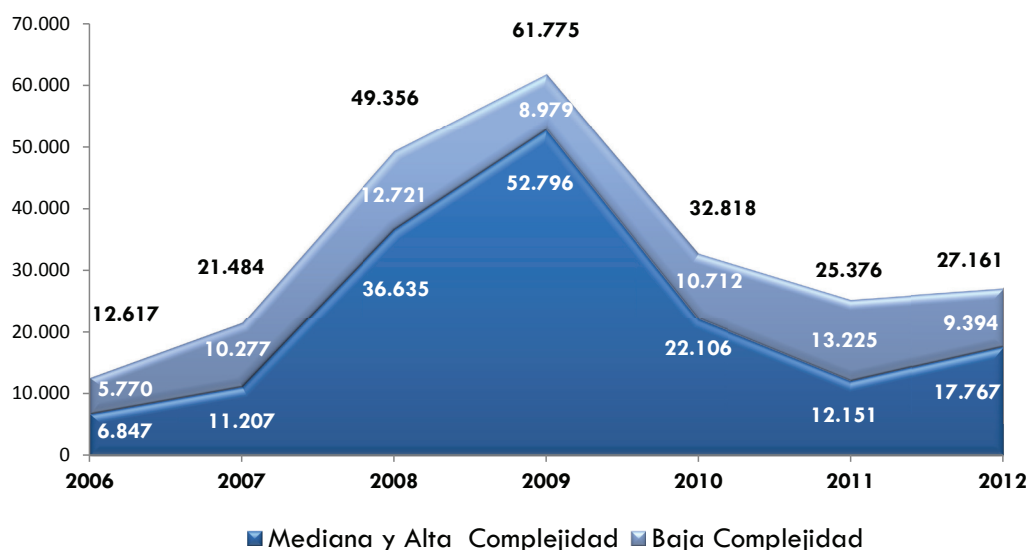
En la búsqueda constante del mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios integrales en salud, pensiones y prestaciones sociales, la Caja Costarricense de Seguro Social, continúa destinando recursos financieros para proveer instalaciones y equipos de avanzada tecnología a la población del país.

Estos esfuerzos son necesarios para apoyar la gestión de los hospitales, clínicas y EBAIS, y atender las nuevas necesidades y constantes cambios tecnológicos que caracterizan los servicios de salud.

De esta manera con el apoyo de las Autoridades Superiores y resultado de la gestión del nivel central y del trabajo desconcentrado de hospitales, clínicas y direcciones regionales, en el 2012, la CCSS logró invertir ₡27.161 millones.

Las inversiones de la CCSS, en las categorías de infraestructura, equipo médico equipo industrial y tecnologías de información y comunicaciones, que incluye el Portafolio Institucional de Proyectos de Inversión en Infraestructura y Tecnologías (Maquinaria y Equipo Producción, Equipo Cómputo, Equipo Médico, Equipo Comunicaciones, Equipo Varios, Adquisición de Terrenos, Adquisición de Edificios, Licenciamiento, Construcción de Edificios y Otras Construcciones, Adiciones y Mejoras), muestran mejoría con respecto al año anterior, tal como se observa en el siguiente gráfico.

Caja Costarricense de Seguro Social
Evolución de las Inversiones en Infraestructura y Tecnologías
Período 2006-2012, en millones de colones corrientes



Así, con los recursos disponibles para inversión en el 2012 se pudieron distribuir más y mejores equipos médicos, tecnologías de información y edificaciones. A continuación se presenta un detalle de las principales inversiones realizadas y avances logrados en los proyectos en desarrollo, por categorías de proyectos.

Infraestructura

Las inversiones en proyectos de infraestructura para la salud, además del edificio incluyen componentes fundamentales de equipamiento y tecnologías de información y comunicaciones. Este tipo de proyectos representaron en el 2012, una inversión de ¢12.676 millones en obras de mediana y alta complejidad, como resultado de la gestión de la Gerencia Infraestructura y Tecnologías.

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

- **Construcción y Equipamiento del Centro de Atención Integral en Salud (CAIS) de Desamparados.**



Se logró el 100% de ejecución del proyecto.

Área: 5.200 m².

Costo Total: ¢7.077 millones.

Monto ejecutado en el 2012: ¢5.775 millones.

Población beneficiada: 483.440 habitantes.

Servicios que incluye:

- Rayos X convencional y fluoroscopia, laboratorio, Desechos, Área de trabajo social, aulas multiuso.

- Salas de observación (ocho camas hombres, ocho camas mujeres, nueve camas niños, cuatro camas para UTD), consultorio de urgencias, dos salas de cirugía menor séptica y aséptica, farmacia satélite, inhaloterapia para niños y adultos, sala de choque y politrauma.
 - Cuatro salas de parto y recuperación y posparto en total con veintisiete camas, esterilización, dos salas de cirugía ambulatoria y sala de nutrición.
- **Adecuación de tanques de autoconsumo de diésel en el Hospital de San Vito.**



Se logró el 100% de la ejecución del proyecto.
Costo total: ¢133 millones.
Monto ejecutado 2012: ¢124 millones.

- **Construcción EBAIS San Rafael Abajo de Desamparados.**



Construida la sede de EBAIS, que alberga 8 EBAIS, bajo el concepto de contratos a terceros, mediante gestión de la Cooperativa Autogestionaria de Servicios Integrales de Salud RL (COOPESALUD R.L.).

- **Construcción sede de EBAIS La Unión de Guápiles.**



Se logró el 100% de la ejecución del proyecto.

Costo Total: ₡204 millones

Población beneficiada: 3.961 habitantes.

- **Construcción Puesto de Visita Periódica El Coco de Siquirres.**



Se finalizó en un 100% la construcción del EBAIS.

Costo Total: ₡21 millones.

Población beneficiada: 461 habitantes.

- **Construcción sede de EBAIS Santo Tomás de Santo Domingo Heredia.**



Se finalizó en un 100% la construcción del EBAIS.
Costo Total: ¢314 millones.
Población beneficiada: 6.267 habitantes.

- **Construcción sede de EBAIS Sarchí Sur de Valverde Vega.**



Se finalizó en un 100% la construcción del EBAIS.
Costo Total: ¢289 millones
Población beneficiada: 4.091 habitantes.

- **Reforzamiento Estructural y Reconstrucción de los Sistemas Electromecánicos del Hospital de Ciudad Neily.**



Se logró un 65% de la construcción.
 Área: 12.893 m².
 Costo aproximado: ¢7.685 millones.
 Monto ejecutado en el 2012: ¢2.881 millones.
 Población beneficiada: 44.696 habitantes.

- **Ampliación Integral del Servicio de Radioterapia y Quimioterapia del Hospital México. Se logró un 80% de la construcción.**



Área: 3.100 m².
 Costo total aproximado: ¢7.820 millones.
 Monto ejecutado 2012: ¢2.337 millones.

- **Remodelación de Quirófanos Hospital San Juan de Dios.**



Alcanzó un 21% de la construcción.

Área: 2.402 m².

Costo total aproximado: ¢6.907 millones.

Monto ejecutado 2012: ¢1.209 millones.

- **Construcción del Centro de Atención Integral en Salud (CAIS) Siquirres.**



Se logró un 12% de la construcción.

Área estimada 8.500 m².

Costo total aproximado ¢13.753 millones.

Monto ejecutado 2012: ¢1.498 millones.

Población beneficiada: 90.000 habitantes.

- **Construcción sede de área de salud de Parrita**

En etapa de contratación.

Área estimada 5.300 m².

Costo aproximado de la obra ¢6.762 millones.

Algunos servicios con los que contará son: Consulta Atención Ambulatoria, Urgencias, Laboratorio, Farmacia, Equipos de Apoyo y Esterilización.

- **Compra de terreno para el nuevo hospital de Cartago.**

Se culminó el proceso de contratación para la adquisición del terreno. Se canceló un primer tracto por un monto de ¢848 millones, el segundo tracto que corresponde a ¢747 millones se cancelará en el 2013.

Área del terreno: 118.883 m².

- **I Etapa Edificio Torre Este y Obras Complementarias hospital Dr. Calderón Guardia. Componentes: 1-Tanques de combustible 2-Quirófanos Torre Sur 3-Nutrición y Ropería**



4-Obras Complementarias.

En proceso de adjudicación.

Costo total aproximado: ¢11.255 millones.

- **Construcción y equipamiento del EBAIS de San Pablo de Oreamuno.**

Contrato refrendado.

Área estimada de construcción: 293 m².

Costo aproximado de la obra ¢350 millones.

- **Sede de EBAIS de Hatillo.**
Refrendo en trámite con la Contraloría General de la República, para formalizar contrato.
Área estimada de construcción: 660 m².
Costo aproximado de la obra ¢805 millones.
Financiado con recursos de la Junta de Protección Social.
- **Construcción sede de área Mora - Palmichal.**
En etapa recursiva del proceso de contratación.
Área estimada 5.160 m².
Costo estimado ¢6.713 millones.
Contará con servicios como: Emergencias, Consulta Externa, Laboratorio, Farmacia, Cirugía Menor, EBAIS y Odontología.
- **Construcción y remodelación del Servicio de Urgencias Hospital de San Carlos.**



En la etapa de planificación. (Estudio de factibilidad elaborado)
Área Estimada de 1.000 m².
Costo aproximado ¢2.650 millones.

- **Tomografía Computarizada hospital Escalante Pradilla.**
Se elaboró el cartel para la licitación.
Área estimada: 297,53 m².
Costo total aproximado: ¢835 millones.
- **Construcción Sede de área de salud de Barva.**
Se elaboró el cartel para la licitación.
Área estimada 5.300 m².
Costo aproximado ¢6.375 millones.
Algunos servicios con los que contará son: Consulta Atención Ambulatoria, Urgencias, Laboratorio, Farmacia, Equipos de Apoyo y Esterilización.

- **Servicio de Urgencias hospital Escalante Pradilla.**
Se elaboró el cartel para la licitación.
Área estimada 4.200 m².
Costo aproximado ¢6.132 millones.
- **Reforzamiento y Nuevo Servicio de hospitalización hospital La Anexión, Nicoya.**
En etapa recursiva del proceso de contratación.
Área estimada: Reforzamiento: 7.272 m² y Hospitalización: 8.722 m²
Costo aproximado de la obra ¢18.135 millones.
- **Reforzamiento del Edificio Laureano Echandi Oficinas Centrales.**
En estudios preliminares y básicos, según etapa de diseño.
- **Remodelación del Edificio para la Sucursal de Alajuela.**
Licitación adjudicada
Costo aproximado: ¢724.3 millones

Equipo médico

Con el propósito de fortalecer los servicios de salud en el ámbito nacional, en el 2012 la Caja Costarricense de Seguro Social invirtió ¢3.767 millones, en equipos médicos de alta y mediana complejidad.

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

- **Equipos de Rayos X (II Fase).**
Equipos instalados y funcionando en un 100%.
Unidades de salud beneficiadas:
hospitales Dr. R.A. Calderón Guardia, México y San Juan de Dios.
Costo ejecutado en el 2012: ¢854 millones.
- **Treinta y seis Equipos de ultrasonidos.**
Equipos instalados y funcionando en un 100%.
Monto ejecutado en el 2012: ¢454 millones.

Unidades de Salud beneficiadas:

- Clínicas: Moreno Cañas, Solón Núñez, Parrita, Clorito Picado, Carlos Durán.
- Hospitales: Blanco Cervantes, San Rafael de Alajuela, William Allen, Tony Facio, Ciudad Neily, Escalante Pradilla, San Vito, San Carlos, Carlos Valverde Vega, Los Chiles, San Francisco de Asís, Monseñor Sanabria, La Anexión Nicoya,

San Vicente de Paúl Golfito, Max Peralta, Calderón Guardia, San Juan de Dios, México y Nacional de Niños.

- Áreas de Salud: Aserrí, Coronado, Goicoechea, San Rafael de Puntarenas, Belén Flores.

- **Ocho equipos de Mamografía.**

Equipos instalados y funcionando en un 100% en los Hospitales: San Rafael de Alajuela, Escalante Pradilla, Ciudad Neily, Monseñor Sanabria, Calderón Guardia, México, Max Peralta y Hospital de las Mujeres.

- **Veinticinco Autoclaves Propósito General.**

En elaboración de los estudios de preinversión.

Unidades de Salud beneficiadas: diferentes hospitales y clínicas del país.

Costo aproximado: ₡880 millones

- **Nueve equipos de Rayos X, III FASE.**

Se logró finalizar el cartel para la adquisición de los equipos de Rayos X para apoyar los servicios de varios hospitales.

Costo estimado: ₡3.175 millones

- **Tomógrafos Helicoidales Regionales**

Se logró finalizar el cartel para la adquisición de los tomógrafos para los Hospitales Tony Facio Limón, Monseñor Sanabria, Max Peralta y San Carlos.

Costo estimado: ₡3.608 millones.

- **Dos Gammacámaras**

Se logró finalizar el cartel para la adquisición de estos equipos que serán destinados a los hospitales San Juan de Dios y Dr. Rafael Angel Calderón Guardia.

Costo estimado: ₡945 millones.

- **Tres Equipos de Angiografía Digital**

En etapa de planificación, estudios de preinversión finalizados. Estos equipos serán destinados a los hospitales México, San Juan de Dios y Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.

Costo estimado: ₡2.200 millones.

- **Veinte Mesas de Cirugía.**

Se publicó la adjudicación en la Gaceta.

Los equipos están destinados para diferentes hospitales y clínicas.

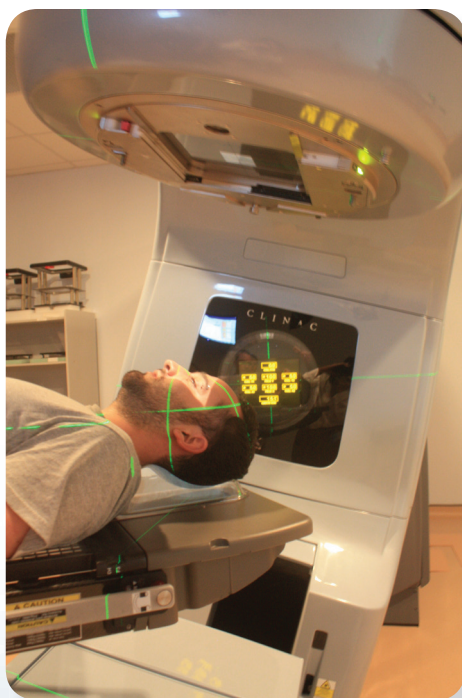
Costo estimado: ₡601.5 millones.

- **Equipo de Resonancia Magnética Hospital México**

En etapa de planificación, elaboración de los estudios de preinversión.

Costo estimado: ₡1.650 millones

- **Equipos de Rayos X, IV FASE**
En etapa de planificación, conclusiones y recomendaciones en la finalización de los estudios de preinversión.
Los equipos están destinados para diferentes clínicas.
Costo estimado: ₡2.500 millones
- **Simulador para el hospital México**
En elaboración del cartel.
Costo estimado: ₡605 millones.
- **Veinticinco Ventiladores Pulmonares, III FASE**
Se logró finalizar el cartel para la adquisición de los Ventiladores Pulmonares.
Costo estimado: ₡550 millones.
- **Máquinas de Anestesia.**
En etapa de planificación, se logró finalizar los estudios de preinversión.
Costo estimado: ₡4.000 millones.
- **Equipo de Terapia Superficial.**
Se logró finalizar el cartel para la adquisición del equipo.
Costo estimado: ₡275 millones.



Con una inversión de ₡1.110 millones, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) inauguró en el Hospital México el nuevo acelerador lineal del Servicio de Radioterapia.

Equipo industrial

Como parte de las gestiones de conservación y mantenimiento Institucional, se realizaron acciones de coordinación para el reemplazo de equipos industriales de mediana y alta complejidad, que son parte del soporte logístico para mejoramiento continuo de los servicios que presta la Institución. En este tipo de proyectos se logró invertir ¢500 millones, destacándose proyectos como:

- **Sustitución de calderas hospital de San Carlos.**
Equipo instalado.
Monto ejecutado en el 2012: ¢228 millones.
- **Sistema de generación eléctrica clínica de Siquirres**
Equipo instalado.
Monto ejecutado en el 2012: ¢29,4 millones.
- **Lavadora para el hospital de Ciudad Neily.**
Equipo instalado.
Monto ejecutado en el 2012: ¢96,9 millones.
- **Sustitución de calderas hospital Psiquiátrico.**
Recepción preliminar de los equipos.
Costo: ¢98 millones.
- **Remodelación de Nutrición del hospital de Alajuela**
Con planos constructivos y cartel elaborado.
- **Sustitución de calderas en varios centros hospitalarios.**
Equipos que se encuentran en la etapa de contratación administrativa.
- **Sistema Fijo, Detección, Alarma y notificación contra Incendios, para varios hospitales nacionales.**
En estudios preliminares y elaboración del cartel.

Otras acciones de desarrollo de la gestión en mantenimiento

- **Aprobación de la “Política Institucional de Mantenimiento, Conceptualización y Reglamento del Sistema de Gestión de Mantenimiento Institucional”,** por Junta Directiva el 27 de setiembre de 2012, en sesión 8602 y publicación en Gaceta el 6 de noviembre de 2012. Asimismo, se acordó: “Ratificar lo comunicado mediante circular N° GIT-37758-2011/GM-37445, ... , e instruir a los directores de los veintinueve hospitales de la CCSS, sobre la obligatoriedad de utilizar plenamente el “Sistema para la Gestión de Registro y Seguimiento de Equipo Crítico Médico e Industrial”, como acción a corto plazo del Sistema de Información para la Gestión de Mantenimiento Institucional (SIGEM)”

- **Programa de Eficiencia Energética:** Se promueve acciones de ahorro energético a nivel institucional, en la implementación y seguimiento en el tema de *“Ahorro de energía, combustible, viáticos y otros conceptos de la Política Aprovechamiento Racional de los Recursos Financieros”*, este Despacho continúa impulsando la implementación de mecanismos para hacer uso eficiente de la energía.
- **Programa Seguridad contra Incendios y Explosiones:** Se capacitaron 59 funcionarios en Administración y Mantenimiento de Extintores: 30 funcionarios del hospital de Heredia, en la modalidad de participación, para un total de 14 horas. Igualmente, se ofreció un curso de 8 horas a dos grupos de personas de la Unidad de Equipo Médico, de la dirección de Equipamiento Institucional, en total se tuvo una participación de 29 personas.
- **Control de Calidad y Protección Radiológica:** Se adquirieron varios equipos, instrumentos y phantoms para la realización de mediciones y controles de calidad en equipos emisores de radiaciones ionizantes, entre ellos para tomografía computarizada de gran relevancia para la Institución.
Se emitieron certificados de buen funcionamiento a más de 130 equipos de Rayos X, de los distintos centros médicos del país.
- **Del Programa Institucional Accesibilidad al Espacio Físico:** Se realizaron once capacitaciones, en las que participaron 183 funcionarios.
Se evaluaron las condiciones de accesibilidad de los espacios de atención al público en las unidades de salud mediante la aplicación de los instrumentos de diagnóstico.

Se elaboraron informes recomendativos detallando por áreas, las acciones pendientes para alcanzar la condición de accesibilidad, facilitando a las unidades elaborar una priorización de las adaptaciones requeridas e incorporarlas en un cronograma de ejecución, con plazos reales que faciliten su implementación.

Tecnologías de información y comunicación

El aporte de las tecnologías de información y comunicaciones en los servicios que brinda la Caja Costarricense de Seguro Social, se convierte en un elemento esencial para el cumplimiento de los objetivos Institucionales. Durante el periodo 2012, se invirtieron ¢824 millones, que permitieron concretar acciones prioritarias para el engranaje tecnológico institucional en sus cuatro áreas, a saber: La Seguridad y Calidad Informática, las Plataformas de alta complejidad y equipamiento local, la telefonía IP y redes de comunicaciones WAN y LAN y los sistemas de información.

Con el apoyo de las Gerencias Promotoras o Líderes de los proyectos y los Centros de Gestión Informática, se concretaron mejoras sustanciales en la plataforma de servicios en TIC en el ámbito nacional e institucional e impactar directamente en la prestación de los servicios de salud de los usuarios.

A continuación se mencionan los principales logros en este tipo de proyectos durante el 2012.

- **Proyecto Expediente Digital Único en Salud (EDUS).**

El Expediente Digital Único en Salud (EDUS), es un proyecto que la Institución ha destinado importantes esfuerzos y recursos acorde con las instrucciones de las Autoridades Superiores, declarándose Prioridad Institucional mediante el punto 3 del artículo 26° de la sesión N° 8577, lo siguiente:

“En razón del impacto y las oportunidades de mejora que este proyecto representa en la calidad de los servicios de salud, declarar de prioridad Institucional del Proyecto EDUS en instruir a todas las Gerencias para que en el ámbito de sus competencias, colaboren con el desarrollo, ejecución, puesta en operación, continuidad y sostenibilidad de dicho proyecto”.



La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), puso en funcionamiento un nuevo acelerador lineal en el hospital México con el propósito de mejorar el tratamiento contra el cáncer. La inversión ascendió a los \$2.250.000.

Dada la relevancia de este tema, a continuación se presentan los resultados de la Gestión en el 2012 relacionadas con el EDUS:

1. Implementación del EDUS en 10 Áreas de Salud.

Se logró la implementación de las aplicaciones en EDUS en 10 Áreas de Salud, de acuerdo con la capacidad instalada y según módulos. Las áreas de salud con EDUS implementado, son las siguientes:

- ✓ Heredia Cubujuquí
- ✓ Goicoechea 1
- ✓ Cartago
- ✓ Poás
- ✓ Alajuela Oeste
- ✓ Los Santos
- ✓ Desamparados 3
- ✓ Limón
- ✓ La Unión
- ✓ Talamanca

Logros en los sistemas desarrollados

A continuación se describen los sistemas desarrollados y resultados del trabajo inter gerencial para la automatización del primer nivel de atención:

Sistema Integrado de Ficha Familiar (SIFF):

Este sistema se encuentra finalizado en su versión para operación en escritorio, actualmente se encuentra en proceso de implantación, con un avance en 27 áreas de salud, las cuales han registrado **30.268 viviendas** y **90.483 miembros de familia**.

Se están evaluando opciones para agilizar el proceso de digitación de las fichas, adicionalmente se ha contemplado para la segunda fase del programa, la versión móvil de esta aplicación, de forma que el Auxiliar Técnico en Atención Primaria (ATAP) en su visita domiciliar pueda modificar los datos en el dispositivo y al regresar a su lugar de trabajo pueda descargarlos y mantener actualizada la información.

Sistema Integrado de Identificación Agendas y Citas (SIAC):

Del aplicativo de Identificación, Agendas y Citas, el avance en materia de implementación es el siguiente:

Total de adscripciones por aseguramiento por el Estado: **83.588 usuarios.**

Total de agendas creadas: **31.882 agendas.**

Total de citas: **404.761 citas**

En la actualidad **137 Unidades** tienen acceso al Sistema de Información de Agendas y Citas, SIAC, alcanzando un total de **353.665 adscripciones.**



La CCSS inició las obras de ampliación del Servicio de Radioterapia en el hospital México. La obra tiene un costo de ¢7.737 millones e incluye el diseño, la construcción, el equipamiento y el mantenimiento del equipo. Este servicio será para los pacientes con cáncer de todo el país que requieren radioterapia y de quimioterapia.

Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES):

Se ha implementado el SIES en 50 unidades de salud, que se detallan a continuación:

Unidades Institucionales con acceso al Sistema Integrado de Expediente de Salud SIES

REGION	AREA DE SALUD	CENTRO DE SALUD
CENTRAL NORTE	AREA DE SALUD ALAJUELA OESTE	EBAIS ESTE 1
		EBAIS ESTE 2
		EBAIS OESTE 1
		EBAIS OESTE 2
		EBAIS PACTO COYOL
		EBAIS PACTO JOCOTE
CENTRAL SUR	AREA DE SALUD ALAJUELITA	EBAIS AURORA ESTE
		EBAIS CENTRAL ESTE
		EBAIS CENTRAL OESTE
		EBAIS CONCEPCION ABAJO 1
		EBAIS CONCEPCION ARRIBA 1
		EBAIS CORINA RODRIGUEZ
		EBAIS SAN ANTONIO
		EBAIS SAN FELIPE
		EBAIS SAN JOSECITO NORTE
		EBAIS DOS CERCAS
	AREA DE SALUD DESAMPARADOS 3	EBAIS FATIMA
		EBAIS GUATUSO
		EBAIS GUIDO 1
		EBAIS GUIDO 2
		EBAIS GUIDO 3
		EBAIS GUIDO 4
		EBAIS GUIDO 5
		EBAIS LINDA VISTA
HUETAR ATLANTICO	AREA DE SALUD LIMON	EBAIS PATARRA
		EBAIS RIO AZUL
		EBAIS SAN LORENZO
PACIFICO CENTRAL	AREA DE SALUD BARRANCA - CLINICA DR. ROBERTO SOTO	EBAIS LIMON 2000
		EBAIS PUEBLO NUEVO 1
	AREA DE SALUD CHACARITA - CLINICA DR. FRANCISCO QUINTANA	EBAIS ROBLEDAL
		EBAIS SAN MIGUEL-CARMEN LYRA
		EBAIS BARRIO 20 DE NOVIEMBRE
		EBAIS BELLA VISTA-CHAHUITE
	AREA DE SALUD ESPARZA	EBAIS PUEBLO REDONDO
		EBAIS EL PARQUE
		EBAIS ESPARZA SUR
		EBAIS LA RIVIERA
	AREA DE SALUD PENINSULAR	EBAIS MOJON
		EBAIS JICARAL CENTRO
	AREA DE SALUD SAN RAFAEL-CHOMES-MONTEVERDE	EBAIS PAQUERA CENTRO
		EBAIS ESTADIO

Población nacional con expediente digital.

Se logró que un 20% de la población nacional cuente con expediente digital, así como en aspectos tanto aplicativos como en materia de infraestructura y equipamiento. Este porcentaje se toma a partir del acceso de los sitios al expediente digital para los aplicativos y beneficia aproximadamente 960.971 habitantes del territorio nacional.

Un logro importante es el desarrollo del sistema recordatorio de citas mediante mensajería de texto (SMS) por medio de dispositivos móviles. Dicho sistema tiene por objetivo disminuir el ausentismo de las personas en sus citas programadas en los centros médicos institucionales, para lo cual se envía tres días antes de su cita, un mensaje recordatorio de la actividad, que reduce la cantidad de citas pérdidas, lo cual representa un ahorro significativo para la Institución. Sesenta y cinco Unidades de Salud utilizan este servicio, entre otras: áreas de Salud de Alajuelita, Desamparados 3, Barranca, Chacarita, Esparza, la Zona Peninsular, San Rafael, Chomes, Monteverde, Hospital Monseñor Sanabria, Max Terán Vals de Quepos. Se han remitido 2.232 mensajes de recordatorio aproximadamente.

Otro logro relevante es la integración del Sistema de Ficha Familiar (SIFF) y el Sistema de Información Geográfica (SIG). Esta iniciativa se cubrió con el desarrollo de una prueba de concepto en las áreas de salud de Alajuelita y Desamparados 3.

Se está evaluando en el área de salud La Unión, una solución móvil para el módulo del Sistema Integrado de Ficha Familiar (SIFF), con el cual se espera facilitar la labor de los Asistentes Técnicos en Atención Primaria (ATAP).

Se definió el alcance para el manejo de la tecnología vinculada a la gestión de citas telefónicas, Call Center e IVR (Interactive Voice Response). Con ello se estableció que la herramienta involucra lo siguiente:

- Programación, reprogramación y cancelación de citas médicas vía teléfono.
 - Brindar requisitos por teléfono de manera automática para el proceso de adscripción de los centros de salud.
 - Determinación de diálogos para brindar información general a la población sobre servicios de salud.
- **Coordinación con Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en Costa Rica. PNUD.**

Se elaboró un Plan de Trabajo para la implementación de la recomendación 50 solicitada por los Notables, en cuanto al tema de software libre en la Caja Costarricense de Seguro Social. El Plan fue sometido a consideración de Junta Directiva y contempla el abordaje ordenado en las siguientes fases:

Fase 0. Acompañamiento de Expertos del PNUD.

Fase 1: Diagnóstico de los sistemas de información (Inventario de Hardware y Software).

- Fase 2: Alternativas de Migración.
- Fase 3: Planeamiento para la migración.
- Fase 4: Instalación, Configuración y Pruebas de los sistemas a migrar.
- Fase 5: Capacitación y Soporte a los Usuarios.
- Fase 6: Documentación del proceso de migración.

En noviembre de 2012, especialistas del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), realizaron una presentación preliminar del diagnóstico que se estaba elaborando con la información suministrada por personal de la CCSS.

En diciembre 2012, la Junta Directiva de la CCSS conoce el *“Diagnóstico sobre la viabilidad de implementar la Recomendación N°50 en la CCSS”*.

- **Sistema de Administración de Portafolios y Proyectos (SAPP).**

Como parte del proceso de mejora en la gestión del Portafolio y Proyectos de Inversión en Infraestructura y Tecnologías, en el 2012, se diseñó y construyó un modelo de gobernabilidad que permitirá identificar, categorizar, seleccionar, priorizar los proyectos que generen mayor valor estratégico e impactos en los servicios de salud, facilitando el seguimiento y monitoreo de proyectos a través de una herramienta integrada en un ambiente colaborativo, definiendo roles y responsabilidades así como los requerimientos necesarios para el desarrollo de los proyectos y determinar las funcionalidades de la gestión documental mediante sitios colaborativos.

Con el establecimiento de los flujos de trabajo para el desarrollo de la gestión del portafolio de inversión y los proyectos de infraestructura, equipamiento y tecnologías, se optimizarán los procesos de desarrollo de proyectos, tomando como referencia los objetivos estratégicos institucionales, a la vez que se dispondrá de las condiciones tecnológicas idóneas para la toma de decisiones en torno a los proyectos de inversión.

- **Solución Institucional para la Prevención y Detección de Intrusos (IPS).**

Se cuenta con una solución de IPS, para la protección de la infraestructura institucional de tecnologías de información, y con un contrato de soporte 24 x 7 x 365, adicionalmente se realizan labores rutinarias como respaldos, configuraciones y monitoreo, también se atienden problemas de la operativa de los equipos que por lo general se presentan fuera de horario laboral, así como labores rutinarias del mantenimiento preventivo. Dentro de la operativa de los IPS se puede nombrar la identificación y detección proactiva de amenazas a la infraestructura mediante los IPS, tres monitoreos diarios mínimo para un aproximado de 360 escaneos. Se cuenta con herramientas para el monitoreo de vulnerabilidades y actividades de los IPS y equipos de comunicaciones.

- **Antivirus Institucional.**

La CCSS en el 2012, adquirió una herramienta institucional para la protección contra virus. Se cuenta con más del 95% de los clientes de antivirus migrado a una versión actualizada.

El proyecto para el fortalecimiento y aseguramiento para el directorio activo institucional, es de suma importancia para la seguridad informática, ya que al implementarlo se logrará ordenar el directorio activo que constituye un repositorio de cuentas, máquinas y aplicaciones que conforman la red institucional, y se podrán aplicar configuraciones o políticas que van a brindar mayor seguridad, como por ejemplo, contraseñas más robustas, fondos de escritorio corporativo, deshabilitación de juegos de Windows, disminución de cuentas con privilegios especiales, entre otras mejoras de seguridad, aplicadas al directorio activo.

- **Portal CCSS- Servicios Digitales.**

Congruente con las Políticas Nacionales de Gobierno Digital, la CCSS durante el 2012 continuó desarrollando importantes esfuerzos en servicios digitales tales como:

- ✓ Integración de Pensiones con el Módulo de Firma Digital.
- ✓ Sustitución de la impresión física de Planillas Patronales y Recibos de Pago, por envío en formato pdf a través de correo electrónico.
- ✓ Incorporación de información en la Consulta de Morosidad Web.
- ✓ Anulación y Cancelación parcial de las facturas por Servicios Médicos.
- ✓ Validación para la generación de las facturas por Servicios Médicos para trabajadores Independientes y Patronos.
- ✓ Modificación de los reportes para la generación de las estadísticas de Morosidad.
- ✓ Sistema MIFRE, Módulo Integrado de Facturación de Riesgos Excluidos, puesto en producción en 7 centros médicos en el 2012.
- ✓ Implementación del Módulo de Inversiones, primer módulo del Sistema Integrado del FRAP.
- ✓ Automatización del Régimen No Contributivo de Pensiones RNCP, a nivel contable (SIPA) y presupuestario (SIIP).
- ✓ Se administra la plataforma tecnológica central las 24 horas, 365 días al año y se mantiene actualizada la plataforma que soporta los servicios ofimáticos y de información (Aplicaciones, servicios de productividad y bases de datos) de apoyo a la gestión institucional.

- **Construcción del Sistema Integrado de Laboratorios Clínicos.**

Se logró un 70% de avance en el desarrollo de este proyecto.

- **Licenciamiento.**

Se efectuó el proceso de contratación 2012CD-00004-1150 "Licencias y actualizaciones de la herramienta de monitoreo de seguridad Languard en las estaciones de trabajo conectadas a

la red institucional”, el software se encuentra operando satisfactoriamente. La Gestión para el mantenimiento de las licencias de modelo de datos se encuentra en un 100%.

- **Cobertura Sitios conectados con enlaces de comunicación WAN.**

La Red de Área Extendida WAN, se incrementó en un 9% durante el año 2012, pasando de 700 enlaces hacia los sitios de la Institución a 763 enlaces. Se continúa con la proyección de un modelo de servicios administrados que permitirá en los próximos años conectar el resto del país. Se cuenta con 313 enlaces VPN, 63 más que el año anterior, crecimiento que significa un aumento de 25%. Se logró la interconexión por medio de fibra óptica de 25 de los 29 Hospitales existentes en el país.

Otras acciones

- **Atención Unidades afectadas por el terremoto del 5 de setiembre del 2012.**

Para atender la emergencia ante dicho terremoto, la Institución mediante Unidades especializadas y personal de las Unidades de Salud afectadas, dentro de las actividades rutinarias programadas debió destinar recursos tanto humanos como financieros para minimizar la afectación en los servicios de salud.

Las Unidades de Salud afectadas tuvieron diferentes magnitudes de daños desde moderados y severos. Para todas las unidades se realizó el análisis de la magnitud del daño sufrido y se efectuó la gestión para aplicar las pólizas con el Instituto Nacional de Seguros, así como las acciones de limpieza y reconstrucción con los recursos disponibles.

Los casos afectados por este terremoto fueron: Hospital Monseñor Sanabria, Sucursal de Nicoya, Área de Salud de Nandayure, EBAIS Paso Tempisque, EBAIS 27 de Abril, EBAIS San Juan de Rodríguez, hospital La Anexión, área de salud Hojancha, área de salud Naranjo, hospital Carlos Luis Valverde Vegade San Ramón, hospital San Francisco de Asís, área de salud Valverde Vega.

- **Sistema de Información Geográfica e Infraestructura para la Salud.**

La CCSS utiliza el Sistema de Información Geográfica (SIG), que le permite georeferenciar, visualizar, almacenar y analizar la información espacial para administrar, monitorear, inventariar y evaluar la infraestructura de salud existente en el país (tanto a nivel de edificios como terrenos) que facilita la toma de decisiones.

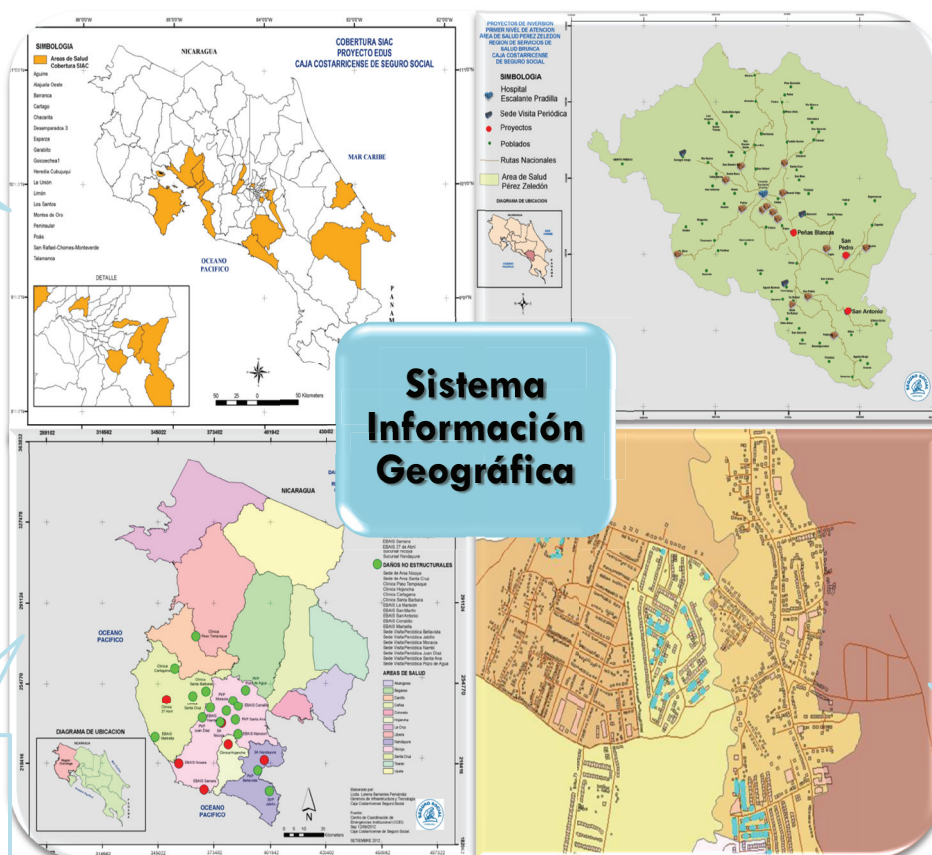
**Cobertura
Proyecto
EDUS**

**Inventario de
Proyectos de
EBAIS Pérez
Zeledón**

Sistema Información Geográfica

**Distribución
geográfica de
Infraestructura
con daños
debido al
Terremoto 5
setiembre 2012**

**Base de datos
del SIFF
georeferenciada
Área de Salud
Alajuelita**



Capítulo VI

Gerencia Logística Institucional

[Empezar Capítulo](#)

[Tabla de contenidos](#)

Introducción

Han transcurrido cinco años desde la creación de la Gerencia de Logística en el año 2008, tiempo en el cual se ha impulsado una serie de cambios para integrar la Cadena de Abastecimiento Institucional.

Cabe señalar, que la Gerencia de Logística se conceptualiza como la entidad institucional que le compete la administración y regulación de la Cadena de Abastecimiento y su finalidad como estructura organizacional es establecer un sistema de trabajo en conjunto, donde se alcancen las metas fijadas en la planificación, sin dejar de lado, temas como la rendición de cuentas, la innovación y la transparencia.

Dentro de los factores de éxito, se destaca la conciencia de sus colaboradores sobre la importancia de la Cadena de Abastecimiento dentro de los Servicios de Salud, el rediseño de la actividad contractual, la integración con los proveedores en la Cadena de Abastecimiento, la orientación del sistema a la satisfacción del usuario con eficiencia y productividad y el reforzamiento de la planificación y adquisición de bienes y servicios, lo anterior, en concordancia con los beneficios tangibles de reducciones de costos.

Asimismo, se cuenta con un Plan de Fortalecimiento Integral de la Cadena de Abastecimiento, orientado a la atención de 6 componentes estratégicos, los cuales son evaluados de forma periódica por el jerarca institucional. Resultado de lo anterior, en la actualidad toda actividad se desarrolla en la línea de las siguientes estrategias: Normalización, Sistemas de Información, Compras Electrónicas, Modelo Adquisiciones, Almacenamiento y Distribución y Producción Industrial.

En ese sentido, las estrategias definidas se orientan a lograr que el sistema de abastecimiento institucional responda a las necesidades de los usuarios y a la normativa vigente en esta materia, de manera tal que, el desarrollo de las metas se fundamente en un proceso tendiente a la transparencia, rendición de cuentas, simplificación de trámites, integración de los sistemas de información y una cultura de servicio al cliente.

Resultados

- a. Se cuenta con un nuevo concepto en la planificación institucional, para la cual es importante mencionar que la institución a través de la que fuera la Gerencia de Operaciones y la Dirección de Recursos Materiales, reguló en forma histórica la adquisición de los bienes y servicios , estableciendo para ello reglas de decisión relacionadas con volumen a adquirir, cantidad de unidades de salud que requieren los bienes, costo, entre otros. Dentro de estos conceptos se desarrolla la categorización de los bienes y servicios de la siguiente manera:

“A” y No Lom – Almacenables

“Z” y No Lom - adquiridos por cada unidad de salud en forma individual.

LOM: Medicamentos Incluidos en la Lista Oficial de Medicamentos.

No Lom: Medicamentos no incluidos en la lista oficial de medicamentos, deben ser autorizados por el comité de Central de Farmacoepidemiología en forma individual para cada paciente según el tratamiento específico; son medicamentos en su mayoría innovadores de muy alto costo, es por ello que está regulada su prescripción.

En el caso de los productos “A” se refiere a un total de 1.806 productos (medicamentos, implementos médicos y reactivos) que son adquiridos por el Área de Adquisiciones de la Gerencia de Logística para todas las unidades de salud, los cuales son distribuidos a través del Almacén General de la CCSS (Centro Logístico en la actualidad); los catalogados como “Z” son



Como parte de la celebración del 71 aniversario de la institución, 79 funcionarios de la CCSS e invitados especiales de las empresas Bridgestone y Punto Rojo, participaron en el tradicional “Carrerón del Escalón”.

aproximadamente 21.391 (insumos médicos, medicamentos LOM y NO LOM, equipo médico e informático, productos alimenticios, reactivos materiales de construcción, oficina y otros), adquiridos desde la red y demás unidades según nivel de usuario. Para el caso de los productos categoría Z la planificación y adquisición de los mismos es responsabilidad de las 189 unidades de salud autorizadas a adquirir bienes y servicios.

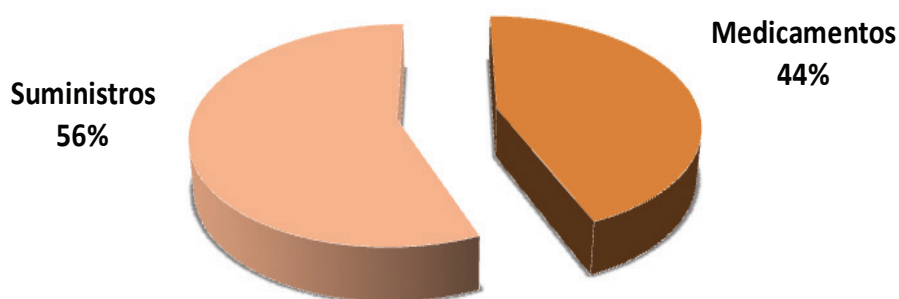
Con el fin de plantear las estrategias a seguir para iniciar con un proyecto que determinara el diagnóstico de situación de la gestión de la cadena de abastecimiento de bienes y servicios, la Gerencia de Logística desde octubre del 2011 hasta el 2012, ha trabajado arduamente para desarrollar un plan integral bajo el concepto de teoría de sistemas, identificando los macro procesos institucionales, las líneas estratégicas y la propuesta para la nueva estructura organizacional con un enfoque de red de servicios de salud, siendo las más de mil unidades de salud la razón de ser de la gestión de la cadena de abastecimiento.

Dado lo anterior, se ha logrado:

- Acercamiento a la red de servicios para comunicar a las Direcciones de los Hospitales y Regiones el plan integral; se han realizado 5 visitas para socializar el proyecto:
 - ✓ DRSS Chorotega.
 - ✓ DRSS Huetar Norte.
 - ✓ DTSS Central Sur (con farmacéuticas).
 - ✓ Hospital de Puntarenas (con la Pacífico Central).
 - ✓ Clínicas mayores.
- Se desarrolló la metodología para la consolidación de Bienes y Servicios de uso común con la participación de 17 hospitales.
- Con la participación activa de la Dirección de Red de Servicios de Salud, específicamente con el Coordinador de la Red de Servicios de Farmacia se logró consolidar 32 medicamentos de alto costo \$13 millones en conjunto con las Directoras de Farmacia de hospitales. Está en proceso su adquisición.
- Se oficializaron 4 comisiones locales para la identificación de insumos de uso común en la región o zona donde están ubicados para que formen parte del proyecto, se está trabajando con los siguientes proyectos:
 - ✓ Productos alimenticios.
 - ✓ Bombas de infusión.
 - ✓ Catéter, suministros para ostomizados, suturas.
 - ✓ Brassier y prótesis para mastectomizadas (en aprobación)
- Incorporación de las unidades de compra a nivel central a los convenios marco vigentes en Compra Red. Hospitales nacionales en proceso de incorporarse. Se revisan los convenios vigentes (artículos de oficina, llantas, artículos de ferretería, servicios de limpieza)

- Diagnóstico de la red de almacenamiento a nivel institucional.
 - Diagnóstico de la red de lavado a nivel institucional. Finalizan los términos de referencia para la remodelación de la lavandería de Ciudad Neily y Golfito.
 - Manuales en lavanderías y ropería.
- b. Consolidación de necesidades: revisión y actualización las fichas técnicas de categoría almacenable. Para esos efectos, se creó una base de datos para las fichas técnicas modificadas denominada “Control de fichas”. A partir del mes de junio de 2012, se inició con la utilización de la base de datos para el seguimiento de las modificaciones de fichas técnicas de los productos almacenables, de manera que se logró extraer los siguientes resultados.

Distribución de las modificaciones realizadas



De conformidad con el trabajo de revisión de fichas realizada, de un total de 208 logró modificar el 44% correspondiente a medicamentos y el 56% de suministros. Esto se desglosa de la siguiente manera: de 634 fichas técnica de medicamentos se han modificado 91 de ellas lo cual equivale a un 14,35%. En lo que respecta a los suministros médicos de 553 fichas, se han modificado 117, correspondiente a un 21,16%.

Producto del proceso anterior y acorde con el Plan de Fortalecimiento de la Cadena de Abastecimiento, la Junta Directiva en sesión No. 8584, artículo 1 del 11 de junio 2012, relativo a este tema, acordó.

“La implementación y desarrollo del Plan Integral de Fortalecimiento de la Cadena de Abastecimiento liderado por la Gerencia de Logística, en coordinación con las Gerencias Médica y de Infraestructura, para la consolidación, normalización y homologación de los insumos de uso común, en concordancia con las modalidades de contratación establecidas por la normativa que regula la materia, entre las que destaca el convenio marco, entregas según demanda y consignación, entre otros”.

Este acuerdo precisamente fue el que se constituyó en fundamento para las acciones desarrolladas por esta Gerencia, tendientes a estandarizar, homologar y normalizar la compra de los insumos de uso común a nivel institucional, con esta gestión espera reducir el costo operativo del proceso de compra y al consolidar la demanda, un ahorro sustancial en los precios. Esta iniciativa, constituye el proceso de consolidación de necesidades, precisamente en pilar fundamental de la cadena de abastecimiento institucional.

Incorporada la red de servicios dentro de la toma de decisiones en la gestión de abastecimiento institucional, desde finales del año 2011, la Gerencia de Logística procedió a realizar las siguientes acciones:

- a. Categorización de productos
- b. Homologación de fichas técnicas.
- c. Definición de necesidades reales.
- d. Implementar modalidades de compra de medicamentos e implementos que permitan consolidar compras de productos. (Entrega según demanda, Convenio Marco, Consignación)

Obteniendo los siguientes resultados:

- Productos de adquisición en forma separada por la red de servicios, tales como guantes quirúrgicos no látex, bombas de infusión, suturas, brasieres y prótesis para pacientes mastectomizadas, 17 medicamentos “NO LOM” entre otros, son incorporados a convenios marco, de forma tal que a la fecha, se gestiona un solo procedimiento de compra por objeto contractual para abastecer a las unidades de la red.
- Convenio Marco Insumos de Oficina: Se han capacitado funcionarios de las Gerencias de Infraestructura (10), Pensiones (4), Administrativa (2), Presupuesto (5) y Financiera (5), La Gerencia Logística, el Hospital Calderón Guardia, Dirección Jurídica y Gerencia Médica tramitaron sus compras mediante el convenio.
- Actualmente se analiza el convenio marco vigente en Compra red, de artículos de ferretería, de forma tal que, si resulta factible, las unidades institucionales que requieren dichos bienes se adhieran al mismo en forma consolidada.

a. Compras electrónicas con Gobierno Digital.

A partir del acuerdo de Junta Directiva, la Gerencia de Logística inició las negociaciones pertinentes con la Secretaría Técnica de Gobierno Digital, a fin de formalizar una carta de compromiso, sin costo alguno para la Institución, para el uso del sistema Mer link por el plazo de seis meses, a partir de la decisión inicial que conste en el sistema de la primera compra por realizar.

A continuación se presenta en el cuadro No. 1, las gestiones realizadas con Gobierno Digital:

Cuadro No.1
Negociaciones Realizadas con Gobierno Digital
Marzo – Agosto 2012

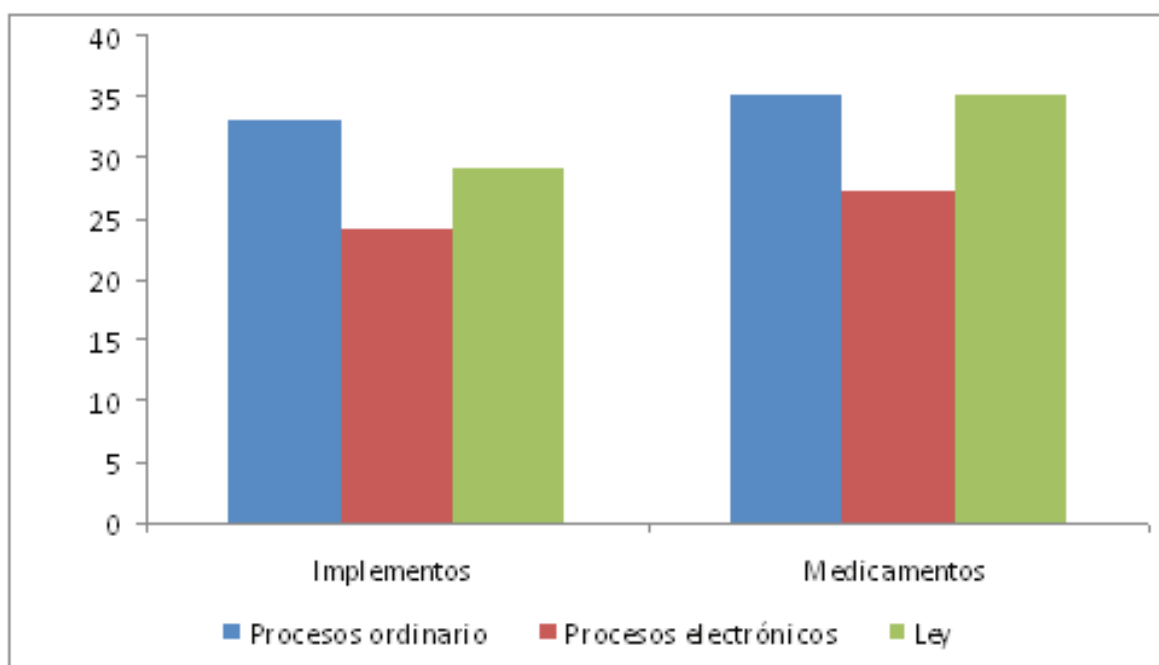
MES	Negociaciones realizadas CCSS-Gobierno Digital
Marzo	A partir del mes de marzo 2012 se realiza coordinación con Gobierno Digital. El 30 de marzo la Gerencia de Logística remite la propuesta de Carta de Compromiso a Gobierno Digital.
Abril	Los días 23 y 26 de abril del 2012 se realizó sesiones de trabajo con los representantes de Racsa para valorar las observaciones emitidas por parte de la CCSS a la segunda versión de la Carta de Compromiso
Mayo	Se remite nuevamente la propuesta de Carta de Compromiso para utilización del Sistema; lo anterior de acuerdo a las observaciones realizada por ésta Institución.
Junio	Se participó en dos sesiones de trabajo como fase preparatoria en Gerencia de Logística. Se asistió a una presentación del sistema de compras electrónicas en instalaciones de Gobierno Digital. La Junta Directiva acuerda proseguir con la evaluación de compras electrónicas Mer-link que se había suspendido en la sesión del 21 de Junio en virtud de la medida cautelar interpuesta.
Julio	A partir de ese momento se continúa coordinando y el 17 de Julio, Gobierno Digital remite nuevamente observaciones para la firma de la Carta de Compromiso y el 30 de julio se define la propuesta para la firma e inicio del plan de evaluación.
Agosto	Se remite nuevamente la carta de compromiso aprobada y firmada por parte de la Gerencia de Logística de la CCSS. Se realiza capacitación al equipo que tendrá a su cargo el desarrollo de las compras, a partir de los días 8 y al 17 de Agosto, misma que se enfocó al uso de la herramienta. Se recibe por parte de Gobierno Digital, 21 de agosto, un nuevo pliego de observaciones a la carta de compromiso, motivo por el cual no se ha concretado la firma del documento.

b. Compras realizadas:

Desde el 25 de mayo del 2012, cuando se firma la decisión de inicio en CompraRed da inicio al plan piloto de compras electrónicas. En el siguiente cuadro se presentan las compras que ya cuentan con orden de compra:

Tipo de producto	Promedio de tiempo tradicional (DH)	Promedio de tiempo en compras electrónicas	Cantidad procesos realizados	Duración días según tipo de Ley
Medicamentos precalificados	25	27	9	2 meses (Ley6914
Implementos médicos	33	24	2	10 días 20 con prórroga Ley (7494)

Además, en la siguiente gráfica se aprecia la comparación de tiempos en las compras realizadas en forma tradicional y electrónica:



A continuación se detalla las compras realizadas y los tiempos de duración:

Código del Producto	Descripción	U.M	Número de Concurso	Fecha de Apertura	Fecha de Adjudicación	Fecha Notificación O.C	Tiempo Duración Apertura-Adjudicación	Tiempo duración Total (DH)
1-10-07-4830	Verapamilo Clorhidrato 5mg.Inyectable. Ampolla 2 ml o 2.2 ml	am	2012CD-000056-51010	28/05/2012	15/06/2012	13/07/2012	15	35
2-94-01-0682	Bolsas para estomas pediátricas	ud	2012CD-000072-05110	01/06/2012	04/07/2012	13/07/2012	24	31
2-72-02-2032	Huata laminada	ro	2012CD-000081-5101	27/07/2012	21/08/2012	31/08/2012	18	24
2-84-01-0500	Palangana mediana	ud	2012CD-000100-05110	24/07/2012	Declarada Infructuosa			
1-10-25-4355	Tropisetron Base 5 MG.(Como Clorhidrato de.	am	2012CD-000087-05101	24/07/2012	13/08/2012	06/09/2012	15	30
1-10-18-3725	Droperidol 2.5 MG / ML. Inyectable. Ampolla de 2 ML.	am	2012CD-000085-05110	20/07/2012	08/08/2012	30/08/2012	14	27
1-10-04-0655	Estaduvina 30 mg. Cápsula	cn	2012CD-000088	06/08/2012	20/08/2012	10/09/2012	11	25
2-36-01-02-90	Catéter Permanente Doble para Hemodiálisis	ud	2012CD-000128	21/08/2012	Declarada Desierta			
1-10-28-7470	Primidona 250 mg en 5 ml. Susp.Oral.Fco 120 ó 150 ml	fc	2012CD-000095-5010	28/08/2012	18/09/2012	04/10/2012	13	25
1-10-22-4340	Neostigmina Micas tilsulfato 0.5 mg. Ampollas 1 ml	am	2012CD-00094-5101		25/09/2012	17/10/2012	18	34
1-10-30-1568	Risperidona 1 mg. Tabletas o tabletas recubiertas (film coated)	cn	2012CD-000093-05101	24/08/2012	20/09/2012	05/11/2012	20	51
1-10-30-3890	Flufenazina Decanoato 25 mg/ml solución inyectable	am	2012CD-000121-05101	17/10/2012	25/10/2012	09/11/2012	7	18
1-10-35-4660	Tetosterona enantato 250 mg. Inyectable	am	2012CD-000122-05101	17/10/2012	25/10/2012	12/11/2012	7	19
2-48-09-0390	Gelatina o esponja hemostática de uso odontologico reabsorbible	fc	2012CD-000117-05101	03/08/2012	09/11/2012	27/11/2012	69	13
1-10-43-4555	Cloruro de Sodio 0.9% . Solución isotónica inyectable bolsa libre de PVC ó envase de vidrio con 500 ml	ud	2012CD-000039-5101	13/11/2012	Declarada Infructuosa			
1-10-30-0830	Haloperidol 5 mg	cn	2012CD-000126-5101	25/10/2012	22/11/2012	18/12/2012	21	15

Código del Producto	Descripción	U.M	Número de Concurso	Fecha de Apertura	Fecha de Adjudicación	Fecha Notificación O.C	Tiempo Duración Apertura-Adjudicación	Tiempo duración Total (DH)
2-94-02-2120	Cat Gut Crómico calibre 3-0, o sea de 0.30 a 0.34 mm con aguja ½ círculo redonda de 20 mm ± 2 mm.	ud	2013CD-000009-05101	08/02/2013	En proceso de subsanación de ofertas			
2-94-02-2300	Lanceta descartable para punción capilar	ud	2013CD-000017-05101	26/02/2013	Pendientes de apertura			
2-94-01-2440	Rollo de papel grado médico blanco de 75 cm de ancho	mt	2013LA-000006-5101	14/03/2013				
2-48-01-0200	Seda negra trenzada 2-0 con aguja hebra de 70 cm material no absorbible de seda natural trenzada.	ud	2013CD-000018-0510	19/02/2013	En análisis técnico			
2-94-01-2085	Película protectora	ud	2013CD-000026-05101	En proceso de requisitos previos para acto de apertura				
7-50-42-0505	Acelerador lineal	ud	2012RE-00001-4403	En proceso de Resolución de Infructuosidad				
Total concursos iniciados	22			Tiempo promedio en días hábiles		27		
Total de concursos adjudicados	13							

c. Convenio Marco

Utilizando la plataforma Compra Red se realizó apertura del convenio marco de guantes el 14 de noviembre del 2012 y liderado por el hospital México como administrador general del contrato el cual actualmente se encuentra en la etapa de recomendación técnica.

Cabe destacar que la Institución inicio el uso del convenio marco de Implementos de Oficina y la Gerencia de Logística inició un proceso de capacitación a funcionarios de las restantes gerencias para motivar su uso.

Convenio Marco Maxilofacial, a cargo del hospital Calderón Guardia y en etapa de confección del cartel.

Convenio Marco de carnes de res y cerdo, a cargo del hospital Nacional Psiquiátrico y en etapa previa de apertura. Se determinó que 27 centros médicos cuentan con contratos vigentes; previo a la investigación, se determinó que no se contaba con una

consolidación de información al respecto, lo que evidenciaba que un solo proveedor resultara beneficiado con al menos el 70% de las contrataciones, por ello, y de acuerdo al Plan de Fortalecimiento de la Cadena de Abastecimiento de la Gerencia de Logística, se busca la consolidación de necesidades para lograr una implementación en el proceso de compras más efectivo, generando economía de escala a nivel institucional.

d. Integración de los sistema de información SIGES/SICS/SIFA:

Sobre las acciones más importantes realizadas en atención a la integración de los sistemas que contienen información de los inventarios de medicamentos es necesario señalar que dicha actividad se aborda dentro de las recomendaciones del equipo de especialistas (49), para lo cual se presentó ante Junta Directiva de la Institución un plan de acción, en la Sesión N° 8566, artículo 23 celebrada el 8 de marzo 2012, acordando lo siguiente:

“Se instruye a la Gerencia de Logística para que coordine con las Gerencias de Infraestructura y Tecnología, Financiera, Médica y Administrativa, para que presenten en el plazo de un mes, un plan de trabajo que describa las etapas, plazos y responsables para lograr la implementación de las interfaces entre los sistemas SIGES (Sistema Gestión de Suministros), SIFA (Sistema Integrado de Farmacia) y SICS (Sistema Integrado de Contabilidad y Suministros), con el fin de que se garantice la integridad, confiabilidad, transparencia y confidencialidad de la información institucional”.

Con la finalidad de mantener la transparencia, oportunidad y seguridad, así como el acceso oportuno de los datos y el control adecuado sobre el uso de los recursos se busca la implementar una interface entre los sistemas SIGES, SIFA y SICS, por lo que se conformó un equipo intergerencial con el objetivo de definir e implementar las aplicaciones necesarias que permitan consolidar la información del SIFA para poder contar con el inventario de la red, los consumos reales y la identificación del número de pacientes que requieren un determinado medicamento. En el cuadro N° 2, se muestra el avance de cumplimiento que se ha logrado de acuerdo con el cumplimiento de las actividades planificadas.

Cuadro N° 2
Avance del cronograma para la implementación de las
interfaces entre los sistemas SIGES, SIFA, SICS.

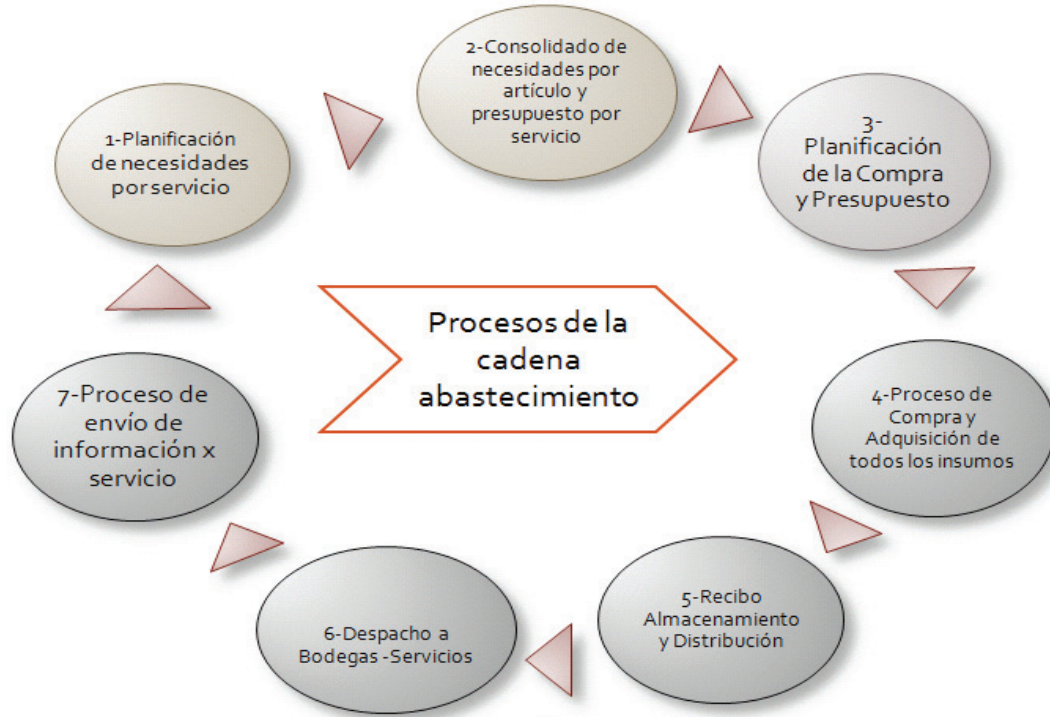
ACTIVIDAD	PLAZO	AVANCE
1- Diagnóstico de la situación actual y definición del problema	16 al 27 de abril, 2012	100%
2- Definición de objetivos general y específico	30 al 11 de mayo 2012	100%
3- Análisis de procesos y sistemas de información	14 de mayo al 08 de junio 2012	100%
4- Propuestas de alternativas de solución	11 de junio al 22 de junio 2012	100%
5- Definición de requerimientos	25 de junio al 13 julio 2012	100%
6- Ejecución de los procesos de mejoramiento de procesos y procesos automatizados	16 julio al 18 enero 2013	75%
7- Puesta en marcha de las soluciones	21 enero al 22 marzo 2013	40%
8- Evaluación de resultados	25 marzo al 26 abril 2013	0%
9- Ajustes y mejora continua	29 abril al 31 mayo 2013	0%

Fuente Oficio CNSF-006-02-13 del 04 de febrero 2013.

e. Implementación SIGES a nivel local:

El SIGES (Sistema Información para la Gestión de Suministros de la Cadena de Abastecimiento) cuenta con tres grandes procesos: 1) Planificación, 2) Formalización y Ejecución Contractual, 3) Recibo Almacenamiento y Distribución, sistema implementado en el nivel central para la compra de los productos almacenables y en proceso de implementación en el nivel local (hospitales y Áreas de Salud) para la gestión en sus unidades de las compras, así como la administración de sus inventarios y la planificación de sus necesidades por servicio de acuerdo con su consumo. Como se muestra en la siguiente figura.

PROCESOS FUNCIONALES DE ABASTECIMIENTO



Se implementó en más de 50 unidades médicas (todos los hospitales y más de 20 áreas de salud) para la realización del pedido ordinario o extra pedido en forma electrónica directamente al Almacén General con los beneficios de tiempo, traslado de documentos, viáticos, otros. Para la administración del inventario ya se tiene implementado en 11 hospitales de la Gran Área Metropolitana

f. Producción de bienes a nivel Institucional (Dirección de Producción Industrial):

La producción de bienes y servicios institucional, se concentran en las 6 grandes líneas (productos farmacéuticos, soluciones parenterales, reactivos químicos, órtesis y prótesis, óptica, fabricación y lavado de ropa hospitalaria).

Como objetivo a desarrollar en forma prioritaria por parte de la Gerencia, se estableció el proyecto de equipamiento, tendiente a mejorar la productividad de algunos sectores prioritarios, obteniendo los siguientes resultados:

Área de producción	Equipamiento
Laboratorio Soluciones Parenterales	Aire acondicionado áreas grises de producción
Laboratorio Productos Farmacéuticos	Sistema integrado de llenado-tapado-dosificado y etiquetado de medicamentos líquidos
Lavandería central	Sistema de ventilación
Fábrica de ropa	Máquina de ojales y botones

Es de suma importancia destacar que para el periodo 2012, según el plan de equipamiento y según las necesidades, se requería un monto de ¢1000 millones; sin embargo, la asignación final autorizada por la Dirección de Presupuesto fue de ¢303.885.300 y de este monto se debió cancelar deudas por pagar del 2011; limitando la adquisición en forma considerable de otros equipos.

Inversión en el Laboratorio de Productos Farmacéuticos

La adquisición del sistema integrado de líquidos del Laboratorio de Productos Farmacéuticos logró alcanzar mejoras en:

- ✓ Ahorro en mano de obra: 7 funcionarios.
- ✓ Sistema anterior 13 funcionarios.
- ✓ Sistema actual: 6 funcionarios.

Es importante mencionar que en la actualidad el Laboratorio de Productos Farmacéuticos cuenta con cuatro líneas de producción (Cremas, Tabletas, 2 líneas de líquidos), de las cuales por el déficit de personal y la obsolescencia de tecnología, solamente dos de ellas operaban en forma simultánea. Con la adquisición de la nueva línea automatización de llenado de líquidos (jarabes), se logró habilitar una tercera línea de producción trabajando de manera simultánea, con los siete funcionarios que trabajaban en la anterior línea sustituida. Quedando como proyecto pendiente para el 2013, la apertura simultánea de la cuarta línea de producción para mantener funcionando el 100% de la capacidad instalada; supeditado a la creación de 5 plazas de “Trabajadores de producción de medicamentos”, más un supervisor de producción, perfiles específicos para esa área. (Estudio técnico y financiero en proceso)

- ✓ Aumento en el rendimiento de la línea de envase: 165 frascos/hora/operario.
- ✓ Sistema anterior: 187 frascos/hora/operario.
- ✓ Sistema actual: 352 frascos/hora/operario.

En este contexto, los estudios indicaban la necesidad de renovar el equipo con nueva tecnología para minimizar el riesgo de desabastecimiento y la obsolescencia del equipo anterior.

Mejoramiento de la calidad de los procesos críticos: llenado, tapado y etiquetado.

En lo referente al proceso productivo del Laboratorio de Productos Farmacéuticos, una vez superado el proceso de ajuste y adaptación al cambio tecnológico, así como un avance significativo en la curva de aprendizaje en la principal línea de producción del Laboratorio (líquidos), en razón de la adquisición del Sistema Integrado de Llenado - tapado - colocado de dosificador y etiquetado de Medicamentos líquidos, en relación con el equipo que sustituyó, se logró aumentar la capacidad de producción en un 61% pasando de 11.000 unidades por día a 18.000 unidades por día. Asimismo, en relación con la otra línea de producción de medicamentos líquidos existente, se tiene incremento de un 53% en la cantidad de unidades por operario por hora, pasando de 186.87 a 351.49, ya que si bien es cierto ambos equipos producen una cantidad similar por hora, el nuevo Sistema funciona con 7 operarios (gracias a su alto nivel de automatización), en lugar de los 13 operarios con que funciona el otro Sistema existente, con lo cual se logró eficientizar el recurso humano del proceso productivo.

Por otra parte, al tratarse de un equipo que cumple con los más altos estándares de las Buenas Prácticas de Manufactura de la Industria Farmacéutica, se minimiza el riesgo de contaminación y se optimiza la calidad de los medicamentos ya que se maximiza el control con la consecuente reducción de la variabilidad en los procesos críticos, tales como: llenado, tapado y etiquetado.

Inversión en el Laboratorio de Soluciones Parenterales

En cumplimiento de las normas de buenas prácticas de manufactura vigentes para la producción de soluciones de gran volumen, se incluye dentro del Plan de inversiones de la Dirección de Producción Industrial, el proyecto de adquisición del aire acondicionado, con el fin mantener bajo condiciones controladas las áreas externas del proceso del Laboratorio de Soluciones Parenterales, controlando la carga bacteriana en pro de la calidad del producto, además, con este sistema se logró mejorar las condiciones laborales existentes generando un clima propicio para el personal desde un punto de vista de salud ocupacional, considerando que anteriormente se contaba básicamente con ventiladores convencionales no óptimos para dichas áreas.

Inversión en la Lavandería Central

El área de producción ubicada en la planta baja de la Lavandería, sufría inconvenientes de altas temperaturas generados por los equipos de planchado y secado, lo cual propiciaba condiciones ambientales inapropiadas en materia de salud ocupacional. Con respecto a la adquisición del sistema de ventilación de la Lavandería Central se logró:

- ✓ Mejorar las condiciones ambientales de la planta de producción.
- ✓ Disminución de la contaminación de partículas en el ambiente (polvo).
- ✓ Mejorar el flujo de aire fresco en la planta baja de la lavandería.

Inversión en la fábrica de ropa

En la línea de producción de ropa para paciente y ropa para cirugía (pantalones, camisas, batas, ropa quirúrgica para pacientes) requiere en su proceso de confección la utilización de equipo para ojales y botones. El anterior sistema por ser obsoleto tenía una capacidad de producción limitada por ser muy manual, más lento y complejo, generando mayor tiempo en la dedicación de mano de obra operaria; por lo tanto, el proyecto tenía como principal objetivo eficientizar la línea de producción de manera electrónica, logrando la optimización de tiempos en el proceso productivo de ropa para paciente.

La adquisición de estos 2 equipos electrónicos (ojales y botones), permitió incrementar la producción en la línea de confección para paciente en un 50% aproximadamente, respecto a las máquinas anteriores que eran totalmente manuales.



La Presidenta de la República, Laura Chinchilla y autoridades de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), inauguraron las instalaciones del Centro de Asistencia Integral de Salud Marcial Fallas (CAIS), ubicada en Desamparados para beneficiar a más de 500 mil habitantes del sur de la capital. Esta obra tuvo un costo cercano a los ₡7 mil millones

Capítulo VII

Gerencia Administrativa

[Empezar Capítulo](#)

[Tabla de contenidos](#)

Introducción

La gestión del recurso humano, la coordinación de las principales políticas en materia de transporte, las investigaciones administrativas, el desarrollo organizacional, la normativa de seguridad..., son, entre otros, los grandes temas que se abordan en este apartado y los cuales forma parte de las funciones que tiene asignada la Gerencia Administrativa de la CCSS.

De los Recursos Humanos

Desde la perspectiva de la gestión de los recursos humanos, la Caja Costarricense de Seguro Social es una de las instituciones más complejas de nuestro país, dada la diversidad de puestos, oficios y profesiones que se articulan para generar la producción de los bienes y servicios que se brinda a toda la población. El talento humano, sin duda constituye uno de los pilares más importantes para la consecución de los objetivos y metas institucionales, por ello ha resultado clave su adecuada gestión.

Los principales logros en esta materia, ha sido el resultado de un equipo de trabajo multidisciplinario que ha puesto su mayor empeño en asumir los retos y desafíos que supuso el año 2012.

La Política Integral de Recursos Humanos, Gestión, Empleo y Salarios 2012” fue el principal instrumento orientador de la gestión. Esta norma incorpora la operativización de corto plazo de las políticas generales y los lineamientos estratégicos de mediano y largo plazo con que cuenta la Institución asociadas con el recurso humano.

1. Creación de plazas institucionales en el año 2012

En el marco de la difícil situación financiera que ha enfrentado la Institución en los últimos años, se han realizado esfuerzos por fortalecer las finanzas institucionales mediante el establecimiento de medidas de austeridad, las cuales buscaron racionalizar los recursos con que cuenta la Institución e impulsar su uso eficiente.

La Institución estableció un control riguroso en lo que respecta a las erogaciones de recursos destinados a la creación de plazas. Es así, que se puso un especial énfasis al recurso humano de atención directa al paciente y al fortalecimiento de los servicios.

Es por esta razón, que en el periodo de enero a diciembre del 2012, se presentó una importante disminución en la cantidad de plazas creadas con respecto al año 2011, de aproximadamente un 45,33%. Para el año 2012, la Caja Costarricense de Seguro Social financió la creación de un total de 410 plazas, todas ellas pertenecientes a unidades ejecutoras adscritas a la Gerencia Médica, tal y como se observa en el siguiente cuadro.

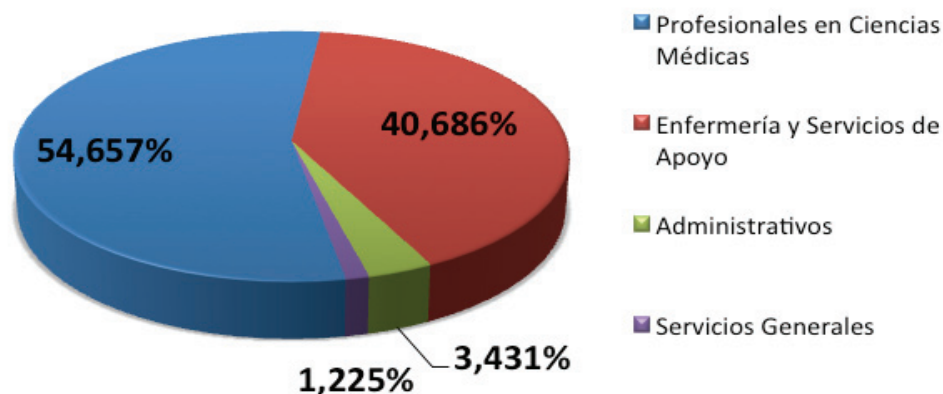
Cuadro No. 1
Distribución de plazas por grupo ocupacional y tipo de
financiamiento de la CCSS, diciembre del 2012

Grupo Ocupacional	Central	Local	Total general
Administrativos	14		14
Enfermería y Servicios de Apoyo	166		166
Profesionales en Ciencias Médicas	223	2	225
Servicios Generales	5		5
Total general	408	2	410

Fuente: Subárea de Planificación de Recursos Humanos con base en la información suministrada por la Dirección de Presupuesto.

Del total de plazas creadas en el año 2012, cabe destacar que el 54.7% corresponden al grupo ocupacional de Profesionales en Ciencias Médicas, el 40.7% al grupo de Enfermería y Servicios de Apoyo, un 3.4% al grupo ocupacional Administrativo y un 1.2% destinado a Servicios Generales, según se puede observar en el gráfico No 1.

Gráfico No. 1
Distribución de plazas por grupo ocupacional, diciembre 2012



Fuente: Subárea de Planificación de Recursos Humanos con base en la información suministrada por la Dirección de Presupuesto.

Como se visualiza en el gráfico anterior, en el año 2012, la Caja Costarricense de Seguro Social dirigió sus esfuerzos a fortalecer principalmente a los grupos ocupacionales indispensable para la prestación y atención de los servicios de salud en el ámbito nacional, como lo es el grupo ocupacional de Profesionales en Ciencias Médicas y el grupo ocupacional de Enfermería y Servicios de Apoyo. Esta es la razón por lo cual se hizo énfasis en la creación de nuevos códigos en dicho grupos ocupacionales, consignando aproximadamente 225 plazas en el primer grupo y 166 plazas en el segundo.

Es importante indicar, que en ambos grupos ocupacionales el total de plazas creadas corresponde al 95.3% de las financiadas en el 2012. Dentro de los grupos con mayor creación de plazas en ese año, se destacan los médicos en funciones sanitarias, personal de enfermería y tecnologías en salud como los subgrupos más beneficiados.

Dentro del grupo ocupacional Administrativo sobresalen las 14 plazas creadas en el año 2012, en donde los Técnicos Administrativos y los Profesionales fueron los perfiles con más códigos de plazas creados, según se observa en el cuadro N° 2

Finalmente, se encuentra el grupo ocupacional de Servicios Generales, al cual se le crearon un total de 5 plazas destinadas al servicio de transporte, mantenimiento y servicios varios.

Cuadro No. 2
Distribución de plazas a nivel institucional, por grupo ocupacional, diciembre 2012

<i>Grupo Ocupacional</i>	<i>Sub-grupo Ocupacional</i>	<i>Cantidad</i>
Administrativos	Técnicos Administrativos	5
	Profesionales	5
	Secretarias y Oficinistas	3
	Recursos Humanos	1
Total Administrativos		14
Enfermería y Servicios de Apoyo	Tecnologías Médicas	56
	Personal de Enfermería	29
	Técnico Graduado en Tecnologías de Salud	28
	Diplomado en Radiaciones Ionizantes	26
	Tareas de Apoyo	25
	Profesionales 1 en Terapia de la Salud	2
Total Enfermería y Servicios de Apoyo		166
Profesionales en Ciencias Médicas	Médicos en Funciones Sanitarias	158
	Enfermera 1 Licenciada	23
	Farmacéuticos	16
	Enfermera Licenciada	7
	Odontólogos	6
	Psicólogos Clínicos	6
	Microbiólogos Químicos Clínicos	4
	Médicos en Funciones Administrativas	3
	Nutrición	2
Total Profesionales en Ciencias Médicas		225
Servicios Generales	Servicios Varios	3
	Transportes	1
	Mantenimiento	1
Total Servicios Generales		5
Total general		410

Fuente: Subárea de Planificación de Recursos Humanos con base en la información suministrada por la Dirección de Presupuesto.

2. Políticas en materia salarial

Durante el 2012 la política salarial de la CCSS procuró articulase con el comportamiento del entorno económico y la sostenibilidad financiera; se buscó de forma permanente el equilibrio interno y la competitividad externa. Los incrementos salariales se ajustaron al límite máximo establecido por el decreto ejecutivo según correspondió, a fin de salvaguardar la sostenibilidad financiera y el equilibrio.

3. Gastos en servicios personales

En lo que respecta al gasto en servicios personales de los regímenes de Salud y Pensiones, se tiene que ascendió a un total ₡905.142.874,1 compuesto por las diferentes cuentas presupuestarias de servicios personales.

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

Cuadro N° 3
Seguro de Salud y Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte
Distribución del Gasto en Remuneraciones Año 2012
(cifras en miles de colones)

Conceptos Salariales	Total	Régimen	
		Seguro Salud	Seguro Pensiones
Remuneraciones Básicas	292.514.220,13	289.906.338,2	2.607.881,9
Sueldos para cargos fijos	267.256.839,72	264.714.325,3	2.542.514,4
Jornales	150.163,96	150.164,0	0,0
Servicios especiales	1.075.799,67	1.075.799,7	0,0
Suplencias	24.031.416,78	23.966.049,3	65.367,5
Remuneraciones Eventuales	128.106.962,91	128.044.257,2	62.705,7
Tiempo extraordinario	104.037.069,37	104.028.123,4	8.945,9
Recargo de funciones	25.229,99	25.230,0	0,0
Disponibilidad laboral	16.602.278,40	16.549.481,8	52.796,6
Compensación de vacaciones	7.420.221,09	7.419.257,9	963,2
Dietas	22.164,05	22.164,1	0,0

Conceptos Salariales	Total	Régimen	
		Seguro Salud	Seguro Pensiones
Incentivos Salariales	379.922.280,42	377.042.261,2	2.880.019,2
Retribución por años servicio	142.221.377,12	141.188.163,3	1.033.213,8
Restricción al ejercicio liberal de la profesión	73.405.876,50	72.552.785,0	853.091,5
Décimo tercer mes	59.563.153,57	59.142.912,2	420.241,4
Salario escolar	53.013.164,81	52.640.485,9	372.678,9
Otros incentivos salariales	51.718.708,41	51.517.914,8	200.793,6
Contrib. Patr. al Desarrollo y la Seg. Social	15.237.025,86	14.662.442,4	574.583,5
Contrib. Patr. Seguro de Salud de la CCSS	472.369,88	0,0	472.369,9
Contrib. Patr. Instit Nac de Aprendizaje	11.071.513,85	10.994.913,3	76.600,5
Contrib. Patr. Banco Popular	3.693.142,13	3.667.529,1	25.613,0
Contrib. Patr. Fondos Pensiones y Otros Fondos de Capitalización	89.335.918,07	88.935.155,7	400.762,3
Contrib. Patr. Seguro Pensiones de la CCSS	36.046.944,71	36.046.944,7	0,0
Aporte Patr. Rég. Obligatorio Pens. Comple.	18.321.307,93	18.166.617,6	154.690,4
Aporte Patr. Fondo Capitalización Laboral	22.138.553,34	21.985.352,3	153.201,1
Contrib. Patr. otros fondos administ. Por entes públicos	3.322.054,36	3.297.713,6	24.340,7
Contr. Patr. a fondos administ. Por entes privados	9.507.057,73	9.438.527,5	68.530,2
Remuneraciones diversas	26.466,70	26.262,81	203,89
Otras remuneraciones.	26.466,70	26.262,8	203,9
TOTAL	905.142.874,1	898.616.717,5	6.526.156,5

Fuente: Informe de Liquidación Presupuestaria Dic-2012. Dirección Presupuestaria

En el Seguro de Salud, durante el año 2012, se registró un gasto ordinario de ¢676.789,4 siendo la partida de cargos fijos la más significativa con ¢264.714.325,3, que representó el 45.8% del total del gasto por Servicios Personales tal y como se muestra en el cuadro N° 4

Cuadro N° 4
Seguro de Salud
Distribución del Gasto Ordinario en Servicios Personales,
según cuenta salarial.
Año 2012 (cifras en miles de colones)

Conceptos Salariales	Gasto Ordinario	
	Monto	% del total
Sueldos para Cargos Fijos	264.714.325,3	39,1
Sueldos Personal Sustituto	23.966.049,3	3,5
Aumentos Anuales	141.188.163,3	20,9
Sobresueldo Aumento Salarial	14.657.394,7	2,2
Zonaje	5.243.523,1	0,8
Sobresueldos	3.261,5	0,0
Dedicacion Ley de Incentivos Médicos	32.942.230,2	4,9
Dedicacion Exclusiva	34.628.655,1	5,1
Salario en Especie	3.807.852,3	0,6
Peligrosidad	2.504.755,7	0,4
Asignacion para Vivienda	1.170.311,6	0,2
Bonificación Adic. Prof. Ciencias Méd.	10.018.802,0	1,5
Remuneración por Vacaciones	7.405.426,1	1,1
Dif. Aplic. Escala Salarial	2.512,9	0,0
Carrera Profesional	13.548.268,4	2,0
Disponibilidad Administrativa	2.050.439,3	0,3
Sobresueldo por Traspaso	510.099,6	0,1
Incen. Eco. Insp. Ley Reglam.	0,0	0,0
Plus Salarial Abogados	51.132,9	0,0
Compensación Vacaciones	13.831,8	0,0
Sueldos Servicios Especiales	1.075.799,7	0,2
Jornales Ocasionales	150.164,0	0,0
Remuneraciones por Recargo	25.230,0	0,0
Retri.Ejec. Liber. Profesional	4.981.899,7	0,7
Salarios Escolar	52.640.485,9	7,8
Sueldo Adicional	59.142.912,2	8,7
Otros Servicios Personales	26.262,8	0,0
Total Servicios Personales	676.469.789,4	100,0

Fuente: Dirección de Presupuesto CCSS 2012

Por su parte, en el Seguro de Pensiones, el gasto en servicios personales fue de ¢5.550.810,7 en el año 2012, siendo los rubros de Sueldos para Cargos Fijos y Aumentos Anuales, los más representativos con un 45.8% y 18.6% del total de Servicios Personales.

Cuadro N° 5
Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte
Distribución del Gasto Ordinario en Servicios Personales,
según cuenta salarial
Año 2012 (cifras en miles de colones)

Conceptos Salariales	Gasto Ordinario	
	Monto	% del total
Sueldos para Cargos Fijos	2.542.514,4	45,8
Sueldos Personal Sustituto	65.367,5	1,2
Aumentos Anuales	1.033.213,8	18,6
Sobresueldo Aumento Salarial	27.776,2	0,5
Sobresueldos	45,7	0,0
Dedicación Ley de Incentivos Médicos	99.000,1	1,8
Dedicacion Exclusiva	636.024,8	11,5
Bonificación Adic. Prof. Ciencias Méd.	38.635,8	0,7
Remuneración por Vacaciones	963,2	0,0
Dif. Aplic. Escala Salarial	18,3	0,0
Carrera Profesional	134.317,6	2,4
Disponibilidad Administrativa	52.796,6	1,0
Tiempo Extraordinario	4.912,5	0,1
Recargo Nocturno	0,0	0,0
Extras Corrientes Médicos	3.990,4	0,1
Extras Disponibilidad Médicos	43,0	0,0
Compensación Vacaciones	0,0	0,0
Retri.Ejec. Liber. Profesional	118.066,5	2,1
Salarios Escolar	372.678,9	6,7
Sueldo Adicional	420.241,4	7,6
Otros Servicios Personales	203,9	0,0
Total Servicios Personales	5.550.810,7	100,0

Fuente: Dirección de Presupuesto CCSS 2012

La cuenta más afectada en cuanto al gasto, fue la de Tiempo Extraordinario con un 23% del total anual, esto se debe a que es la cuenta que se utiliza para el pago de los grupos ocupacionales que cuentan con mayor cantidad de funcionarios en la Institución. Luego del tiempo extraordinario figuraron las guardias médicas (26.9%) y el recargo nocturno (20.6), como los rubros que más incrementaron la cuenta de tiempo extraordinario, tal como lo muestra el cuadro N° 6.

Cuadro N° 6
Caja Costarricense de Seguro Social, Seguro de Salud
Distribución del Gasto Extraordinario, según Concepto Salarial
Año 2012 (cifras en miles de colones)

Conceptos Salariales	Régimen Seguro Salud	Porcentaje del Total
Tiempo Extraordinario	27.295.543,5	23,0
Recargo Nocturno	24.472.073,6	20,6
Guardias Médicas	31.855.811,9	26,9
Disponibilidad Médicos	14.499.042,6	12,2
Días Feriados	4.508.949,1	3,8
Guardias Médicas Residentes	11.355.498,6	9,6
Extras Corrientes Médicos	4.413.236,7	3,7
Extras Disponibilidad Médicos	0,0	0,0
Dietas	22.164,1	0,0
Cirugía Vespertina	127.010,1	0,1
Total Servicios Personales	118.549.330,0	100,0

Fuente: Dirección de Presupuesto CCSS 2012

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

Como parte del proceso de gestión de los recursos humanos, durante el año 2012, se desarrolló e implementó una serie de herramientas tecnológicas para agilizar la aplicación y control de los procesos de recursos humanos, y a la vez, para generar estadísticas e información de utilidad para la toma de decisiones.

Algunos de los sistemas creados que se consideran oportunos destacar son los siguientes:

- a. **Módulo de consulta de aportes al FRE desde Consulta en Línea:** Permite a todo funcionario que cuente con usuario para el sistema de Consulta en Línea revisar sus aportes mensuales al FRE. Conlleva internamente la coordinación con el FRE para realizar la carga mensual del archivo.
- b. **Implementación del Sistema de Información Estadística en Recursos Humanos (INFO):** Facilita la consulta y análisis de información en materia de recursos humanos de la CCSS de manera integrada, mediante reportes predeterminados o de construcción propia según diferentes parámetros, lo que facilita al usuario la obtención de información estadística en tiempo real y de forma ágil.

- c. **Implementación del Sistema de Requerimientos Estadísticos (SIRE):** Permite realizar a cualquier dependencia de la CCSS, solicitudes de requerimientos (reportes, gráficos) estadísticos a la Subárea de Estadística, a la vez que lleva un control de las asignaciones y el flujo de trabajo por el que pasa la solicitud.
- d. **Desarrollo e implementación de consulta de pago incapacidades en el módulo de Consulta en Línea:** Faculta a todo funcionario que cuente con usuario para el sistema de Consulta en Línea revisar el pago de sus incapacidades (fechas que registra, días que se pagan y monto), con el fin de evitar trámites de consulta en las oficinas de recursos humanos. Conlleva internamente la coordinación con el RCPI para realizar el acceso a la información de incapacidades.

De las acciones en Igualdad y Equidad de Género

La construcción de una Institución que considera y actúa con perspectiva de género, es un reto que empieza a dar sus primeros pasos. El norte ha sido la Política Institucional de Igualdad y Equidad de Género 2010, que procura incorporar la igualdad y equidad como principios de aplicación transversal y progresiva en todos los niveles de actuación de la Caja Costarricense de Seguro Social.

El 2012 deja observar el desarrollo de varias acciones que contribuyen a la disminución de brechas de inequidad entre los géneros a saber:

- a. Bajo la coordinación del Programa para la Equidad de Género se diseñó el Modelo de Gestión de Género en la CCSS, constituyéndose en la primer Institución del sector público que diseña un modelo de esta naturaleza a partir de estándares establecidos en normas nacionales. Este Modelo de Gestión resulta indispensable para transversalizar este tema en toda la Institución.
- b. Se logró incluir en los Planes anuales operativos de las unidades responsables, las acciones contenidas en el II Plan de Acción de la Política Institucional para la Igualdad y Equidad de Género, así como en el Plan de Acción de la Política Institucional para la Igualdad y Equidad de Género de la CCSS, lo que permite garantizar el compromiso institucional en la consecución de acciones para el avance de la equidad entre los géneros. También se realizó el primer informe de seguimiento de las responsabilidades de la CCSS ante la Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género para el año 2012 logrando un nivel de ejecución de casi un 100% en los compromisos.
- c. Durante el año 2012, se mantuvieron los esfuerzos en materia de capacitación; se capacitó a cerca de 500 personas en temas relacionados con la igualdad y equidad de género, por medio de cursos virtuales, videoconferencias, charlas, talleres de capacitación, entre otros.

Del Desarrollo Organizacional

En materia organizativa, el año 2012, deparó importantes avances y desafíos institucionales. Los informes presentados por los grupos de expertos que analizaron las posibles causas que incidieron en la crisis de la CCSS, derivaron en la necesidad de revisar y reestructurar la estructura funcional y organizacional de la Caja. Esta labor de orden estratégico aun se encuentra en proceso de construcción. Los resultados en esta materia muestran lo siguiente:

1. Cultura Organizacional

Con el propósito de fortalecer la cultura organizacional de la CCSS, se continuaron desarrollando los esfuerzos para divulgar e institucionalizar este componente fundamental en la gestión, promoviendo el cambio en la actitud y el comportamiento de los funcionarios a nivel central, regional y local. Esta labor tiene el propósito de que los servicios que se suministran a los usuarios se otorguen con calidad, oportunidad y humanizados.

Solo durante el 2012, se desarrollaron 285 actividades presenciales en diversos centros de trabajo de la Institución y 8 videoconferencias a los sitios enlazados, orientadas a promover la cultura organizacional.

El componente de cultura permitió analizar y reforzar temas socio administrativos relacionados con: motivación, actitud positiva, liderazgo, trabajo en equipo, resolución de conflictos, inteligencia emocional, manejo del stress, comunicación asertiva.

De los compromisos de gestión

En el tema de la Compra de Servicio de Salud y de los Compromisos de Gestión, el año 2012, fue un año de reflexión y de transformación, fue un tiempo de reinventarse mirando al futuro, echando mano de la tecnología y con los pies bien puestos sobre la realidad económica de la Institución.

Acatando una solicitud expresa de Junta Directiva y conscientes de la importancia de evaluar el desempeño de la prestación de los servicios de salud que se ofrece a la población, se diseñó una propuesta que fue aprobada en agosto del 2012, con la cual se trascendió de la función Compra de Servicios de Salud a la de Evaluación del Desempeño de la Prestación de los Servicios de Salud.

Bajo este nuevo marco, la Dirección de Compra de Servicios de Salud tendrá como misión la evaluación del desempeño de la prestación de los servicios de salud, suprimiendo su participación en la asignación de recursos financieros, lo que a su vez sustituye la negociación de metas individuales por centro de salud en el Compromiso de Gestión, por unas metas institucionales por quinquenios. El énfasis en la evaluación será en las dimensiones del desempeño: acceso, continuidad, efectividad, eficiencia y aceptabilidad.

Esta nueva misión incorporó cambios metodológicos en el proceso de recolección de datos, enfocándose en la reducción de los costos de su ejecución, sustituyendo los gastos en traslados y viáticos por el uso de la tecnología disponible a nivel institucional.

Con el propósito de evitar el desplazamiento de equipos evaluadores por el país, se capacitó, por medio de un curso virtual, a dos representantes locales de cada área de salud, con la intención de que fueran ellos mismos quienes recogieran los datos de los expedientes de salud, lo que a la postre les daría una valiosa retroalimentación en relación con los aciertos y desaciertos de la gestión clínica en el proceso de atención a las personas.

En relación con la evaluación de los hospitales y las áreas de salud administradas por proveedores externos, se mantendrá la recolección de datos de manera presencial, de acuerdo con las políticas institucionales vigentes.

Para la implementación de la recolección de datos en línea de las áreas de salud, el CENDEISS accedió a que se utilizara el Campus Virtual del que dispone, como plataforma para la evaluación de las áreas de salud, así que fue desde ahí que se transfirieron los listados de las personas atendidas, los formularios de la revisión de expedientes y demás documentación requerida.

La utilización de este espacio permitió, además la transferencia segura de la información, la disponibilidad de un punto de encuentro entre los evaluadores de la Dirección Compra de Servicios de Salud y los representantes locales, con múltiples aplicaciones informáticas a disposición tales como mensajería, foros de discusión, control cronológico en la entrega de documentación, disponibilidad de la plataforma 24 horas al día y 7 días a la semana, entre otras.

Por otro lado, se ideó un proceso de verificación que permitiera garantizar la calidad de los datos recopilados por los representantes locales, para ello el área de Video-Comunicación Institucional dotó de licencias de Microsoft-Lync a cada uno de los representantes locales y a los profesionales de la Dirección Compra de Servicios de Salud les proveyó de una cámara WEB y una diadema de audio, lo que permitió el desarrollo de video-conferencias con las unidades, por medio de las cuales se visualizó directamente una muestra aleatoria de expedientes para corroborar que los datos hubiesen sido recopilados según la metodología establecida.

Las videoconferencias demostraron que es posible visualizar desde el nivel central los expedientes de salud del 100% de áreas de salud del país, utilizando para ello la intranet, lo que asegura la discreción en el manejo de la información de las personas. Asimismo, revolucionó la comunicación a lo interno de la institución ya que se desarrolló exitosamente un proceso basado en la comunicación virtual, cuyos resultados además de ser de bajo costo, tienen un gran potencial en la implementación futura de procesos institucionales.

Es de esta forma como la nueva misión encomendada considera que la evaluación del desempeño de la prestación de servicios de salud debe ser un elemento esencial en la toma de decisiones, tanto a nivel local como a nivel central, para el mejoramiento de los servicios públicos prestados, así como un mecanismo que fortalezca la rendición de cuentas a lo interno de la institución y la transparencia que se debe al país en general

De los servicios institucionales

Reorganización del sistema de transporte de pacientes

Durante el año 2012, se efectuó un diagnóstico vehicular detallado, el cual contempló aspectos como la utilización de los servicios de transporte, el inventario institucional de vehículos clasificándolos por tipo, antigüedad y estado de funcionamiento, se realizó un análisis de la inversión realizada en los últimos años, así como los gastos operativos generados durante el mismo periodo.

Como resultado de este proceso se presentó ante Junta Directiva la propuesta de un plan de acción que permita implementar el proyecto “Reorganización del sistema de traslado de pacientes a citas programadas” a través de diferentes líneas de acción enfocadas a contribuir en el mejoramiento del servicio de traslado de pacientes hacia los centros nacionales y especializados de la institución. El Plan fue aprobado por Junta Directiva en la sesión N° 8587, celebrada el 21 de junio del 2012.

Modelo de ruteo por núcleos

Con el propósito de implementar alternativas que contribuyan a la optimización de los recursos operativos y financieros, y que permitan maximizar la calidad y eficiencia de los servicios de traslado de pacientes, se planteó el Modelo de ruteo por núcleos que establece un esquema de funcionabilidad vehicular mediante núcleos que a su vez responde al modelo de red de servicios de salud.

La propuesta se evaluó a partir de un plan piloto en dos de las rutas de la Región Chorotega, mediante la utilización de vehículos institucionales durante un periodo de siete meses, por lo que se entregó a la Dirección Regional Servicios de Salud Chorotega, dos unidades móviles tipo microbús para la prestación de servicio de traslado de pacientes en las rutas del área de salud La Cruz y el hospital La Anexión, según se detalla en el siguiente cuadro.

Cuadro N°7
Rutas establecidas para los vehículos asignados

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

Los resultados positivos permitirán extender, para el año 2013, la implementación del modelo a las demás regiones del país, en conjunto con el proceso de negociación, firma y ejecución del nuevo contrato con la Cruz Roja Costarricense para la prestación de los servicios de traslado de pacientes.

Programa de fortalecimiento de la seguridad institucional

1. Alianza y cooperación en materia de seguridad

Mediante una alianza de cooperación con profesionales destacados de la Dirección de Seguridad Ciudadana de la Municipalidad de San José, se logró capacitar en “Técnicas de intervención en seguridad y vigilancia, en defensa personal, uso y manejo de armas de fuego, así como ética y moral en sus funciones, a funcionarios del área de seguridad.

2. Talleres de seguridad preventiva y aspectos técnicos

Continuando con el propósito de actualizar los conocimientos del personal de seguridad, se efectuaron 11 talleres en los cuales fueron abordados conceptos básicos de seguridad física, operativa y electrónica, uso, manejo y custodia de armas de fuego, desarrollo e implementación de procedimientos y protocolos de seguridad, accionar ante diferentes hechos delictivos y aspectos legales vinculados a las acciones de los oficiales de seguridad.



Los niños participantes realizaron dinámicas sobre cómo lavarse las manos y cómo promover este hábito de gran impacto, de bajo costo y al alcance de toda la población. En la actividad participaron la atleta nacional Gabriela Traña y Carlos Andrés Coto, participante de Combate.

Se logró la participación de funcionarios de seguridad, supervisores y encargados del servicio, de los hospitales Carlos Luis Valverde Vega, San Carlos, Alajuela, Ciudad Neilly, Limón, Guápiles, La Anexión, Dr. Raúl Blanco Cervantes, México, Rafael Ángel Calderón Guardia y área de salud del Guarco.

Recolección institucional de desecho electrónico

Como responsables de administrar el convenio suscrito por la institución y la empresa HOPE Proyectos Ambientales S.A., para este periodo, se logró efectuar dos actividades semestrales de recolección institucional, para lo cual se dispuso en cada región una unidad para la entrega de desechos, que por sus características deben ser transportados y dispuestos de manera sostenible con el ambiente; a octubre del 2012, se logró cuantificar un total de 19.040.40 kilogramos.

Desarrollo de estudios técnicos integrales para edificaciones institucionales

Como parte de los procesos que ejecuta la Subárea de Seguridad y Limpieza, se encuentra el desarrollo de estudios que determinen los requerimientos en materia de seguridad y limpieza a diferentes unidades de la institución, insumo que contribuye en la toma de decisiones por parte de la administración; en el periodo fueron efectuados 102 estudios técnicos, segregados de la siguiente forma: 22 corresponden a servicios de limpieza, 43 seguridad operativa y 37 de seguridad electrónica, de los cuales se resaltan los análisis de requerimiento efectuados a nuevas construcciones tales como: CAIS de Desamparados, CAIS de Siquirres, área de salud Mora Palmichal, área de salud Parrita, área de salud Hatillo, Edificio de Nutrición y Ropería del hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, Servicio Conjunto Atención del Cáncer.

De los sistemas administrativos

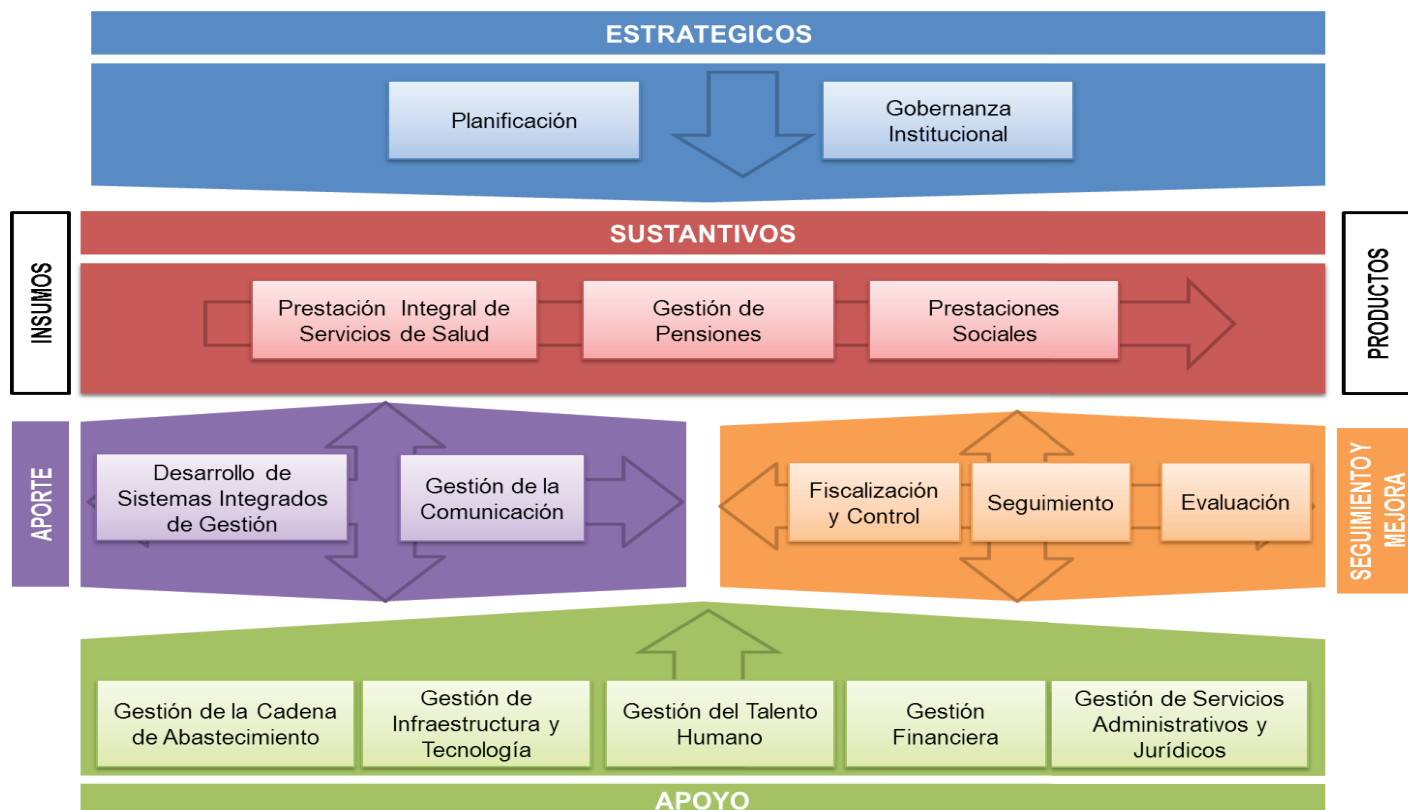
Mapa de Procesos Institucional

Se construyó el Mapa de Procesos Institucional, que contempla los Macroprocesos Institucionales, y de estos últimos, se identificaron los procesos institucionales y sus interrelaciones. Dicho mapa, que es la representación gráfica de la gestión institucional, se clasifica en procesos sustantivos, procesos de apoyo y procesos complementarios (estratégicos, aporte y seguimiento y mejora).

El Mapa de Procesos facilita la explicación del proceso, reduce las fallas de integración de los procesos, permite identificar los procedimientos que se requieren documentar, ayuda a simplificar las actividades, a estandarizar los procesos y favorece el incremento de la productividad.

Este instrumento ha sido de gran valor de cara al proceso reorganización que durante el año 2012 ha venido construyendo e implementado la Institución. El Mapa de Procesos de la CCSS es el resultado de un profundo análisis y discusión a nivel de las autoridades superiores, en el que se destaca principalmente el compromiso institucional de tener una organización basada en procesos para satisfacer de mejor manera las necesidades de los usuarios de los servicios.

Figura N°3
Mapa de Procesos Institucional



Fuente: Área de Gestión de Control Interno, Dirección Sistemas Administrativos, Gerencia Administrativa, CCSS, 2012.

Autoevaluación

La Caja Costarricense de Seguro Social cumplió con la realización de la Autoevaluación del Sistema Control Interno, conforme a lo establecido en el artículo 17 de la Ley General de Control Interno N°8292. Un total de dos mil ciento dieciséis (2116) titulares subordinados en puestos de jerarquía, en los diferentes niveles y dependencias de la organización aplicaron la Autoevaluación, además de los Superiores Jerárquicos de Junta Directiva, Presidencia Ejecutiva y el cuerpo gerencial.

Fortalecimiento de capacidades en control interno

En el marco del fortalecimiento de las capacidades institucionales, se realizaron capacitaciones, talleres en coordinación con el CENDEISS y se brindaron asesorías en los temas que contemplan la Ley N°8292 y N°8220, se logró sensibilizar y capacitar a aproximadamente 1200 funcionarios.

Se actualizaron 4 instrumentos, a saber las herramientas automatizadas para el Levantamiento y la Documentación de Procesos y Procedimientos, así como la de Valoración de Riesgos y la Autoevaluación de Control Interno. Además, se cuenta con la actualización de la Guía Institucional de Valoración de Riesgos. Todos estos elementos fortalecerán la capacidad de gestión de los funcionarios en estos temas y en la línea a crear instrumentos estandarizados de control interno y valoración de riesgos.

Simplificación de trámites

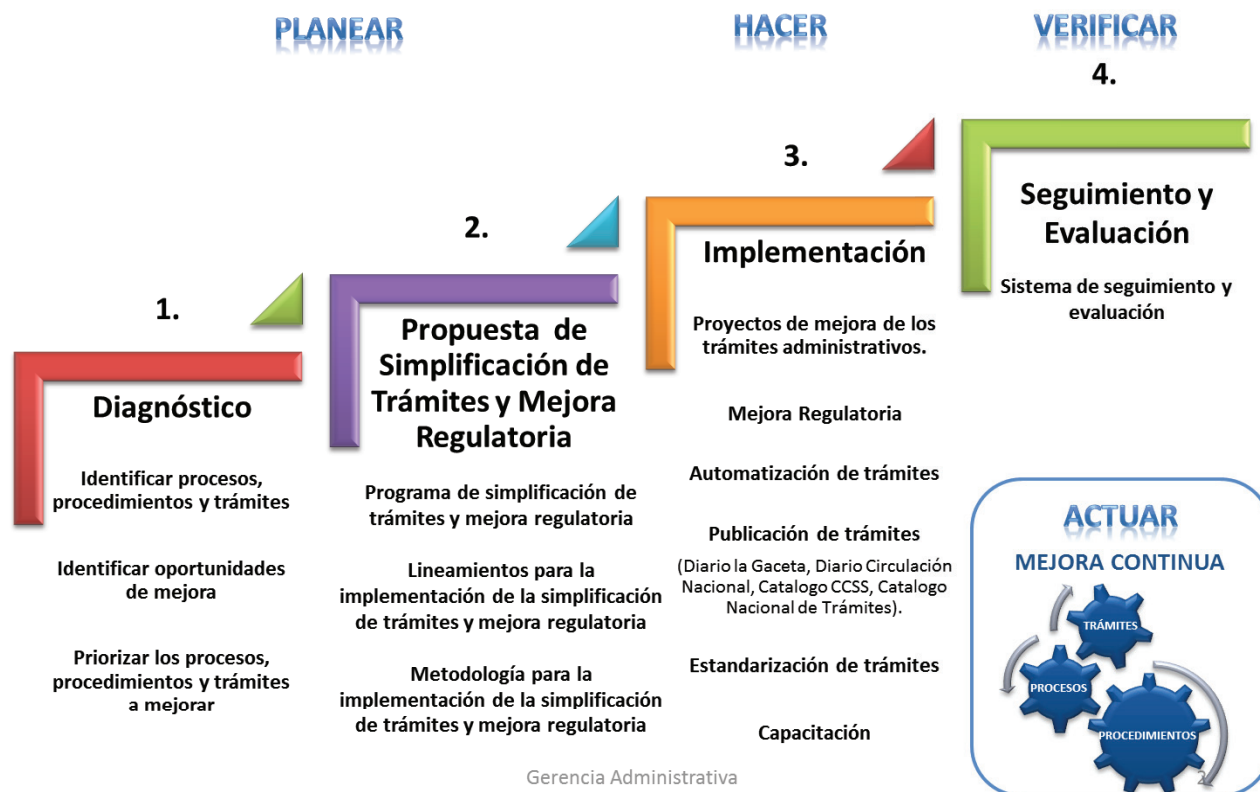
En materia de simplificación de trámites, se nombró al Oficial de Simplificación de Trámites y Mejora Regulatoria Institucional, al señor Gerente Administrativo como enlace institucional para la coordinación del tema de simplificación de trámites y mejora regulatoria, con el propósito de garantizar el adecuado cumplimiento de la Ley de Protección del Exceso de Requisitos y Trámites Administrativos N°8220 y su Reglamento.

Se aprobó la implementación del Catálogo de Trámites de la CCSS, que consolida los trámites y requisitos institucionales en una herramienta automatizada que estará disponible en la página web de la CCSS, para que los usuarios externos consulten la información que requieren saber sobre los trámites y servicios que brinda la institución en salud, pensiones y prestaciones sociales.

Se desarrolló la estrategia para la implementación del Sistema de Simplificación de Trámites y Mejora Regulatoria Institucional, permitiendo el reordenamiento del tema a la luz de las reformas a la Ley N°8220 y su Reglamento. Además, de los ajustes que a nivel institucional se suscitaron en el 2012, como fue el cambio de gerentes, y por ende, del Oficial de Simplificación de Trámites Institucional y del cambio del equipo coordinador-técnico del tema.

Esta necesidad de renovar la estrategia deviene también del desarrollo de un Sistema de Gestión de Calidad, donde se prioriza el mejoramiento continuo de los procesos, procedimientos y trámites administrativos, de cara a brindar una mejor atención en los servicios.

Figura N°4
Estrategia de Simplificación de Trámites y Mejora Regulatoria Institucional
Estrategia de Implementación



Fuente: Programa de Simplificación de Trámites y Mejora Regulatoria Institucional, Dirección Sistemas Administrativos, Gerencia Administrativa, CCSS, 2012.

Del bienestar laboral

Propuesta para organización del Proceso de Diálogo Social y Laboral

Por acuerdo de Junta Directiva, según artículo 28 de la sesión No. 8578, se definió la agenda para atender procesos de diálogo social y laboral y se conformó la comisión integrada por la Gerencia Administrativa, la Gerencia Financiera y la Gerencia Médica.

De la Comunicación Institucional

A partir del año 2012, la CCSS dio un salto cualitativo en materia de servicios digitales al poner en producción la nueva versión de su portal Web como una herramienta orientada a los servicios los cuales, se dividen en **aplicaciones** e **información**.

Las aplicaciones se dividen a su vez, en **transaccionales** (herramientas por medio de las cuáles, el usuario consolida un trámite determinado por ejemplo, el pago de una planilla) y en **sistemas de información automatizada** (herramientas web que permiten al usuario acceder a los contenidos que él requiere por encima de la información general).

La información también es un servicio y se presenta ahora en función de los públicos **interno** (intranet administrada por las propias unidades) y **externo** (internet administrada por el Área de Comunicación Digital) a los que se dirige la Institución.

En ambos casos, la información está determinada por su peso estratégico el cual, a su vez, se define como el resultado del cruce de dos variables: las **necesidades institucionales** y el **interés ciudadano**.

El esquema, tanto en aplicaciones como en información nos conduce a un portal eficiente desde el punto de vista administrativo y de satisfacción para el usuario.



La comunidad de Hatillo 8 ganó el concurso “Quiero mi distrito limpio”, por lo que recibió un parque infantil donado por la empresa Bridgestone con el apoyo de la Municipalidad de San José, la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS).

Día C

Se dispuso de una sitio interactivo por medio del cual, 1605 personas trabajadoras de la CCSS firmaron en línea su compromiso para laborar en forma **ah honorem** el sábado 22 de setiembre del 2012.

En esa fecha se realizaron diversas actividades, a lo largo y ancho del país, bajo la consigna de servicio atento y esmerado hacia el prójimo y como acto solidario con el esfuerzo institucional para impactar las listas de espera, disminuir costos de operación en sub-partidas variables, renovar el sentido de pertenencia en los funcionarios, mejorar la imagen y perpetuar la permanencia de nuestra institución.

La iniciativa original nació en el hospital Calderón Guardia.

Compromiso de ahorro energético

Por segundo año consecutivo se creó un sitio interactivo para crear conciencia de que el ahorro de recursos guarda relación con el calentamiento global y los cambios climáticos. En este sentido se trabajó en estrecha coordinación con la subárea Gestión Ambiental en una estrategia tendiente a cambiar hábitos en las personas y crear a partir de ellos, una cultura de ahorro que permita evitar las consecuencias sobre el medio ambiente.

En total, 1526 personas trabajadoras de la CCSS firmaron este compromiso con la vida.

Taller de proveedores de la CCSS

Mediante el uso de herramientas en línea, se facilitó el proceso de inscripción al *II Taller Estrategias de Integración del Mercado a la Gestión de Abastecimiento Institucional Aportes de los Proveedores a la Cadena de Abastecimiento CCSS*.

Gestión de compra y reparación de activos

Como parte de una alianza estratégica, se desarrolló una herramienta para el trámite, seguimiento y control de solicitudes para compra y reparación de activos, como parte de las acciones tendientes a mejorar la gestión y el control interno llevadas a cabo por la Subárea Gestión Administrativa y Logística de la Dirección Administración y Gestión de Personal.

Mercadeo Social

Educar e informar a la población en temas diversos de salud, con el propósito de promocionar estilos saludables de vida y prevenir la enfermedad, desde una perspectiva positiva de alerta y no de alarma, con consejos útiles y prácticos y en un lenguaje sencillo, de manera que contribuyamos a un cambio de actitud y como resultado final, de sus prácticas habituales, es el objetivo fundamental de las producciones que se realizan en la Institución.

Es así como a partir de febrero de este año, el programa de televisión “Salud para Todos”, producido en su totalidad por la Dirección de Comunicación Organizacional, cambió de formato; pasó de ser un programa de 30 minutos, para convertirse en un microprograma de 90 segundos, que presenta información en tono positivo y concentrado en las acciones para favorecer la salud. De igual manera, la población tiene acceso a cuentos interactivos, en los que se tratan temas varios de salud, escritos y producidos pensados especialmente para la población infantil del país.

Pero la educación en salud y seguridad social que realiza la CCSS va todavía más allá, pues durante el 2012 se desarrollaron estrategias de comunicación sobre aspectos importantes como cultura contributiva, aseguramiento, la promoción del Beneficio para los responsables de pacientes en fase terminal, uso correcto de incapacidades, de medicamentos y por supuesto, estrategias de mantenimiento sobre el tema de lavado de manos y protocolo del estornudo.



La V edición del “Carrerón del Escalón” galardonó con el lugar de honor, en la categoría Masculino Mayor, al funcionario Esteban Mora Arias de Grecia, con un tiempo de un 1, 02 segundos y a Yoselyn Arce Hernández del Área de Adquisiciones, quien con un tiempo de 1:38 segundos, obtuvo el primer lugar en la categoría Femenina Mayor por tercer año.

Capítulo VIII

Gerencia de Pensiones: Un pilar fundamental

[Empezar Capítulo](#)

[Tabla de contenidos](#)

Introducción

El Seguro de Pensiones de Invalidez Vejez y Muerte (IVM), ha permitido, desde mediados del siglo pasado, que una proporción muy importante y creciente de la población trabajadora y sus familias cuenten con la cobertura necesaria que les garantiza un ingreso ante las contingencias de la invalidez, vejez y muerte.

Nace en el año 1947 y le corresponde a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) su administración. Inicialmente, este Seguro tenía un carácter voluntario y se establecía únicamente para los profesionales y oficinistas servidores del Estado y de las Instituciones Públicas y además, de algunos puestos administrativos de actividades privadas.

Para el año de 1971, la Junta Directiva de la CCSS modificó el artículo 3° y aprobó el reglamento del Seguro de Invalidez Vejez y Muerte, que establece la obligatoriedad del aseguramiento para todos los trabajadores asalariados tanto en el sector público como en el sector privado.

A partir del año 2000, mediante la Ley de Protección al Trabajador del Sistema Nacional de Pensiones, el RIVM se convirtió en el Primer Pilar básico y obligatorio; además se introdujo un transitorio para la obligatoriedad de la afiliación de los trabajadores independientes sean estos asalariados o no.

Actualmente el RIVM cuenta con aproximadamente 1.5 millones de afiliados y unos 200.000 personas pensionadas o beneficiarias, por lo cual se constituye el régimen más grande de Costa Rica.



Tras una inversión cercana a los ₡8 mil millones, autoridades de la CCSS inauguraron en Ciudad Neily un nuevo edificio de hospitalización, administración, Banco de Sangre y servicio de imágenes médicas.

Pensionados del Régimen de IVM

El Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte a enero 2012 registró: 48.266 beneficiarios incluidos en el Riesgo de Invalidez, 62.754 beneficiarios en Muerte y 75.255 en Vejez, para un total de 186.275 beneficiarios. Para diciembre, la cantidad de beneficiarios fue de 49.339 personas: en muerte 64.752 personas y en vejez 82.287 personas, para un total de 196.375 beneficiarios, los cuales corresponden a 182.528 casos.

Esto representa un incremento neto en el total de beneficiarios de enero a diciembre 2012 de 5.42%, con especial relevancia el aumento en los pensionados por el riesgo de Vejez, lo cual impacta directamente en el monto que se paga por concepto de pensiones dentro del Régimen. Dado el crecimiento anterior, se puede observar el impacto en términos monetarios, ya que el pago de la planilla de pensionados al mes de enero 2012 fue de: ¢34.103.361.299,47 (no incluye pago de indemnizaciones ni intereses por pensiones) mientras que la planilla de diciembre fue de ¢38.939.440.747,00, lo que representa un crecimiento de 14.18% dentro del gasto.

De enero a diciembre del 2012, se giró, por concepto de pago de planilla de pensionados un total de: ¢499.453.672.344,38 (este dato no incluye pago de indemnizaciones, intereses por pensiones ni décimo tercer mes) así como por aguinaldo de: ¢35.923.319.813,81.

Cuadro No. 1
Cantidad total de beneficiarios y casos por riesgo
Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte - Enero y diciembre 2012

Riesgo	Enero 2012	Diciembre 2012
	Beneficiarios	Beneficiarios
Invalidez	48.266	49.339
Muerte	62.754	64.752
Vejez	75.255	82.287
Total	186.275	196.378

Fuente: Área de Informativa, Dirección Administración Pensiones.

Régimen No Contributivo

El Programa Régimen No Contributivo por Monto Básico cerró el año 2012, con un total de pensiones ordinarias acumuladas al mes de diciembre de 93.182 pensiones, lo que representa un crecimiento de 3.6% en este año. Con respecto a la Ley 8769 el total de pensionados para este mismo mes es de 3.113, lo cual representa un crecimiento del 10.7%, aumento un poco mayor al del 2011. Ambos programas tiene un total de pensionados de 96.298 personas, cantidad que se mantiene en aumento desde el año 2007.

Cuadro No. 2
Régimen No Contributivo
Número de pensiones Ordinarias y PCP
Período 2001-2011 - Acumulado al 31 de diciembre de cada año

Periodo	RNC	Tasa de variación	PCP	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	-0,4%	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	84.438	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%	3.113	10,7%	96.298

Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección Actuarial y el SIP

Cobertura del Seguro de Pensiones

En el 2012, el Seguro de Pensiones presentó una cobertura de 1.379.961 trabajadores, lo cual implica un crecimiento cercano al 3,6% respecto al año 2011. Este incremento está explicado por el incremento de 30 mil trabajadores asalariados y cerca de 20 mil trabajadores no asalariados, donde se muestra una disminución en el número de trabajadores por Convenios Especiales, debido a una revisión de la aplicación de la obligatoriedad de cotización al Régimen de Pensión. Sin embargo, se muestra un incremento en los Trabajadores por Cuenta Propia explicado por la aplicación de la Ley de Migración y a los esfuerzos por incrementar la cobertura realizados por la institución. En resumen, la cobertura del Seguro de Pensiones respecto a la PEA, mostró un nivel cercano al 63%.

Cuadro No. 3
Seguro de pensiones
Patronos, trabajadores y masa cotizante
por año, según sector institucional
junio 2011-2012

Sector Institucional	Patronos		Trabajadores		Masa cotizante (1)	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Asalariados	74,703	76,616	1.014.196	1.043.934	448,124	510,592
Empresa Privada	63,728	65,339	805,177	835,888	290,533	321,296
Servicio Doméstico	9,762	10,059	12,971	13,234	1,774	1,907
Inst. Autónomas	1212	1217	142,491	141,918	121,489	151,12
Gobierno Central	1	1	53,557	52,894	34,328	36,269
No Asalariados	107	106	318,388	336,027	51,212	54,272
Cuenta Propia	-	-	259,016	279,718	43,628	47,154
Convenios Especiales	107	106	59,372	56,309	7,584	7,118
Total	74,81	76,722	1.332.584	1.379.961	499,336	564,864

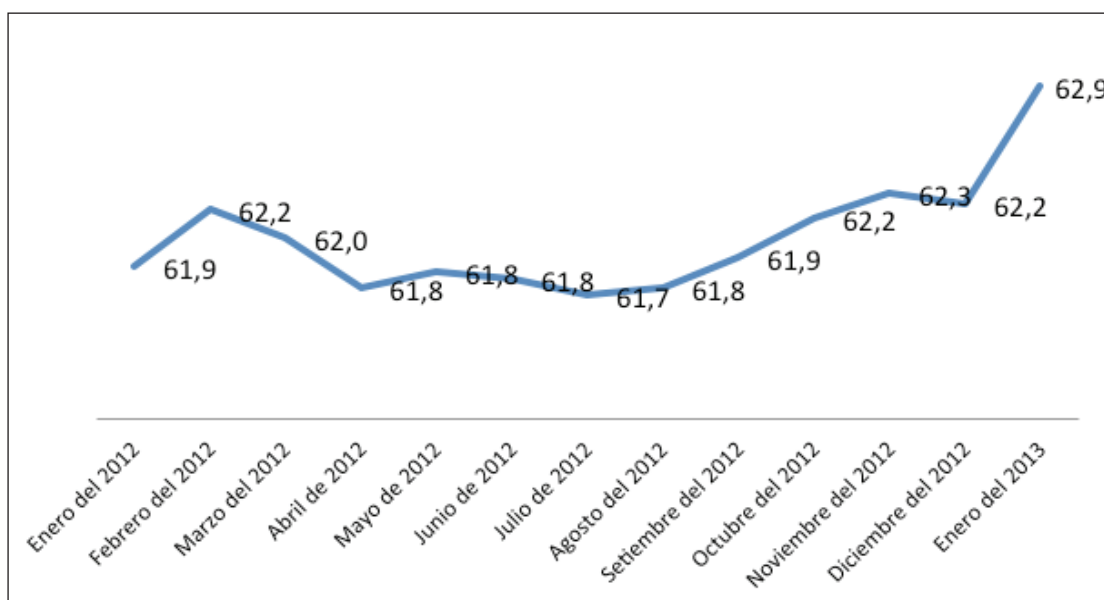
Fuente: Dirección Actuarial y Económica. Área de Estadística

¹ Cifras en millones de colones



Con una inversión de \$218 mil, la CCSS fortaleció su flotta vehicular para mejorar la cobertura de programas en el primer nivel de atención como la vacunación, el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas, el control del dengue, al niño sano y el consumo de medicamentos en pacientes con tuberculosis.

Gráfico N° 1
Caja Costarricense de Seguro Social
Cobertura de la PEA total del Seguro de Pensiones
Mensual, 2012



Dirección de Calificación de la Invalidez

La Dirección de Calificación de la Invalidez 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 de los diferentes regímenes de pensiones.

Casos valorados y egresados de trámites de pensión por invalidez del Seguro de IVM.

La Dirección de Calificación de Invalidez valoró y egresó un total de 7,400 solicitudes correspondientes al trámite de pensión por invalidez del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (cuadro siguiente); de los cuales el 69.4% fueron solicitudes de primera vez y el restante 30.6% de apelaciones.

En el cuadro siguiente se observa que el porcentaje de aprobación en primera instancia fue del 40% de los 5,136 casos atendidos en el período en mención, mientras que en el trámite de apelación, los casos aprobados alcanzaron el 10.47% del total de las apelaciones atendidas.

Cuadro No. 4
Trámites de pensión por invalidez del RIVM egresados
Comisión Calificadora y Comisión de Apelaciones
Dirección de Calificación de Invalidez

Instancia	Aprobados		Denegados		Total
	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje	
Comisión Calificadora del estado de la Invalidez del RIVM	2 056	40,03%	3 080	59,97%	5 136
Comisión de Apelaciones al estado de la Invalidez del RIVM	237	10,47%	2 027	89,53%	2 264
Total	2 293		5 107		7 400

Fuente: Sistema Integrado de Pensiones.

Casos valorados y egresados de trámites de pensión por invalidez del RNC.

En lo que respecta al Régimen No Contributivo, se calificó el estado de invalidez a un total de 5,617 solicitudes, divididas en 4,096 solicitudes de primera instancia y 1,521 correspondientes a trámites de apelación .

El porcentaje de aprobación respecto al total de trámites de primera instancia (4,096 solicitudes) fue de 42.26% y el 11.51% corresponde a la proporción de casos aprobados en el trámite de apelación de las 1,521 solicitudes

Cuadro No. 5
Trámites de pensión por invalidez del RNC egresados
Comisión Calificadora y Comisión de Apelaciones
Dirección de Calificación de Invalidez

Instancia	Aprobados		Denegados		Total
	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje	
Comisión Calificadora del estado de la Invalidez del RNC	1 731	42,26%	2 365	57,74%	4 096
Comisión de Apelaciones al estado de la Invalidez del RNC	175	11,51%	1 346	88,49%	1 521
Total	1 906		3 711		5 617

Fuente: Sistema de Pensiones.

Causalidad de Invalidez

Como se puede observar en el cuadro siguiente, el grupo de enfermedades con mayor incidencia en la declaratoria de invalidez, continúa siendo el del Sistema Osteomuscular, al igual que lo ocurrido en la última década.

La incidencia de tumores malignos para el año 2012, fue mayor que la registrada para las patologías del Sistema Nervioso Central y Periférico, a diferencia del año 2011 donde ocupó el tercer lugar.

Finalmente, el comportamiento de la mayoría de los grupos de enfermedades invalidantes, es muy similar al observado durante el año 2011.

Cuadro No. 6
Principales diez grupos de enfermedades invalidantes
2012

Nº	Diagnóstico	Casos	%
1	Osteomuscular	565	27,48
2	Tumores Malignos	325	15,81
3	Sistema Nervioso Central y Periférico	297	14,45
4	Corazón	154	7,49
5	Enfermedades Mentales y del Comportamiento	149	7,25
6	Vías Urinarias	119	5,79
7	Diabetes Mellitus	111	5,4
8	Enfermedades Visuales	60	2,92
9	Sistema Digestivo	59	2,87
10	Neumopatías crónicas	35	1,7

Fuente: Sistema Integrado de Pensiones

Al analizar los grupos de enfermedades invalidantes según frecuencia de su presentación, se describen las siguientes:

- a. Dentro del grupo Osteomuscular se ubican las lesiones de huesos, articulaciones, músculos, tendones y dentro de las más frecuentes están: Espondilo artrosis de diferentes segmentos de la columna vertebral, Gonartrosis primaria bilateral, Trastornos de discos intervertebrales, Lesiones en hombro, coxartrosis, etc.
- b. En lo que respecta a tumores, los más frecuentes son: Tumor maligno de la mama, Tumor maligno del estómago, Tumor maligno de la próstata, Tumor maligno del colon, Tumor maligno del encéfalo, Tumor maligno del recto, Tumor maligno de la glándula tiroides, Mieloma múltiple, Tumor maligno del cuello del útero y Tumor maligno del ovario.
- c. Entre las patologías del Sistema Nervioso Central y Periférico más recurrentes, se mencionan: Enfermedad cerebrovascular y sus Secuelas, Epilepsia, Enfermedad de Parkinson, Paraplejía y Demencia.
- d. Las patologías ubicadas dentro de los Trastornos Mentales y del Comportamiento, que tienen mayor incidencia son: Trastorno depresivo recurrente severo, Trastornos mentales debidos a lesión cerebral o física, enfermedad bipolar, etc.
- e. El quinto padecimiento más frecuente es la Diabetes Mellitus con sus complicaciones: Neuropatías, Nefropatías, Retinopatías y amputaciones.

Inversiones

a. Panorama económico-financiero internacional y local:

Según el Fondo Monetario Internacional (FMI), el crecimiento en América Latina y el Caribe (ALC) se desaceleró desde abril, debido al impacto de políticas contractivas implementadas anteriormente, que fue mayor al estimado, y a una evolución algo menos favorable de las condiciones externas. Los riesgos globales a la baja se intensificaron, dado que en Europa la crisis sigue siendo acuciante y en Estados Unidos persiste la amenaza del precipicio fiscal.

No obstante, ante el limitado margen de capacidad ociosa en muchos países de la región y el doble viento a favor de condiciones de financiamiento externo muy favorables y de altos precios de las materias primas, es necesario calibrar las políticas cautelosamente para mantener bajo control la velocidad de crecimiento de la demanda interna y del crédito. La tarea principal para la mayoría de los países sigue siendo fortalecer los fundamentos macroeconómicos de sus economías aumentando el espacio fiscal y asegurando la estabilidad financiera.

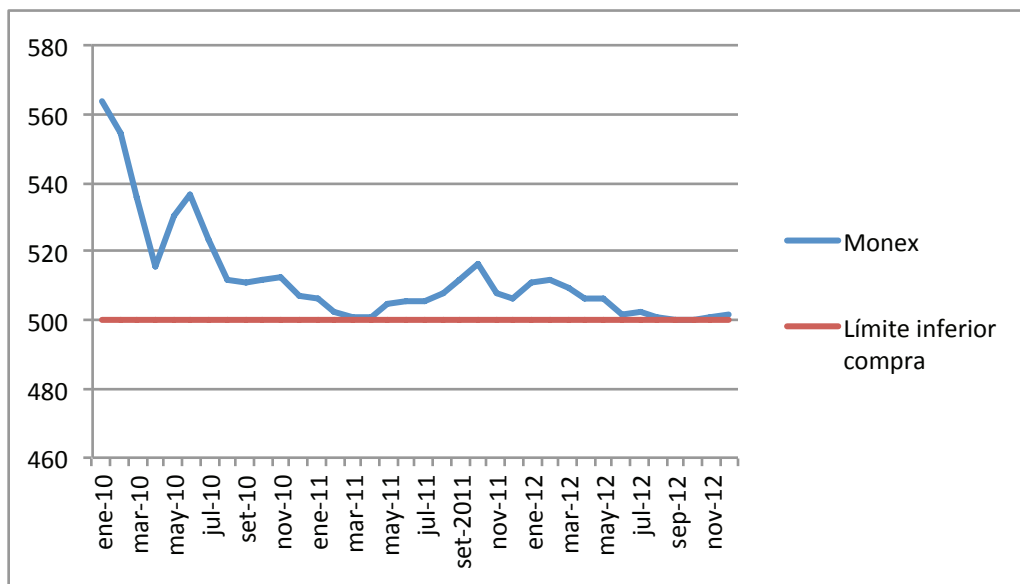
Los desafíos son mayores para algunos países, particularmente aquellos del Caribe, donde la recuperación ha sido limitada por la debilidad de sus hojas de balance y de la demanda externa.

No obstante lo anterior, las tasas de interés internacionales se mantienen bajas y por el momento no hay presiones inflacionarias que puedan impactar las economías mundiales. De igual forma el precio de las materias primas se mantiene estable.

Referente a nuestro país, mediante señalamiento coyuntural, el BCCR indica que "...sector privado generó un superávit de EUA\$391,5 millones, monto que sobrepasó los requerimientos netos de divisas del sector oficial (EUA\$173,8 millones). Entre los factores que explicaron este excedente de divisas destacaron el pago de impuestos y de cargas sociales por parte de las empresas; el inicio de la temporada alta del turismo receptivo y el mayor premio por ahorrar en moneda nacional que ha incentivado el ingreso de capital extranjero y la colonización de la riqueza financiera".

Como resultado, la oferta promedio diaria de divisas se situó en EUA\$71,8 millones, que superó a la respectiva demanda media diaria de EUA\$54,1 millones, lo que permitió un incremento de EUA\$106,3 millones en la posición propia autorizada de divisas por parte de los intermediarios financieros y contribuyó a mantener el tipo de cambio en el límite inferior de la banda cambiaria en el mercado MONEX y, obligó al BCCR a participar adquiriendo EUA\$217,6 millones.

Gráfico No. 2
Promedio Monex
Periodo enero 2010 a diciembre 2012
en colones corrientes



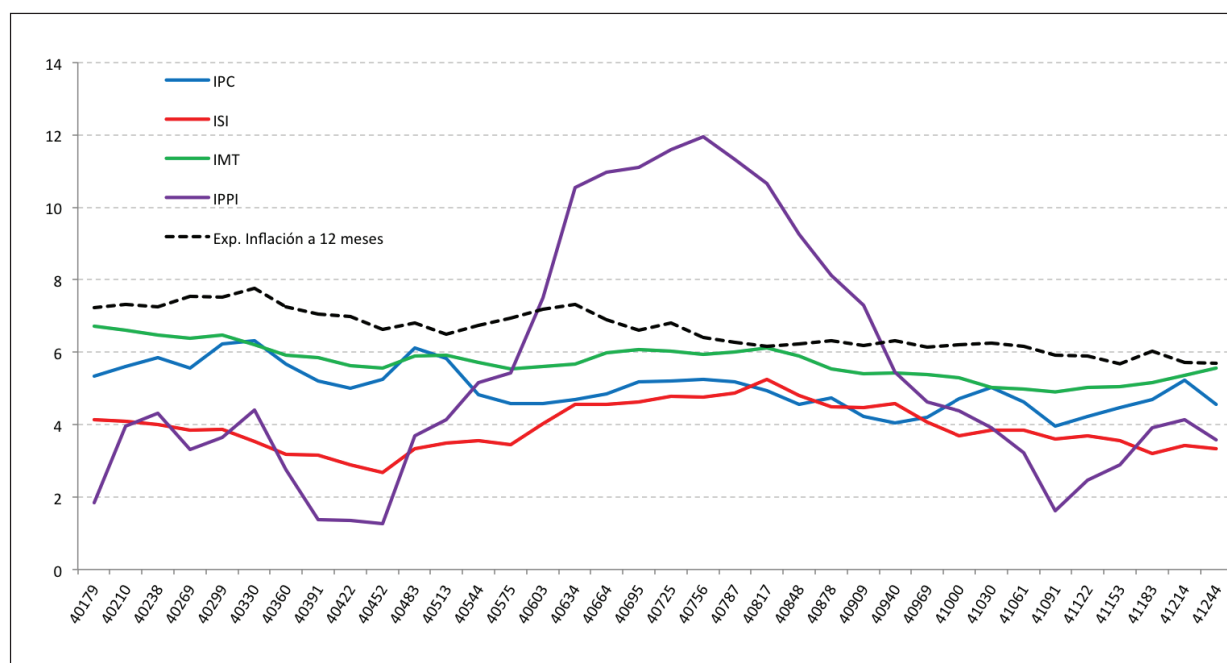
Fuente: Área Colocación de Valores con base en datos del BCCR

La inflación, medida con la variación interanual del Índice de Precios al Consumidor (IPC), entre enero y diciembre del año 2012 se ubicó, en general, por debajo del valor medio del rango meta de inflación ($5\% \pm 1$ p.p.) establecido por el Banco Central para el 2012, con una tasa media de 4,6%. Específicamente, en diciembre, su variación mensual fue de 0,3%, lo que situó su variación acumulada e interanual en 4,6%.

Particularmente, el Índice de Inflación de Media Truncada (IMT) alcanzó un crecimiento interanual de 5,6% en diciembre, mientras que el Índice Subyacente de Inflación (ISI) lo hizo en 3,3%. Al considerar la evolución de estos indicadores en el lapso enero-diciembre del presente año, su crecimiento promedio fue de 4,4%.

Los Índice de Precios al Productor Industrial (IPPI) registró en diciembre una diferencia de 4,5% en comparación al mismo período del año anterior (3,1% el mes previo). A pesar que en los últimos cinco meses este indicador se aceleró en 2 puntos porcentuales con respecto a julio, como consecuencia del incremento en las cotizaciones de los granos básicos y del petróleo en el mercado internacional; su evolución no constituye un factor de riesgo para alcanzar la meta de precios establecida para el 2012.

Gráfico No. 3
Índices de Precios: IPC, ISI, IMT, IPPI y Expectativas de inflación
En porcentaje



Fuente: Área Colocación de Valores con datos del BCCR

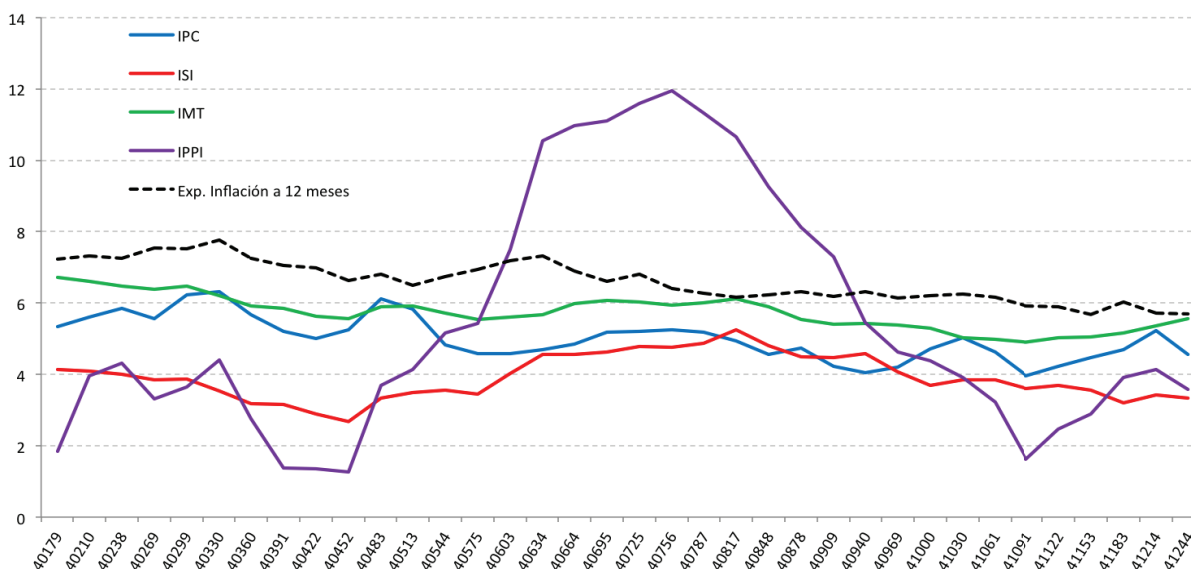
Como resultado de los ajustes realizados por los diferentes emisores, especialmente por los bancos comerciales del Estado y el Banco Popular y de Desarrollo Comunal (Público No Estatal), la Tasa Básica Pasiva (TBP) disminuyó en 75 puntos base, con respecto a octubre y su nivel a finales de noviembre fue de 9,5%.

Es importante destacar que la junta directiva del Banco Central de Costa Rica acordó modificar la metodología de cálculo de la Tasa Básica Pasiva el pasado 12 de diciembre y seguir las condiciones que planteó desde que hizo la propuesta. En las modificaciones aprobadas, no se incluyeron cambios significativos desde que se anunció la nueva metodología a finales de noviembre.

Los principales cambios impulsados por el BCCR consisten en variar a un promedio simple de las tasas de interés brutas de captación para cada entidad financiera y de los grupos de intermediarios previamente definidos (bancos públicos, bancos privados, cooperativas de ahorro y crédito, empresas financieras no bancarias y mutuales). En ese promedio, se excluirán los valores que estén por encima de dos desviaciones estándar.

El ponderador del cálculo de cada grupo captador será el promedio móvil de los últimos seis meses del saldo en colones. Se tomará en cuenta una muestra de intermediarios financieros cuyas captaciones sumen, al menos, el 95% del saldo promedio de los últimos seis meses. También se hará un redondeo cada cinco puntos base y se excluirán del cálculo las captaciones del Ministerio de Hacienda y el BCCR.

Gráfico No. 4
Tasa básica pasiva mensual
Período enero 2010 a noviembre 2012
En porcentaje



Fuente: Área Colocación de Valores con base en datos del BCCR.

b. Situación de las inversiones

Al 31 de diciembre del 2012, la Cartera Total de Inversiones del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte alcanzó un monto de ₡1.573.786,4 millones (₡1.5 billones) de los cuales ₡1.490.912,9 millones (94,7%) correspondió a títulos valores, ₡12.484,3 millones (0,8%) a saldos de inversiones a la vista, ₡49.479,3 millones (3,1%) a préstamos hipotecarios y finalmente ₡20.910,0 millones (1,3%) a bienes inmuebles tal como lo expone el siguiente cuadro

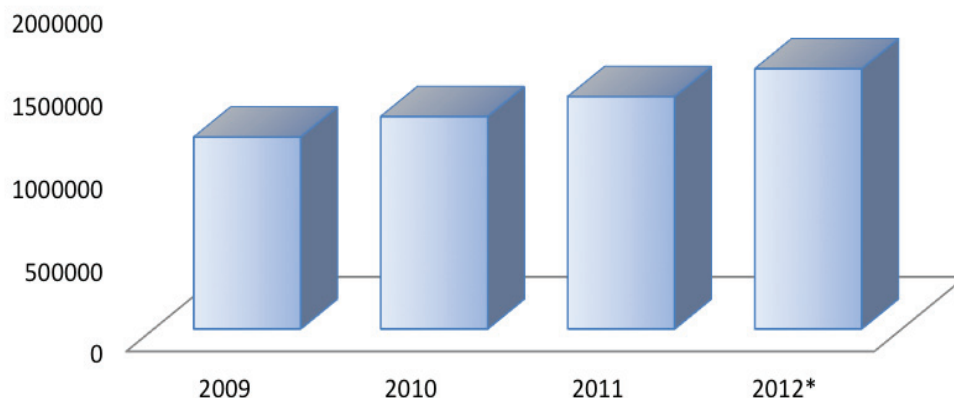
Cuadro No.4
Cartera total de inversiones del RIVM
Al 31 de diciembre 2012
En millones de colones

Línea de Inversión	Monto	% Partic.
Títulos valores*	1.490.912,9	94,7%
Inversiones a la vista	12.484,3	0,8%
Préstamos hipotecarios	49.479,3	3,1%
Bienes inmuebles	20.910,0	1,3%
Cartera Total	1.573.786,4	100,0%
* Valor al costo		

Fuente: Registros de la Dirección de Inversiones, Gerencia de Pensiones

Esta cartera mostró durante el 2012, un crecimiento del 9,9% con respecto al año anterior, mientras que en el 2011 este crecimiento fue del 9.3%. Con respecto al rendimiento, al finalizar el año fue del 9,9% con un rendimiento real de 5,1%.

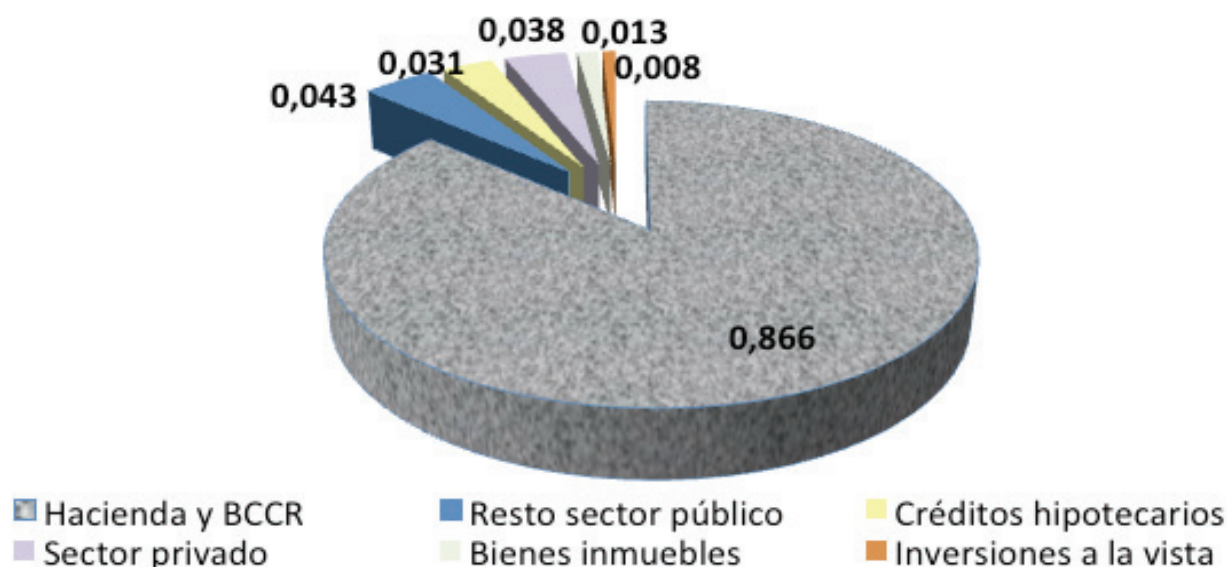
Gráfico No. 5
Saldos de la Cartera Total de Inversiones del RIVM
Al 31 de diciembre de cada año
En millones de colones



Fuente: Registros Dirección de Inversiones, Gerencia Pensiones

En lo relacionado con la diversificación de la cartera, debe señalarse que el tamaño de la reserva, así como las condiciones estructurales del mercado de títulos valores costarricense, inciden en que se mantenga un porcentaje importante de inversiones en el sector público, por esto la Cartera de Inversiones del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (RIVM), está principalmente compuesta de títulos valores emitidos por el Ministerio de Hacienda y el Banco Central de Costa Rica.

Gráfico No. 6
Cartera total de inversiones del RIVM según tipo de Inversión
Al 31 de diciembre 2012
Valores relativos



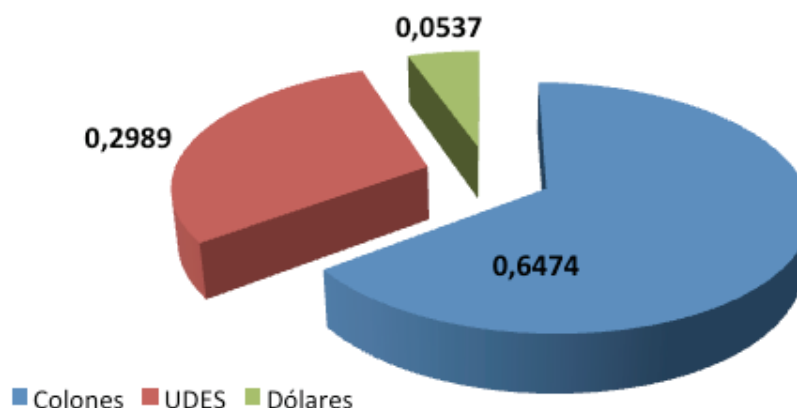
Fuente: Dirección Financiera Administrativa y Área de Tesorería General Gerencia de Pensiones

Dentro de la Cartera Total de Inversiones, la Cartera de Títulos Valores se compone de ₡1.490.912.9 millones con un rendimiento de 9.8% al finalizar el 2012. Con respecto a la composición según emisor, tal como se mencionó anteriormente, el Ministerio de Hacienda y el BCCR continúan representando el porcentaje más alto con el 86,6% del monto invertido en títulos.

Por unidad de cuenta, cerca de la mitad (59,3%) de la cartera de títulos valores corresponde a inversiones en colones, seguida por inversiones en unidades de desarrollo (UDES) con el 34,7%. Dada la coyuntura económica las inversiones en dólares apenas representan el 6% de esta cartera.

De estas tres monedas, son las inversiones en colones las que mayor rentabilidad generaron al último día del 2012.

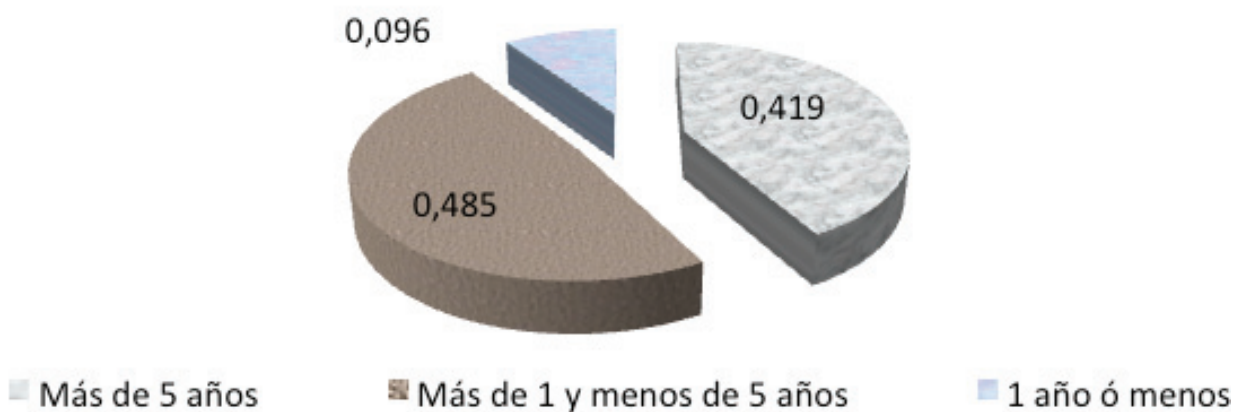
Gráfico No. 7
Cartera total de inversiones según moneda
Al 31 de diciembre 2011
Valores relativos



Fuente: Registros dirección de inversiones.

Finalmente, la composición de la Cartera de Títulos Valores según plazo, presenta un 90.4% entre 1 y 5 años y a más de 5 años, lo cual está en función de un Inversionista institucional con perfil de largo plazo, como tal es el caso del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte.

Gráfico No. 8
Cartera total de inversiones del RIVM según plazo
Al 31 de diciembre 2011
Valores relativos



Fuente: Registros Dirección de Inversiones

En el 2012, también se amplió el monto invertido en títulos a vencer en el largo plazo (más de 5 años) y disminuyó el porcentaje de títulos a vencer en el corto plazo.

Préstamos hipotecarios

a. Resultados de colocación

En el mes de junio de 2012, la Junta Directiva de la Institución, mediante Artículo 9°, de la Sesión N° 8588, aprobó dos nuevos instrumentos de crédito hipotecarios en condiciones de mercado muy competitivas, para posibilitar el acceso a crédito para vivienda de los asegurados del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte. Fue así como con base en el estudio técnico correspondiente y como estrategia para dinamizar la colocación hipotecaria y arremeter contra la pérdida de competitividad que se venía observando en los años posteriores a la crisis financiera internacional. Fueron lanzados al mercado hipotecario costarricense los denominados instrumentos de crédito hipotecario denominados “Cuota fija del 10% a dos años” y “Cuota fija del 10.50% a 3 años”; instrumentos que han marcado un cambio positivo en la dinámica de colocación y contribuyen a maximizar la rentabilidad de la Cartera Hipotecaria del IVM, de conformidad con lo que estipula el numeral 39° de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.

En ese sentido para el período 2012, el sistema de Préstamos Hipotecarios del Régimen Invalidez, Vejez y Muerte, logró colocar un total de ₡4.876 millones, producto de la aprobación de un total de 254 operaciones hipotecarias.

Para mayor comprensión de la situación descrita en el párrafo precedente, seguidamente se presenta en el Cuadro siguiente, la distribución de la colocación hipotecaria del IVM del año 2012, según cada uno de los Planes de Inversión autorizados según Artículo N° 7, “**Reglamento para el Otorgamiento de Créditos Hipotecarios en el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte**”:

Cuadro No. 8
Composición Colocación de Créditos Hipotecarios IVM
Según Plan de Inversión (líneas de crédito)
Año 2012 (Millones de colones)

Línea de crédito	Cantidad de casos	Monto	Porcentaje
Construcción	42	953,5	19,6
Compra de casa	88	1967,5	40,5
Ampliación y/o mejoras	40	547,8	11,3
Compra de lote	62	971,8	20
Cancelación de hipotecas	22	416	8,6
Total	254	4856,6	100

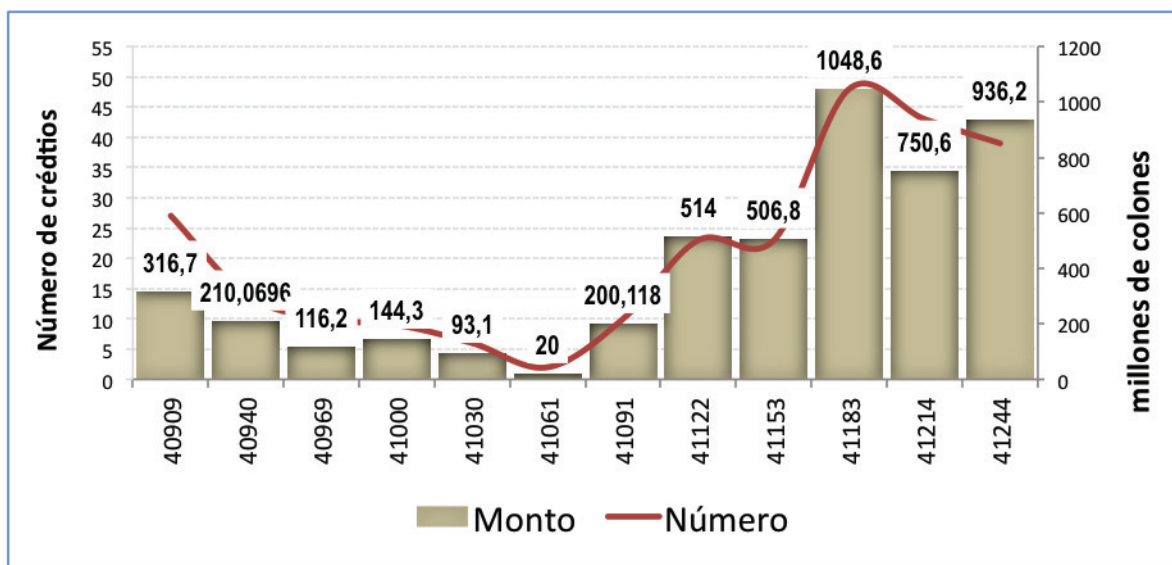
Fuente: Informes Mensuales Área de Crédito y Cobros, Diciembre 2012.

Tal y como se puede observar en el cuadro anterior, el plan de inversión más utilizado en el Sistema de Préstamos Hipotecarios del Régimen IVM durante el año 2011, fue el denominado “Compra de Casa”, ya que se colocaron 88 créditos por un monto de ₡1.967.5 millones, lo que representa un 40.5% del total; en segundo lugar se posicionó la “Compra de Lote” con un total de 62 operaciones hipotecarias cuyo monto alcanzó ₡971.8 millones (20.0% del total); la “Construcción” de vivienda ocupó la tercera posición con un monto superior de ₡953.5 millones producto de 42 créditos hipotecarios (19.6%), posteriormente con una participación significativamente menor, se concedieron 40 créditos para “Ampliación y Mejoras” de viviendas por ₡547.8 millones (11.3%), y 22 operaciones hipotecarias para “Cancelación de Hipotecas” por un total de ₡416.0 millones, lo que representa un 8.6%.

Es importante destacar que, el lanzamiento del nuevo instrumento hipotecario ha despertado un enorme interés por parte de los usuarios desde su aprobación (El instrumento hipotecario se aprobó en sesión de Junta Directiva del 28 de junio de 2012). Los esfuerzos de la administración por dar un impulso informativo han sido bastante positivos, incluyendo, publicaciones en periódicos, cortes de prensa, utilización y actualización del sitio web de la CCSS, por citar algunos.

En el siguiente gráfico se destaca la tendencia de colocación durante el período de enero 2012 a diciembre 2012 (este último proyectado con los últimos datos disponibles):

Gráfico No. 9
Comportamiento colocación créditos hipotecarios RIVM
Enero 2012 a diciembre 2012



Fuente: Informes Mensuales Área de Crédito y Cobros, Diciembre 2012.

Como puede observarse, el ritmo de colocación ha sido notablemente positivo si se compara con la tendencia que venía dándose y los resultados a Junio 2012. Debe destacarse que el interés por el crédito de la CCSS ha sido local gracias a varios factores como son, el esfuerzo para efectuar estrategias de “publishing” (publicidad gratuita a través de los medios de comunicación), información a través del call center, comunicación interna por medio de la webmaster, página de internet, entre otros.

Este panorama fue relevante para la colocación de los créditos hipotecarios en el 2012, en virtud de que, se evidencia que hubo en general percepción negativa de la población para invertir en soluciones de vivienda y eso tuvo su repercusión en los créditos del IVM al igual que sucedió en el resto del mercado.

En el cuadro siguiente se detalla la colocación hipotecaria del IVM durante el año 2012, según rangos monetarios:

Cuadro No. 9
Distribución Colocación de Créditos Hipotecarios IVM
Por Rangos Monetarios
Año 2012
(Millones de colones)

Rango Monetario	Monto colocado	Cantidad de casos	Porcentaje (s/casos)
Menos de ¢10 Millones	393,3	61	24,00%
De ¢10.1 a ¢20 Millones	742,2	59	23,20%
De ¢20.1 a ¢30 Millones	2.134.4	98	38,60%
Más de ¢30 Millones	1.586.7	36	14,20%
Totales:	4.856.6	256	100,00%

Fuente: Informes Mensuales Área de Crédito y Cobros, Diciembre 2012.

Del análisis del cuadro anterior, se desprende que el Rango Monetario más representativo dentro del proceso de colocación hipotecaria del año 2012, fue el comprendido entre ¢20.1 a ¢30 millones por un total de 98 operaciones hipotecarias (38.6% del total). Igualmente importante de destacar resulta el hecho de que el 85.8% créditos hipotecarios IVM colocados durante el año 2012, correspondieron a montos menores a los ¢30 millones, con lo que se comprueba que el Sistema de Préstamos Hipotecarios del IVM, está dirigido principalmente a satisfacer las necesidades de vivienda de un segmento de la población catalogada como “Clase Media”.

b. Proceso de Colocación Hipotecaria del IVM año 2012, según ubicación geográfica

Cuadro No. 10
Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte
Número de créditos y montos aprobados por provincia
Año 2012
(Millones de colones)

Provincia	No. Casos	Monto	Porcentaje
San José	132	2382,7	49,00%
Cartago	37	688,7	14,00%
Heredia	29	865,7	18,00%
Alajuela	38	695,6	14,00%
Guanacaste	5	68,3	1,00%
Limón	6	53,1	1,00%
Puntarenas	7	102,5	2,00%
Total	254	4856,6	100,00%

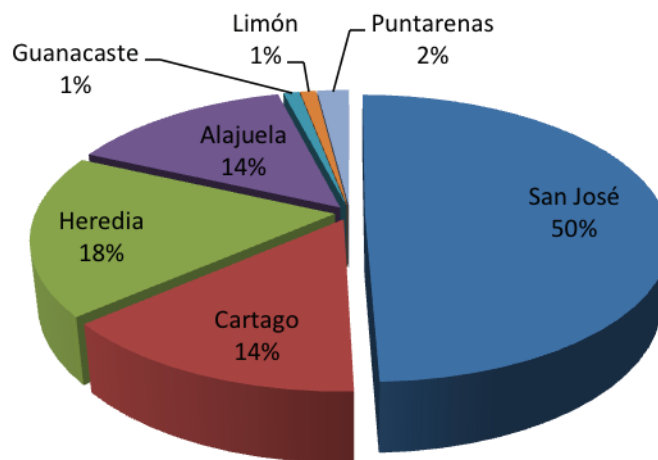
Fuente: Informes Mensuales Área de Crédito y Cobros.

El Sistema de Préstamos Hipotecarios administrado por el Área de Crédito y Cobros de la Gerencia de Pensiones, tal y como se indicó en acápite anteriores, 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 2012, 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 132 operaciones crediticias por un monto de ₡2.382.7 millones, lo que representa el 49% del total.

Resulta particularmente importante visualizar en términos relativos, la composición del proceso de concesión de Créditos Hipotecarios del Régimen de Invalidez Vejez y Muerte durante el año 2011, como que se ilustra en el Gráfico siguiente.

Gráfico No. 10
Colocación de créditos hipotecarios por provincia
Periodo 2012

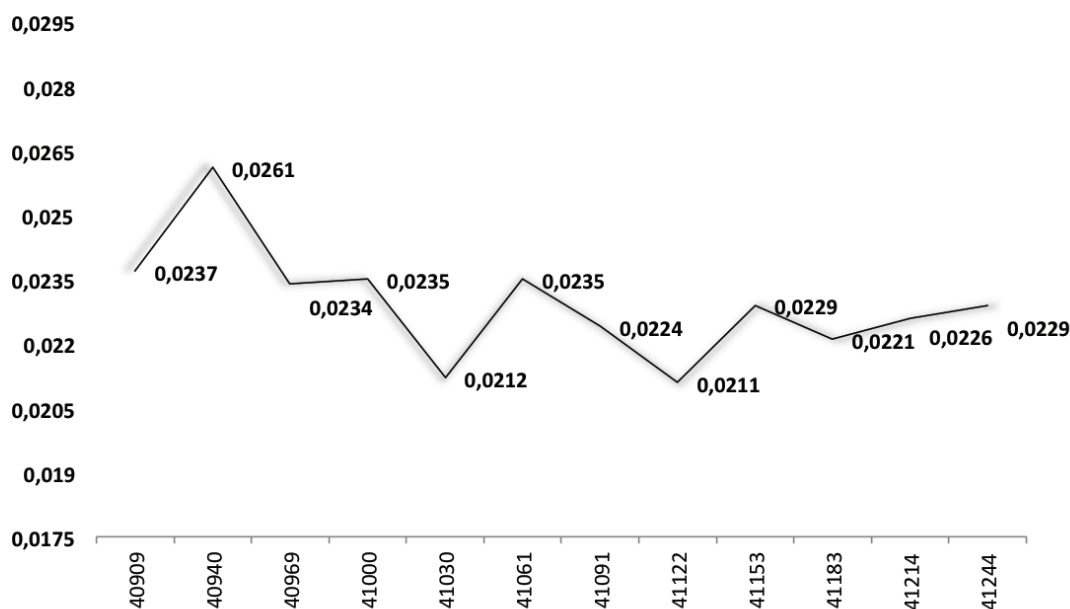


Fuente: Área de Crédito y Cobro, diciembre 2012

Tal y como se puede observar en el gráfico anterior, la provincia de San José mantuvo la preferencia en cuanto a soluciones de vivienda de los asegurados del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte con un 49% de la colocación del año 2012; le siguió Heredia con un 18%; Cartago y Alajuela con un 14%; Guanacaste y Puntarenas con un 2% y finalmente y Limón con un 1%.

Respecto de la morosidad de la cartera hipotecaria del IVM, la Institución ha logrado mantener de forma controlada este importante indicador como se ve en el gráfico siguiente, el saldo moroso a la cartera total nunca sobrepasa 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, tal y como se puede apreciar por medio del gráfico.

Gráfico N° 11
Comportamiento de la morosidad de Créditos Hipotecarios IVM
Periodo enero-diciembre 2012
(Tasa de morosidad)



Fuente: Subárea Gestión de la Cobranza, enero 2013.

Tal y como se puede observar en el Gráfico anterior, el indicador de morosidad de la cartera hipotecaria de IVM mostró un comportamiento estable durante el período 2012, indicador que incluso se mantuvo por debajo del 3% de morosidad normal según criterio 1-05 SUGEF, por lo que el restablecimiento de las condiciones en las tasas de interés no repercutió de forma negativa.

Las Prestaciones Sociales... la tercera línea de servicios de la Caja

En tiempos en que la Institución requiere de cambios significativos, el trabajo en Prestaciones Sociales es una muestra más de que a pesar de las adversidades, la Caja como la madre protectora de la Seguridad Social en el país, sigue evolucionando con otros servicios de apoyo, orientación, promoción, educación y capacitación para que los asegurados y pensionados tengan un desarrollo pleno y gocen de bienestar integral como complemento a los servicios ofrecidos en Salud y en Pensiones.

Esta Institución sigue distinguiéndose no solo por el espíritu solidario de sus dirigentes, sino por su deseo de innovar con nuevos servicios para modernizar y adecuar su atención a la demanda de los tiempos, y por eso ofrece cursos tales como: de atención integral a la viudez, de preparación para la jubilación, de apoyo a los cuidadores de adultos mayores dependientes y/o

con capacidades disminuidas, así como cursos y talleres para que las personas adultas mayores ocupen su tiempo libre de una manera sana y con una mejor atención por parte de los demás miembros de la sociedad.

A través del Programa Ciudadano de Oro, la Caja ofrece a los adultos mayores de 65 años una serie de beneficios complementarios, dentro de los cuales destacan los cursos de recreación y uso del tiempo libre, talleres de manualidades, cursos de cómputo, baile y yoga, acondicionamiento físico Integral, talleres de agricultura práctica, gimnasia mental, entre otros. Además, se continúa con el establecimiento de alianzas estratégicas entre los Seguros de Salud e Invalidez, Vejez y Muerte, y otras instituciones públicas y del sector comercial, para que se involucren en esta actividad de brindar más y mejores servicios, que proporcionen mayor bienestar, desarrollo personal, autonomía y que se traducen en una mejor calidad de vida para las personas adultas mayores.

Además del apoyo y reconocimiento a este grupo, se trabaja con la población prejubilada en el desarrollo de acciones preventivas, socioeducativas y de continua participación individual y grupal que permite a los trabajadores enfrentar la jubilación en forma exitosa, y por eso las actividades de este programa se orientan a dos poblaciones, la primera es el personal de Recursos Humanos de las diferentes empresas e instituciones y la segunda son las personas prejubiladas del país. De igual forma se brindan actividades de educación no formal, apoyo y orientación al grupo familiar ante las contingencias por la invalidez, la pobreza y la muerte de un ser querido entre otras; asimismo se trabaja en la capacitación del familiar del cuidador de la persona mayor y/o con alguna dependencia, con el fin de evitar el desarraigo de su núcleo familiar y el abandono.

Recientemente, las prestaciones sociales han incursionado en la capacitación a otros grupos vulnerables al riesgo social, como son: los indigentes en re inclusión laboral y social, los pensionados por invalidez, los jefes de hogar y los líderes estudiantiles a quienes se les brinda información para contribuir a su crecimiento personal y colectivo.

Se tiene claridad que ante la inminente modificación en la composición social del país, las necesidades de la población se irán modificando, y precisamente por eso la Caja a través de la Dirección de Prestaciones Sociales, sigue apostando por la inversión en programas y proyectos sociales que favorezcan el goce, disfrute y desarrollo pleno de las personas para continuar contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida de los costarricenses.

Capítulo IX

En busca de la eficiencia,
el control y la transparencia

[Empezar Capítulo](#)

[Tabla de contenidos](#)

INTRODUCCIÓN

El Manual de Normas Generales de Auditoría para el Sector Público, define la auditoría como un proceso sistemático, independiente y profesional para obtener y evaluar objetivamente evidencia, en relación con hechos y eventos de diversa naturaleza; con el propósito de comprobar su grado de correspondencia con un marco de referencia de criterios aplicables, y comunicar los asuntos determinados, así como las conclusiones y recomendaciones a la respectiva administración, con el fin de impulsar mejoras en la gestión, fortalecer la responsabilidad pública y facilitar la toma de decisiones.

A fin de cumplir con este enunciado, la Auditoría Interna realiza esfuerzos en el mejoramiento de la calidad de sus procesos, permitiendo que los productos generados sean proactivos y brinden valor agregado a las actividades que desarrolla la Administración Activa, los cuales están directamente relacionados con su aporte a la administración de 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 gestión (Manual de Organización de la Auditoría Interna, diciembre 2007), 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:

Área de Servicios Financieros

Durante el período 2012, el Área Servicios Financieros dirigió sus esfuerzos a la realización de actividades que le permitieron identificar riesgos, los cuales se consideraron de importancia, y fueron comunicados a la administración para su prevención y que sean un insumo representativo para la adecuada toma de decisiones en la gestión institucional.

Las intervenciones procuraron que las inversiones de los fondos institucionales, sean realizadas en procura de buscar determinar los riesgos financieros y no financieros de las diferentes colocaciones y la adecuada diversificación de los portafolios de inversiones. Se recomendó que la Dirección de Inversiones elaborará un plan de acción respaldado con los estudios técnicos pertinentes y de las normas legales vigentes, con el fin que se promueva una diversificación

gradual y razonable en la cartera de inversiones del Régimen IVM a mediano plazo; considerando una mayor diversificación por sector, emisor e instrumentos financieros entre otros, así como el nivel de riesgo-rendimiento técnicamente aceptable a los fines de esa cartera. Dicho plan deberá ser sometido a valoración al Comité de Inversiones y elevarlo a la Junta Directiva para su debida aprobación y posterior conocimiento a la Superintendencia de Pensiones.

A través de las evaluaciones presupuestarias, se buscó el equilibrio entre la generación de los ingresos y los gastos, para así asegurar la sostenibilidad económica de la Institución. Se recomendó que la Dirección Financiera Administrativa, o la Unidad Técnica que esa gerencia defina, proceda a realizar evaluaciones mensuales sobre el comportamiento de las principales partidas de ingresos y gastos que afectan el presupuesto de efectivo y los flujos de efectivo del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, las cuales deben ser remitidas a la Presidencia Ejecutiva para la toma de decisiones. Asimismo, que la Dirección Actuarial realice un estudio para determinar los posibles elementos que están influyendo para que las partidas relacionadas con la Contribución Patronal Empresas Sector Privado y Contribución Trabajadores Sector Privado y Público, las cuales son las más representativas dentro de la estructura de los ingresos corrientes, y por ende del total de ingresos totales, muestren una tendencia de incremento anual hacia la baja. Se recomendó además que la Dirección Financiero Contable, solicite a la Tesorería General, que en la presentación y elaboración de los flujos de efectivo del Seguro de Pensiones, se separe en la parte correspondiente a los ingresos corrientes, los ingresos producto de las inversiones y los ingresos por intereses derivados de estas inversiones.

Las evaluaciones sobre deuda del Estado fueron orientadas a la razonabilidad de las cuentas por cobrar al Estado y valorar la efectividad de la recuperabilidad de los adeudos correspondientes. Entre las recomendaciones giradas, se solicitó el inicio de procesos de investigaciones administrativas en torno al proceso de negociación de la deuda. Además, se solicitó un pronunciamiento a la Procuraduría General de la República, en cuanto a la procedencia de cobrar intereses generados por el atraso en el pago de la deuda de asegurados a cargo del Estado (Atención Población Indigentes) y del cobro de los intereses de financiación cuando se suscriben convenios que contemplen el pago de la deuda de asegurados a cargo del Estado; por cuanto existe discrepancia entre los criterios emitidos por la Dirección Jurídica de la Caja Costarricense del Seguro Social y la del Ministerio de Hacienda. Se recomendó además, determinar la legalidad, razonabilidad y conveniencia de que la Junta Directiva de la Institución conozca los alcances y texto de los convenios que suscribe la Caja Costarricense del Seguro Social con otras Instituciones en la negociación de la deuda del Estado, previo a ser formalizados y en caso de determinar la procedencia, elevarlo a conocimiento de la Junta Directiva para que se adopte el acuerdo correspondiente. Además, emitir una directriz para que en toda negociación de la Deuda con el Estado, se conforme un expediente de la negociación debidamente foliado, sobre los aspectos sustanciales de forma y de fondo del proceso de negociación suscrito con las entidades de Gobierno, con indicación expresa de la firma de los participantes, lugares, fechas, actores, deliberaciones y criterios utilizados que fundamenten la posición Institucional, suscribiéndose las minutas correspondientes de los puntos de vista de ambas partes, hasta llegar al documento final que será presentado a las Autoridades de Nivel Superior; además consignar dentro del expediente la conciliación con la contraparte y ajustes propuestos a los registros contables, con su debido fundamento.

Las intervenciones a los estados financieros, fueron orientadas a valorar la integridad, clasificación y exactitud de la información contenida en los estados financieros tanto del SEM como del IVM, y evaluar la razonabilidad de la sostenibilidad financiera de ambos regímenes de conformidad con los estados financieros. Se solicitó, que la Gerencia de Pensiones, presentara a la Junta Directiva de la Institución, un programa que señale en forma pormenorizada, las posibles alternativas necesarias para aumentar los ingresos y disminuir los gastos. Además incluir mensualmente en las notas a los estados financieros, el monto de la provisión por las Pensiones que deberán ser canceladas dentro del período de los doce meses desde la fecha de presentación.

La Administración es responsable por la presentación razonable de los estados financieros, y que estos reflejen la naturaleza y operaciones de la entidad, es por ello que las evaluaciones realizadas a los registros contables están dirigidas a la evaluar la integridad, exactitud, ocurrencia y clasificación de las cuentas contables, con el fin de minimizar el registro de transacciones con errores u omisiones, y la falta de controles. Entre las recomendaciones giradas, se le solicitó a la Gerencia Financiera, cumplir con los plazos del cronograma de negociación con el Ministerio de Hacienda, referente al pago de la deuda por el traslado de funcionarios del Ministerio de Salud a la Caja, que a abril 2012 ascendía a ¢211.817.248.185. La negociación debe considerar la cancelación de la deuda actual y la periodicidad de pago por las obligaciones futuras que por este concepto se generen. Si la negociación para el pago de la deuda por el traslado de funcionarios del Ministerio de Salud a la Caja, es infructuosa, solicite pronunciamiento a la Procuraduría General de la República, en cuanto a la procedencia del cobro; al existir discrepancia entre los criterios emitidos por la Dirección Jurídica Institucional y el Ministerio de Hacienda en la interpretación y obligaciones a los artículos 7-8 y 9 Ley 7374.



Por sus esfuerzos en la lucha contra el mosquito del dengue, los vecinos de Hatillo obtuvieron un parque con juegos infantiles con un valor de ¢20 millones. Este parque infantil fue hecho con llantas en desuso.

En cuanto a la Gestión Estratégica de Cobros, la evaluaciones realizadas buscaron conocer e identificar las políticas de cobro administrativo y judicial. De la recaudación de cuotas, surge la labor de cobro preventivo, administrativo y judicial, donde la Institución debe ser vigilante del entorno económico; las evaluaciones programadas determinarán la oportunidad de la gestión en la recuperación de los adeudos patronales. Se recomendó a la Gerencia Financiera, realizar un estudio que contenga la cantidad de casos por abogado (activos e inactivos) con el monto de cada caso, la estimación de los honorarios, considerando para ello las reglas del Arancel de Honorarios de Abogado vigente a la fecha de la asignación del caso, la cantidad de casos reasignados con los respectivos gastos de honorarios, así como el impacto financiero para la Institución. Así mismo, incluir en los informes de morosidad patronal que se presentan para conocimiento de la Junta Directiva, la información relacionada con el comportamiento de la morosidad en cobro judicial. Se solicitó, que las Direcciones Regionales de Sucursales, coordinen con la Dirección de SICERE, previa valoración técnica y administrativa, gestionar los accesos al módulo de gestión de cobro judicial del SICERE. Además, elaborar y ejecutar un plan de capacitación en la gestión de cobro judicial y sus etapas, tanto a los encargados de cobros como a las jefaturas de las sucursales.

En cuanto a las intervenciones en otros fondos, se buscó valorar la sostenibilidad financiera, y la exposición al riesgo de liquidez. El Fondo de Retiro de los Empleados de la Caja (FRE) y el Fondo de Ahorro y Préstamo (FAP) son dependencias de la Caja y supervisados por la SUPEN, las evaluaciones programadas coadyuvan en analizar la adecuada administración y evaluación de los riesgos inherentes que son sujetas las inversiones.

Área Servicios de Salud

El Área de Auditoría de Servicios de Salud, en conjunto con la Subárea de Fiscalización de la Prestación de Servicios de Salud, son las encargadas de fiscalizar el funcionamiento estratégico de los servicios de salud, la advertencia y evaluación del sistema de control interno, en busca del logro de los objetivos planificados.

La gestión se orienta a dirigir, supervisar, controlar y evaluar las actividades y funciones sustantivas que son competencia de esta unidad, a partir de las políticas, la normativa aplicable, los instrumentos de planificación, procesos de trabajo, sistemas de información implementados y actividades de control existentes; lo anterior con el propósito de prevenir desviaciones y corregir con oportunidad todas las oportunidades detectadas, a fin de lograr un desarrollo de operaciones eficiente y eficaz, en concordancia con los objetivos del Sistema de Control Interno. Dentro de los temas analizados e informados a la administración activa, durante el 2012, se encuentran:

Respecto a la contratación de servicios de salud por terceros, se analizó el proceso de fiscalización implementado en la Institución, determinando en la revisión de uno de los contratos suscritos insuficiente control y supervisión, observando incumplimientos contractuales del proveedor e inacción por parte de la Administración, ante aspectos sustanciales del contrato que debieron ser sujeto de un monitoreo constante.

Se evaluó el proceso de contratación de servicios de radioterapia con acelerador lineal determinando la necesidad de adoptar acciones concretas y efectivas enfocadas a fortalecer el sistema de control especialmente en el proceso de referencia de pacientes, definir, definir los criterios técnicos científicos mediante los cuales se está autorizando contratar los servicios de acelerador lineal al centro privado y se reitera el tema de conflicto de intereses en el ejercicio profesional privado de los médicos radioterapeutas. Se refiere que la prioridad en la política institucional debe estar enfocada a orientar los esfuerzos, recursos y acciones en el tema de la promoción de la salud y prevención del cáncer, así mejorar la calidad de vida de la población y reducir los costos relacionados al tratamiento.

Se evaluó la gestión del Centro Nacional de Citologías, por la importancia que reviste la función que cumple esta unidad en la detección y control del cáncer de cérvix; debido a que esta enfermedad se encuentra entre las principales causas de muerte de la población femenina a nivel nacional. Se evidenció un conjunto de debilidades de control y omisiones, en los procesos de conducción y liderazgo; con un sistema de control interno vulnerable, en donde no se garantiza que la capacidad instalada se aproveche al máximo, lo cual es riesgoso porque este es un panorama que afecta la oportuna respuesta del servicio, incidiendo de manera directa en el mejoramiento de las condiciones de salud de la población femenina.

En la revisión de las actividades propias de los servicios de salud, se evaluó la gestión de las Salas de Operaciones del Hospital Dr. Max Peralta Jiménez, concluyendo que existen debilidades en el control y supervisión respecto al aprovechamiento eficiente de los recursos destinados a ese Servicio. Los resultados mostraron la necesidad de adoptar medidas urgentes para fortalecer la gestión, de tal forma que los recursos se utilicen de manera eficiente, así como sus procesos internos y ejercer una supervisión real por parte de las jefaturas responsables y de la Dirección General del centro hospitalario.

Se demostró que ha faltado liderazgo y conducción, tanto en los aspectos técnicos, como administrativos, en lo relacionado a una actividad medular como es la actividad quirúrgica en este centro hospitalario.

En lo que corresponde a gerencia de los centros asistenciales, se analizó la gestión de las autoridades del Hospital de la Anexión, donde se evidenciaron debilidades en los procesos de dirección, conducción y especialmente en las labores de supervisión y control delegadas a los titulares del centro. El liderazgo que se ejerce en el centro hospitalario es débil en los procesos de rendición de cuentas, supervisión y control, sin garantía del logro de los objetivos institucionales, proponiendo por parte de esta Auditoría medidas orientadas al fortalecimiento de los servicios.

En cuanto al abastecimiento de medicamentos en la Institución, se determinó que las vacunas contra la Hepatitis B pediátrica de 10 µg, Sarampión, Rubéola y Parotiditis (SRP), Varicela, Antineumocócica 13 Valente, Vacuna Hepatitis B adultos 10 µg y la Inmunoglobulina anti Hepatitis B, adquiridas por la Caja a través del Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud, presentan existencias en cero o el riesgo de un desabastecimiento, según la información

suministrada por el Sistema de Gestión de Suministros (SIGES). Asimismo, se evidenció que la institución recibe del Ministerio de Salud la donación de la vacuna pentavalente, vacuna tetravalente y vacuna Pertúsica acelular para adultos y que existen problemas de abastecimiento con las dos primeras.

Dentro de las evaluaciones realizadas en el tercer nivel de atención, se valoró la gestión del Servicio de Cardiología del Hospital México, los resultados permitieron evidenciar una inadecuada gestión gerencial y falta de dirección supervisión y control. Las debilidades más importantes identificadas están relacionadas con la programación de las horas médicas asignadas en la consulta externa, los pacientes vistos por hora que no se ajustan al parámetro institucional, el escaso control en cuanto a los pacientes dados de alta, el incumplimiento de horarios del personal médico especializado, falta controles en la asistencia de los médicos a actividades previamente programadas y recursos asignados, la existencia de una lista espera que requiere gestionarse con mayor eficiencia, la autorización de pagos de tiempo extraordinario sin registro de producción, así como inconsistencia en los procesos de compra, control de entregas, resguardo y distribución de artículos de alto costo, entre otros.

Área Servicios Administrativos, Abastecimiento e Infraestructura

En cumplimiento del Plan Anual Operativo 2012, el Área Servicios Administrativos, Abastecimiento e Infraestructura ejecutó actividades de fiscalización de procesos sustantivos de la institución relacionados con el abastecimiento de bienes y servicios, infraestructura, recursos humanos, inspección y cobros, mediante los cuales emitió las recomendaciones para el mejoramiento de la gestión.

En lo que respecta al abastecimiento de bienes y servicios, particularmente sobre la fase de control, seguimiento y cierre de las contrataciones, se observó la necesidad de emitir normativa, estandarizar procedimientos y herramientas de trabajo que permitan fortalecer el sistema de control interno, así como su modelo de seguimiento y control.

Asimismo, las evaluaciones evidenciaron la importancia de mejorar la oportunidad en la adquisición de los suministros, específicamente se observó oportunidades de mejora en la adquisición de reactivos para laboratorios clínicos. Por lo que se requiere un análisis integral de la gestión de adquisición de estos insumos, con el propósito de determinar los aspectos que generan ineficiencia e ineficacia de la gestión, de manera que se logre la elaboración de pliegos de condiciones apropiados y se obtenga oportunidad en la gestión.

En el caso de los medicamentos, se reveló que los trámites de adquisición bajo procedimientos excepcionales tardan entre 14 y 52 días hábiles para culminarse, plazo que se considera podría desnaturalizar al argumento de urgencia utilizado por la Administración para llevar a cabo este tipo de contrataciones.

En este orden de ideas también se determinó que debe fortalecerse los procesos de adquisición implementos médicos, al observarse la existencia de suministros con sobre existencias lo cual responde a diversos factores, entre ellos, la ausencia de evidencia documental de estudios epidemiológicos que respalden los comportamientos de la población a la que se dirige el producto, lo cual genera incertidumbre de los eventuales consumos de los implementos médicos, provocando saldos de inventario que en algunos casos superan la demanda, como consecuencia se presenta sobre existencias en el Almacén General y eventuales riesgos de vencimiento.

El estudio en los centros con competencia para adquirir bienes y servicios mostró que en esas unidades no se recurre a la utilización de modelos de contratación como subasta a la baja, mejoras a precios, convenios marco, modalidad de entregas por consignación y según demanda, pese a que el Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa las faculta para su implementación, esto puede generar que la Institución este incurriendo en costos adicionales al ejecutar una mayor cantidad de procesos de contratación, y no se aprovechen aspectos como un mejor proceso de planificación de compras y la utilización de economías de escala.

Ante estos resultados es relevante promover este tipo de procesos, asimismo, ejecutar actividades de capacitación a los funcionarios.



En marzo del año 2012, el nuevo cuerpo gerencial de la CCSS fue juramentado en una sesión ordinaria de Junta Directiva.

En cuanto a la evaluación de proyectos de obra pública, también se determinó debilidades en la planificación y oportunidad con que son desarrollados, se determinó que en promedio un proyecto de construcción en la Caja Costarricense de Seguro Social se desarrolla en 14 años, de los cuales 10 aproximadamente transcurren en los procesos previos a la contratación, tema que debe ser revisado en procura de lograr mayor eficacia y eficiencia de la gestión,

En cuanto a los procesos de equipamiento institucional, en la evaluación del proceso de actualización de programas funcionales, definición del equipamiento médico y dotación de recurso humano en los proyectos de equipamiento, la auditoría determinó que no se efectúan actualizaciones de los programas funcionales de los proyectos, pese a que estos presentan modificaciones. Asimismo, se informó a la administración que la institución no dispone de un instrumento metodológico general de identificación, formulación y evaluación de proyectos de inversión, ni ha sido oficializada la utilización de la Guía Metodológica General para la Identificación, Formulación y Evaluación de Proyectos de Inversión Pública del Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica.

Igualmente se comprobó que persisten casos en los cuales se desarrollan los proyectos, sin embargo, no existe certeza de llegarse a disponer del recurso humano capacitado necesario para la utilización del equipamiento.

En lo que respecta a la gestión de mantenimiento de la infraestructura, las evaluaciones efectuadas en hospitales del país, demostraron que las edificaciones de los centros de salud presentan deterioros en diversos elementos, por lo cual debe impulsarse actividades para la programación y priorización de las actividades de mantenimiento.

Además, otro aspecto evidenciado y que afecta directamente la gestión de mantenimiento, es que constantemente se efectúan recortes presupuestarios a las partidas asignadas al mantenimiento de la infraestructura, lo cual se ve agravado debido a que en el ámbito de los centros de salud, se genera la práctica de aplicar modificaciones internas para trasladar fondos a otras partidas, disminuyendo aún más los recursos destinados a la conservación de la infraestructura.

Respecto a la temática de la administración de recursos humanos, se demostró que la CCSS dispone de normas en materia de reclutamiento y Selección de Personal de hace cuarenta años y no han sido sujetas a actualización por las instancias responsables del proceso, lo cual constituye una debilidad importante del sistema de control interno imperante. También, la administración activa pese a existir normativa específica para el nombramiento y ascenso interino, ejecuta procedimientos no autorizados o la inejecución de procesos de selección.

En la evaluación sobre el pago de tiempo extraordinario se evidenció que la normativa es clara en establecer que esta jornada debe ser excepcional, sin embargo, en los centros de salud analizados adquiere una connotación permanente, situación que se aparta del marco normativo. Asimismo, se determinó la carencia de justificaciones claras y precisas sobre la necesidad real que la administración quiere solventar con la realización tiempo extraordinario.

El estudio de la gestión de empadronamiento efectuada por el Programa Estratégico de Cobertura en Inspección (PRECIN), mostró que la gestión de empadronamiento debe fortalecerse debido a que las inscripciones y reanudaciones realizadas carecían de requisitos establecidos por la Administración. Las investigaciones no disponían del análisis efectuado por el Inspector a fin de establecer si existían indicios de una eventual aplicación de responsabilidad solidaria, tampoco constaba el análisis de si el patrono físico a quien se le tramitó la inscripción o reanudación debía afiliarse como trabajador independiente. Resultados que debieron quedar consignados en los informes de inspección.

Además, se detectó que en los estudios no se recopiló documentación que sustentara el criterio externado por el Inspector para estimar los ingresos de referencia de los trabajadores independientes.

La evaluación de la Subárea Centro de Llamadas de la Dirección de Cobros, determinó que no se realizan estudios con el fin de planificar las campañas automáticas y mediante ejecutivo de cobro. Además, la administración no posee estudios para determinar el costo/beneficio de la gestión que ejecuta y el impacto en la recuperación de adeudos patronales y/o de trabajadores independientes, a pesar de que la Institución invirtió en el 2010 y 2011 \$222.422.743,78 (Doscientos veintidós millones cuatrocientos veintidós mil setecientos cuarenta y tres 78/100), en la planilla de la Subárea Centro debido a lo cual se recomendó efectuar una valoración técnica de la gestión, resultados esperados y obtenidos, costos, valor agregado y beneficios de esa unidad con el propósito de definir la procedencia o no de mantenerla en operación.

Área Tecnología de Información y Comunicaciones

El Plan Anual Operativo establecido en el Área de Tecnologías de Información y Comunicaciones para su cumplimiento en el 2012 definió actividades orientadas a fiscalizar y asesorar a la Administración en la gestión de las tecnologías de información, las cuales apoyan la ejecución de procesos institucionales en mejora de la eficiencia y eficacia aplicadas.

En torno a la gestión estratégica de las tecnologías de información y comunicaciones se evidenció específicamente para el Comité Gerencial de Tecnologías de Información la necesidad de realizar un diagnóstico de la función de esa instancia con respecto a la desempeñada por el Consejo de Presidencia y Gerentes, dada la similitud en la ejecución de su labor en la toma de decisiones institucional. Asimismo, se estimó pertinente fortalecer los mecanismos de monitoreo al cumplimiento de acuerdos tomados en las sesiones de esa instancia, y la valoración de su eventual automatización.

En relación con la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones, los resultados obtenidos en evaluación efectuada por esta Auditoría permitieron evidenciar oportunidades de mejora asociadas con el seguimiento de los acuerdos tomados en sesiones de trabajo de las Jefaturas de Área y sobre el cumplimiento de las funciones sustantivas definidas en el Manual de Organización de esa Dirección; así como también se debe implementar mecanismos tendientes a robustecer la gestión del recurso humano en alineamiento con la normativa aplicable, la

planificación de las adquisiciones, la contratación de servicios profesionales, y la utilización del presupuesto asignado, así como en la definición de indicadores inherentes a las tecnologías de información y comunicaciones. Asimismo, se señalan aspectos a considerar respecto del desarrollo de actividades de investigación, en la administración de la integridad de la información, en la propiedad de los datos y sistemas de información institucionales, así como en la dirección tecnológica en TI establecida.

En cuanto a la coordinación entre la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones y los Centros de Gestión Informática en forma general se evidenció la pertinencia de conformar un equipo de trabajo con representantes de instancias involucradas en donde se realice una revisión de la estructura organizacional responsable de esta disciplina con el fin de comprobar si ésta garantiza razonablemente la administración eficiente y eficaz de las actividades desarrolladas desde el punto de vista tecnológico informático, mediante un adecuado uso de los recursos institucionales, el cumplimiento de la normativa aplicable, así como la oportunidad y calidad de la información. Lo anterior dado que se comprobó que no se han establecido mecanismos tendientes a involucrar activamente a los Centros de Gestión Informática en la operativización de estrategias o proyectos de impacto y relevancia institucional.

Respecto del Área de Comunicaciones y Redes Informáticas, a través de un estudio realizado en torno a su gestión, se determinó que ésta puede ser fortalecida en aspectos atinentes al cumplimiento de las actividades establecidas para éstos en el Manual de Organización correspondiente con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos definidos a nivel institucional. Así mismo, se consideró importante que implementara indicadores de gestión que brinden insumos a los procesos de planeación y programación estratégica y operativa de actividades, garantizando el aprovechamiento de los recursos financieros, humanos y tecnológicos asignados, así como la corrección ante eventuales desviaciones en el cumplimiento de las metas y objetivos establecidos.

En lo que se refiere a los sistemas de información computadorizados que operan actualmente en la institución se evaluó el Sistema de Créditos Hipotecarios (SICRE) y Sistema de Control de Inversiones (SCI) los cuales automatizan procesos a cargo de la Gerencia de Pensiones, determinándose oportunidades de mejora en la calidad de datos, aplicación de fórmulas, continuidad del desarrollo y mantenimiento técnico, definición de perfiles, conformación y funcionamiento del comité de usuarios respectivo, obsolescencia tecnológica, definición de estrategias de actualización, subutilización de módulos desarrollados, cobertura en la automatización de procesos, así como aspectos de seguridad lógica relacionados.

En cuanto a las aplicaciones financieras, se analizó el Sistema Plataforma Institucional de Cajas (SPIC), el cual también presenta debilidades en su vigencia tecnológica en el proceso que automatiza debido a temas tales como el lenguaje de programación utilizado y ausencia de una base de datos integrada. Por otro lado, se presentaron debilidades en la restricción de accesos en los perfiles configurados lo cual podría generar riesgos en la segregación de funciones, y además, se determinó la importancia de otorgar particular atención a la impresión de recibos de pago, y los tipos de cambio en el sistema.

Respecto del Sistema Institucional para la Gestión de Inspección (SIGI), que apoya los procesos tácticos ejecutados en la Dirección de Inspección, se evidenció la importancia de fortalecer la integridad de sus datos en aras que responda a la realidad en la administración de los casos asignados a los inspectores, así como su seguridad lógica en la configuración de roles y usuarios, la capacitación, soporte y monitoreo del funcionamiento de esta herramienta a nivel desconcentrado.

El Sistema de Información Geográfico Patronal (SIGPA) por su parte, en los resultados obtenidos de la evaluación efectuada, se comprobó la existencia de oportunidades de mejora en su planificación de conformidad con lo estipulado en la normativa aplicable a nivel institucional, así como en el avance de la georreferenciación de patronos, y la definición de mecanismos de control para monitorear y supervisar el cumplimiento de los objetivos en esta iniciativa.

En el tema de servicios de salud, se analizó el funcionamiento del Sistema Integrado de Ficha Familiar (SIFF), cuyo informe consignó dentro de sus conclusiones la necesidad de fortalecer la calidad e integridad de la información registrada mediante esta aplicación en aspectos tales como: el ingreso de datos de género, identificación, viviendas, edades de los miembros de familia, ocupación laboral, señas de la vivienda, presión arterial, violencia intrafamiliar, entre otros temas asociados. Además, se evidenciaron debilidades en la operación de la herramienta, específicamente en el registro de información, las cuales podrían reflejarse a futuro en las estadísticas de salud.

Así mismo, se evaluó el estado actual de la automatización de la gestión de validación y facturación de servicios médicos a nivel institucional, determinándose la ausencia de una herramienta integral que contemple la funcionalidad de todas las aplicaciones existentes en la CCSS que automatizan los procesos asociados a este tema, así como oportunidades de mejora en las herramientas que se utilizan actualmente, y procesos que aún se realizan manualmente.

En torno al Centro de Llamadas para la Gestión Cobratoria se desarrolló una evaluación que evidenció oportunidades de mejora en la cobertura brindada en este sentido a los patronos morosos, así como en la conformación de campañas de cobro, y la integridad de los datos registrados por la herramienta que apoya esta gestión.

Área Gestión Operativa

En el período 2012, el Área Gestión Operativa, se brindó cobertura a temas estratégicos de importancia para el nivel local y regional, en la prestación de Servicios en Salud, Servicios Administrativos, Servicios Financieros, Contratación Administrativa, Infraestructura y Equipamiento Médico, Tecnologías de Información y Comunicaciones.

En el tema de Servicios de Salud, se evaluaron las acciones emprendidas por la Administración Activa para promocionar la salud y prevenir las enfermedades recomendándose, entre otros aspectos, confeccionar el Análisis de Situación Integral en Salud (ASIS) de forma que responda de manera integral al entorno y características de morbi-mortalidad que imperan en la población

adscrita; elaborar y ejecutar un Programa de Detección Temprana del Cáncer de Mama; elaborar un Plan Local de Promoción de la Salud y de Prevención de la Enfermedad, en concordancia con el ASIS planteado e incluirse y ejecutarse actividades dirigidas a la prevención del Cáncer de Mama. Se analizó la importancia de que los servicios que ofrece la CCSS sean otorgados en términos de calidad y eficiencia, recomendando cumplir con la Política Institucional 2007-2012. En cuanto a la consulta externa especializada, se recomendó promover políticas y acciones que busquen el fortalecimiento de los mecanismos de control interno implementados en la Unidad evaluada, a fin de ofrecer servicios de calidad al usuario y en la consulta vespertina y su relación con la consulta externa y los servicios de urgencia, las recomendaciones emitidas comprenden valorar la conveniencia de continuar o no, con la consulta vespertina durante el tercer turno y en lo referente el servicio de emergencias se recomendó realizar un estudio que incluya todos los costos invertidos en el traslado de pacientes a otros centros hospitalarios, para diagnósticos médicos por medio de TAC y que sirva de base para la eventual dotación de ese equipo; analizar los motivos de consultas reiteradas de pacientes en el Servicio de Emergencias y garantizar una solución integral a la salud de esos asegurados; así como disminuir las estancias prolongadas por internamiento de pacientes en Emergencias.

En cuanto a la gestión de cama hospitalaria se recomendó efectuar una revisión y análisis de la dotación normal de camas que actualmente existe en los diferentes Servicios de Hospitalización y valorar la posibilidad de hacer ajustes en la cantidad de camas asignadas; implementar acciones tendientes a documentar las sustituciones de ausentes en el Servicio de Radiodiagnóstico y verificar que correspondan a pacientes prioritarios, efectuar un estudio detallado sobre la producción real de los diferentes Servicios que hacen uso de las Salas de Operación. Se evaluó el tema de incapacidades, recomendándose que los profesionales en ciencias médicas -al momento de otorgar incapacidades- dejen constancia en los Expedientes de Salud sobre la atención brindada al paciente, instruir a los profesionales responsables de ejercer la Medicina de Empresa, sobre la obligación de cumplir con las disposiciones normativas en cuanto al otorgamiento de incapacidades.

Para el tema de las listas de espera, se recomendó ejecutar el proyecto de actividades médico quirúrgicas requerido para la disminución de las listas de espera y atención oportuna de los pacientes; presentar ante los superiores jerárquicos, la solicitud de formación y/o dotación de nuevos profesionales para el hospital, ordenar la actualización de los registros de las listas de espera de los pacientes referidos al segundo nivel de atención. En lo referente a los Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, para el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, se recomendó la realización de un estudio técnico mediante el cual se analice la productividad, la participación del personal médico y técnico en cuanto a horas contratadas, horas utilizadas, reportes realizados y otros aspectos estadísticos, establecer un programa de supervisión constante, efectivo y documentado, sobre las actividades realizadas, que permita fortalecer la gestión gerencial y administrativa de esa Unidad de Trabajo; efectuar un estudio que determine los motivos por los cuales en reiteradas ocasiones se generan fallas en los equipos. En Farmacia, se recomendó implementar un programa continuo de información y educación dirigida a los pacientes, efectuar los estudios pertinentes de los medicamentos que permanecen en existencias con plazos mayores a cuatro meses y gestionar su traslado o adoptar otras medidas alternas que

permitan bajar las existencias a niveles normales; ajustar los Manuales de Procedimientos e instruir a todos los farmacéuticos para que se incorporen a un registro único de firmas.

En el tema de Servicios de Salud Administrativos, se evaluó el uso de los recursos energéticos así como las políticas de contención del gasto, recomendándose establecer un Plan por escrito que contemple aspectos básicos, tales como responsables, revisión de parámetros y de políticas a cumplir en materia presupuestaria y de control del gasto establecidas por Junta Directiva. En lo atinente al tiempo extraordinario y cumplimiento de horarios, se recomendó que las Jefaturas de Servicio se, presenten los estudios y justificaciones que permitan obtener una seguridad razonable en cuanto a la necesidad planteada; realizar un estudio general de las actividades y funciones ejecutadas por el personal, emitir un recordatorio a todo el personal, respecto de la obligatoriedad de cumplir con la jornada laboral (ordinaria y extraordinaria). En lo atinente al tema de Validación de Derechos se recomendó que la Gerencia Financiera finalice el documento normativo sobre los procedimientos de facturación, recaudación y cobro a no asegurados, y establezca el rol y las funciones que deberán ejecutar los diferentes actores del proceso. El tema de pago de traslados y hospedajes de pacientes se solicitó que se le brindara un seguimiento integral en el Control Interno que deben de establecer todos los responsables del proceso.

Respecto al tema de Servicios Financieros en Sucursales y la temática de Cobro Administrativo y Judicial, se recomendó analizar la concentración de funciones incompatibles en el Área de Cobros de las Sucursales, gestionar la recuperación de la morosidad patronal que se encuentra con firmeza administrativa y judicial; establecer los mecanismos de control pertinentes sobre la fecha de recepción de los informes de los Abogados Externos remitidos a la Sucursal. Se llevaron a cabo los estudios sobre el tema de anulaciones de adeudos patronales, trabajadores independientes y asegurados voluntarios. Los cierres de negocio por mora, se indicó la necesidad de identificar y mejorar los tres elementos primordiales que han generado poca eficiencia en el proceso de cierre de negocios, tales como; la ausencia de control en los procedimientos de cierre de negocios, la forma fragmentada en los procesos, y los tiempos prolongados en el trámite de los expedientes. En el tema contable se analizó el control de las cuentas 135-05-7, 138-08-9, 139-08-05 y 324-08-09, donde se evidenció que la falta de un adecuado sistema de control y/o liquidación de las cuentas examinadas. En cuanto a las pensiones se recomendó disminuir los tiempos de respuesta en la atención de una solicitud, definir criterios técnicos de priorización y distribución para las pensiones nuevas por otorgar, tomando en consideración los índices de pobreza humana, índice de desempleo, entre otros que emite el INEC, gestionar que todo trámite de endoso o aprobación de pensiones a nivel de Sucursales, sea debidamente aprobado en el Sistema Integrado de Pensiones, implementar un programa de control periódico, con el fin de que a través de un mecanismo de muestreo al azar se pueda verificar que los pensionados en curso de pago mantengan la condición requerida para percibir dicho beneficio. Se indicó que el procedimiento de endoso de pensiones, no se está realizando de conformidad con la normativa vigente y además se evidenciaron debilidades de control interno, especialmente en la gestión de endoso de pensiones del IVM. Adicionalmente, se determinó que se debe fortalecer el proceso de supervisión efectuado por parte del Administrador a los funcionarios encargados del proceso de endoso de pensiones del IVM y RNC, a fin de evaluar el apego a la normativa vigente y efectuar las correcciones oportunamente.

En relación con el tema de contratación administrativa, se evaluó la adquisición de medicamentos recomendándose garantizar el abastecimiento oportuno, confiable, suficiente y sostenible de medicamentos para satisfacer la demanda de los establecimientos de salud y pacientes; recordar a los encargados de los contratos, la obligatoriedad de vigilar la ejecución contractual y hacer efectivas las cláusulas penales correspondientes; ejecutar la garantía de cumplimiento y cualesquiera otras multas; vigilar la entrega del original de las ofertas adjudicadas dentro de los dos días hábiles siguientes a la comunicación del acto de adjudicación; y que una vez recibidas las ofertas, se estampe sello oficial en el cual conste el día, hora y la fecha de recibido. Se evaluó el control interno en materia de compra de bienes y servicios por terceros, y se recomendó que en las contrataciones excluidas de los procedimientos ordinarios, la decisión inicial del proceso debe hacer referencia a los estudios legales y técnicos en los que se acredita que se está ante un supuesto de prescindencia de los procedimientos ordinarios; además se recomendó coordinar la implementación actividades de control que permitan corroborar el cobro efectivo a los proveedores sancionados; se realice de inmediato la gestión correspondiente para recuperar los montos de dinero dejados de percibir; verificar que los plazos de entrega establecidos en el acto adjudicación y orden de compra, sean congruentes para efectos de verificar el debido cumplimiento de la ejecución contractual; y mantener una vigilancia estricta de los plazos de cumplimiento de los contratos y calendarios de entrega, de tal forma que se advierta oportunamente posibles incumplimientos por parte de los proveedores.

Respecto a Infraestructura y Equipamiento, se evaluó la implementación de la Ley 7600 «Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad», recomendándose realizar un estudio que permita determinar las áreas en que puedan ejecutarse mejoras para adecuarlas al cumplimiento de la citada Ley y su Reglamento, así como a la “Guía Práctica de Accesibilidad para Todos” de la CCSS. El mantenimiento preventivo y correctivo de equipo médico e industrial, se analizó y recomendó implementar la estrategia de unificación de compras de repuestos y equipo médico a nivel regional, promover contratos, programas o actividades que garanticen el brindar mantenimiento preventivo y correctivo al equipo médico que se determine como clave en la atención de los pacientes; invertir los recursos económicos asignados en las partidas relacionadas con el mantenimiento y adquisición de equipo, en la satisfacción de los objetivos para los cuales fueron gestionados. En la actividad relativa a inventarios en bodega, se recomendó definir y ejecutar un proceso sustantivo para la recepción y distribución de mercaderías adquiridas por contratación administrativa, para la correspondiente custodia y control del inventario; elaborar un listado de los activos en mal estado. En cuanto a la seguridad contra incendios y otros eventos naturales, se recomendó cumplir las recomendaciones emitidas por la Subárea de Gestión del Aseguramiento; dotar de los sistemas de seguridad o recursos financieros necesarios que permitan resguardar el patrimonio institucional; verificar la frecuencia con la cual debe realizarse la recarga de los extintores; proceder al desarrollo y ubicación de diagramas de rutas de evacuación, delimitación de zonas de seguridad y la instalación de lámparas de emergencia; así como identificar y reparar situaciones de riesgo eléctrico u otras que se detecten. Complementariamente se evaluó el mantenimiento, protección y seguridad en casa de máquinas y calderas donde se da un abordaje sobre el correcto funcionamiento de los equipos de estas unidades, así como el debido mantenimiento preventivo y correctivo.

Sobre Tecnologías de Información y Comunicaciones, se evaluó la adquisición de equipo informático (Hardware y Software) se recomendó planificar y canalizar las compras de bienes y servicios a través de los procedimientos idóneos de contratación administrativa regulados en la Ley 7494 y su Reglamento, incluir en los Planes Operativos, la necesidad real de equipos y accesorios informáticos (hardware) requeridos. El mantenimiento preventivo y correctivo de TIC, fue analizado y se recomendó mantener los equipos de cómputo en óptimas condiciones de limpieza, a fin de evitar problemas de atascamiento, degradación de velocidad o ruido de los componentes móviles (ventiladores, disipadores de calor y otros), que pongan en riesgo el procesador central (CPU) ante un eventual recalentamiento; valorar los niveles de reemplazo de los equipos de TIC con más de 5 años de uso en la prestación de servicios de salud, implementar parámetros que permitan conocer la satisfacción del usuario sobre el servicio brindado en materia de soporte informático; disponer de un plan o documento formal por cada mantenimiento de equipo de cómputo programado; diseñar un mecanismo efectivo de supervisión y control de las condiciones especiales y cláusulas del cartel; evaluar el cumplimiento de los objetivos trazados en el plan de mantenimiento preventivo y correctivo de equipo de cómputo y valorar el traslado y custodia de los repuestos al Servicio de Proveeduría.

A través el Sistema de Registro, Control y Pago de Incapacidades (RCPI), se evaluó el tema de pago de incapacidades y se recomendó verificar el control de seguridad establecido en los plazos de caducidad de las contraseñas generadas en dicho sistema; analizar la seguridad de acceso al RCPI; bloquear temporalmente a los usuarios del RCPI, cada vez que los funcionarios disfruten de vacaciones, incapacidad y otros, establecer una bitácora que registre el detalle de las interrupciones de enlace o conexión en el Servicio de Plataforma de la Sucursal, con el fin de que se identifiquen los eventos y situaciones externas que afectan su continuidad. Se analizó la conectividad (estado actual de la Red de Datos y Enlaces Tecnológicos de las Unidades Ejecutoras con Oficinas Centrales de la CCSS), recomendándose establecer las medidas de protección suficientes consideradas en las Políticas y Normas Institucionales de Seguridad Informática, a fin de minimizar los riesgos inherentes a las condiciones actuales en que funciona la gestión informática, que en todo proceso de construcción o remodelación de infraestructura, se solicite dentro de las condiciones cartelarias, la certificación de la red de datos.

Capítulo X

Reformas reglamentarias

[Empezar Capítulo](#)

[Tabla de contenidos](#)

REFORMAS REGLAMENTARIAS

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
4	8553	19-01-12	SOLPUB-Nº 37408	19-01-12	---	---	16	23-01-12

ASUNTO: Convocatoria Movimiento Sindical (sector laboral), para que celebre los procesos de elección para elegir un representante en la Junta Directiva de la CCSS.

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
18	8553	19-01-12	SOLPUB-Nº37409	23-01-12	Nº6.404	23-01-12	24	02-02-12

ASUNTO: Aprobación de la revalorización número 62 de los montos de pensiones en curso de pago del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM)

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
21	8564	01-03-12	SOLPUB-Nº37410	5-03-12	Nº20.575	5-03-12	51	12-03-12

ASUNTO: Aprobación Reglamento del Fondo de Garantía de Retribución Social de la CCSS.

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
9	8568	15-03-12	SOLPUB-Nº37411	20-03-12	---	---	72	13-04-12

ASUNTO: Aprobación incorporación, en la Normativa de Relaciones Laborales, del Título III: Procedimiento administrativo y disciplinario contra el hostigamiento sexual en el empleo y la docencia en la CCSS:

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
37	8571	29-03-12	SOLPUB-Nº37412	09-04-12	Nº20.659	09-04-12	87	07-05-12

ASUNTO: Aprobación revaluación Nº25 de los montos de las pensiones del Fondo de Retiro de empleados de la Caja Costarricense de Seguro Social (FRE).

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
27	8577	03-05-12	SOLPUB-N°37413	07-05-12	---	---	90	10-05-12

ASUNTO: Proyecto de Reforma parcial del artículo 41 de la Normativa de Relaciones Laborales

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
3	8583	07-06-12	SOLPUB-N° 37.414	18-06-12	N°32.071	18-06-12	133	10-07-12

ASUNTO: Aprobación Reforma de los artículos 5°, 36°,37°, 39°, 42°, 51°, y 56° del Reglamento de Organización y funcionamiento de la Auditoría Interna.

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
34	8585	14-06-12	-N°37415	25-06-12	---	---	135 El Alcance N°93	12-07-12

ASUNTO: Se acuerda reformar parcialmente el artículo 41 de la Normativa de Relaciones Laborales (cálculo y pago de cesantía, con el fin de ajustarlo al principio de legalidad y al ordenamiento jurídico, concretamente a lo dispuesto en el artículo 29 del Código de Trabajo. Con fundamento en el Proyecto de Reforma del artículo 41 de la Normativa de Relaciones Laborales, se acuerda ampliar el plazo conferido a los diferentes grupos de interés y trabajadores por treinta días hábiles, contados a partir de la firmeza del presente acuerdo, a fin de que se valoren sus aportes y/o sugerencias, en relación con el texto propuesto.

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
24	8588	24-06-12	SOLPUB-N°37416	3-07-12	N°35.209	3-07-12	143	24-07-12

ASUNTO: Prórroga aplicación de los Transitorios II, III, IV y V del Reglamento que regula la formalización y suscripción de arreglos y convenios de pago de las contribuciones a la seguridad social.

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
11	8590	12-07-12	SOLPUB-N° 37417	13-07-12	N°35.239	13-07-12	150	6-08-12

ASUNTO: Aprobación Revaluación N°63 de los montos pensiones en curso de pago del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
6	8495	03-03-11	SOLPUB-37419	06-08-12	---	---	165	28-8-12

ASUNTO: Derogatoria Aprobación Manual de Organización de la Dirección Actuarial y Económica y Reglamento de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica, aprobado por la Junta Directiva en el artículo 11° de la sesión N° 6489 del 24 de enero del 1991.

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
25	8601	20-09-12	SOLPUB-N°37421	11-10-12	N°47.513	11-10-12	214	6-11-12

ASUNTO: Aprobación Reglamento del consentimiento informado en la práctica asistencial en la Caja Costarricense de Seguro Social.

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
26	8601	20-09-12	SOLPUB-N°37422	11-10-12	N°47.510	11-10-12	214	6-11-12

ASUNTO: Modificación y adición normativa para la aprobación de estudios observacionales en los centros asistenciales de la Caja Costarricense de Seguro Social.

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
17	8602	27-09-12	SOLPUB-N°37423	11-10-12	N°47.507	11-10-12	214	6-11-12

ASUNTO: Aprobación Reforma a los artículos 1, 2, 3, 5, 7, 9, 10, 11, 16, 17, 18, 19, 23, 28 y 29, así como dos disposiciones transitorias del Reglamento del Programa Régimen no Contributivo de Pensiones.

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
22	8602	27-09-12	SOLPUB-N°37424	12-10-12	N°47.518	12-10-12	214	6-11-12

ASUNTO: Aprobación “Reglamento del Sistema de Gestión de Mantenimiento Institucional”.

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
41	8603	4-10-12	SOLPUB-N°37420	10-10-12	N°47.543	17-10-12	214	6-11-13

ASUNTO: Aprobación incremento base mínima contributiva de trabajadores independientes y asegurados voluntarios.

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
21	8605	18-10-12	SOLPUB-Nº37425	24-10-12	Nº52.641	24-10-12	214	6-11-12

ASUNTO: Aprobación revalorización de las pensiones en curso de pago del Régimen no Contributivo de Pensiones por monto básico.

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
9	8606	25-10-12	SOLPUB-Nº37426	26-10-12	Nº52.649	26-10-12	218	12-11-12

ASUNTO: Incremento ingresos de referencia de los trabajadores independientes y voluntarios.

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
38	8607	1-11-12	SOLPUB-Nº37427	5-11-12	---	---	222	16-11-12

ASUNTO: Inclusión de un artículo 47 al Reglamento para la venta de propiedades provenientes de ejecuciones de garantías hipotecarias o pago de obligaciones del Régimen de Pensiones de la CCSS.

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
7	8613	29-11-12	---	---	Nº56.442	5-12-12	xxx	xxx

ASUNTO: Aprobación Metodología para elaborar estudios de razonabilidad de precios en las compras de medicamentos e implementos médicos.

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
42	8613	29-11-12	SOLPUB-Nº37428	4-12-12	Nº56.439	4-12-12	250	27-12-12

ASUNTO: Aprobación Revaloración Nº26 de los montos de las pensiones del Fondo de Retiro (FRE), segundo semestre año 2012.

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
13	8614	6-12-12	SOLPUB- Nº 37429	10-12-12	Nº56.476	11-12-12	7	10-01-13

ASUNTO: Disposición en cuanto a la oferta de becas a los internos universitarios y la modificación al artículo 25° del Reglamento para la actividad clínica docente en los servicios asistenciales de la Caja Costarricense de Seguro Social.

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
44	8613	29-11-12	SOLPUB- Nº62751	17-12-12	Nº56.497	17-12-12	16	23-01-13

ASUNTO: Modificación de los artículos 6° y 11° del Reglamento para la utilización de vehículos de la Caja Costarricense de Seguro Social.

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
3	8617	20-12-12	SOLPUB- Nº62753	7-01-13	Nº11.613	7-01-13	25	05-02-13

ASUNTO: Aprobación Reforma al artículo 4° del Reglamento de Inversiones del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y el artículo 13° del Reglamento de Inversiones del Seguro de Salud.