

Memoria Institucional

2011



Presentación

UN AÑO DE TRANSICIÓN



Si bien en el 2011, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), vivió una situación profundamente difícil y estuvo en el ojo de la tormenta durante casi todo el año, la Institución salió adelante y logró surgir para retomar el rumbo que nos lleve a la ansiada estabilidad y fortalecimiento de cara a la razón de ser, como lo es proveerle servicios médico asistenciales y de pensiones a los centenares de miles de beneficiarios en todo el territorio nacional.

Lo plasmado en esta memoria es una síntesis del trabajo que se llevó a cabo los 365 días y demuestra que, a pesar de todo, esta institución con la madurez de sus 70 años, se mantiene viva para el bien de la sociedad costarricense y que sus enormes reservas de capital humano constituyen su mayor acervo para superar los embates de la crisis mundial de años anteriores, que la impactó con mayor fuerza durante este periodo.

La memoria no debe ser un disco compacto más en las gavetas de los escritorios, es un instrumento que debe servir como hoja de ruta para el análisis y la reflexión, a fin de evaluar el pasado y cimentar las bases para el futuro.

En el 2011 se conmemoró el 70 aniversario de la entidad que le cambió el rostro a la patria, de un país empobrecido y enfermo a inicios de la década de los 40^a del siglo pasado, a una nación con una de las más bajas tasas de mortalidad infantil del continente y una expectativa de vida de la que solo disfrutaban los residentes en los países desarrollados.

El reto es cómo mantener esa ecuación que nos distingue en el concierto mundial, donde se habla del milagro “tico” que hace posible con ingresos reducidos, alcanzar niveles de bienestar que solo se explican a la luz de los principios en los que se fundamenta la CCSS, entre otros: la universalidad, la equidad y la solidaridad, amén de la unidad que debemos mantener intacta, porque como bien predica el salmista, una casa desunida, es una casa destruida.

Por ello en el momento en el que usted reciba esta información, observe en ella posibilidades de mejora en su campo de acción relacionado con esta invaluable conquista, cada uno de nosotros tiene muchos renglones en blanco para ayudar a escribir la historia y al igual que hoy lo hacemos con los precursores de la seguridad social, las futuras generaciones perciban que tuvimos el coraje para heredárselas más fuerte y comprometida.

Dra. Ileana Balmaceda Arias

Presidenta Ejecutiva

Caja Costarricense de Seguro Social

Tabla de contenido

Capítulo I. Estructura organizacional

Introducción	9
Miembros de Junta Directiva	9
Miembros de la administración superior	10
Misión y Visión Institucional	13
Organización	14
Red de Servicios de Salud	17
Hospitales nacionales, especializados, regionales y periféricos	23
Listado de Sucursales y Agencias	24

Capítulo II. Aspectos generales

Introducción	28
Cobertura	28
Prestaciones en dinero	31
Seguro de Salud gastos directos e indirectos y su relación.	32
Estado de productos y gastos Seguro de Salud	33
Balance de situación comparativo Seguro de Salud	35
Estado de productos y gastos Seguro de Pensiones	37
Balance de situación comparativo Seguro de Pensiones	38
Régimen No Contributivo de Pensiones, estado de productos y gastos	40
Fondo Nacional de Mutualidad casos tramitados y pagos efectuados según tipo de asegurado	42
Ejecución presupuestaria: Seguro de Salud, Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) y Régimen No Contributivo (RNC)	44
Producción en salud	45

Capítulo III. Gestión Financiera Institucional

Introducción	62
Dirección de Inspección	62
Dirección de Cobros	69
Dirección Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE).....	78
Dirección Financiero Contable	88
Dirección de Presupuesto	95
Dirección Ejecutiva Fondo Retiro Ahorro y Préstamo	103
Dirección Coberturas Especiales	115
Direcciones regionales	121

Capítulo IV. Gestión de servicios de salud

Introducción	147
Nuevos EBAIS en la Gran Área Metropolitana.....	147
Estandarización de servicios	147
Atención Odontológica	148
Atención integral a las personas	148
Atención domiciliar	148
Salud mental.....	149
Promoción de la Salud	149
Vigilancia epidemiológica	150
VIH-sida y otras infecciones de transmisión sexual	150
Farmacoepidemiología	152
Atención del Cáncer	153
Gira de especialistas	154

Donación de equipos oftalmológicos	154
Resectorización de las áreas de salud y sectores del país	155
Programa Salud Mental Niñez Familia y Psiquiatría Infantil	156
Consentimiento Informado	156
Estudios observacionales	156
Bioética	157
Capacitación	158
Salud en las regiones	162
Participación de la población en el proceso de construcción de la salud	168

Capítulo V. Logística Institucional

Introducción	174
Resultados 2011	174
Indicadores de Abastecimiento	175
Indicador de Rotación	178
Costo total de la cadena de abastecimiento	179
Indicador de control de calidad de medicamentos	180

Capítulo VI. Acción en la gestión administrativa

Introducción	182
Compra Servicios en Salud	182
Desarrollo de la Cultura Organizacional	189
Sistemas Administrativos	190
Bienestar Laboral	194
Servicios Institucionales	199
Aspectos jurídicos	200

Acciones para la igualdad y equidad de género	203
Acciones para la atención y preparación para emergencias.....	203
Fortalecimiento del recurso humano	205
Comunicación Organizacional.....	221

Capítulo VII. Infraestructura y Tecnología en Salud - Vector de desarrollo

Introducción	225
Infraestructura	227
Equipo Médico	233
Equipo Industrial	237
Tecnologías de Información y Comunicaciones	239
Otros Logros Importantes en el Desarrollo de la Gestión	247

Capítulo VIII. Pensiones: un pilar fundamental

Introducción	251
Prestaciones Sociales, la tercera línea de servicios	251
Calificación de la invalidez	257
Dirección de Inversiones	258
Gestión en el otorgamiento de pensiones.....	264
Información sobre el comportamiento de los procesos sustantivos de “Colocación” y “Gestión de la Cobranza” de los Créditos Hipotecarios IVM administrados por la Gerencia de Pensiones, Período 2011	265
Cobertura contributiva	271
Régimen No Contributivo	272



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

Introducción	275
Área de Servicios Financieros	275
Área Servicios de Salud	278
Área Servicios Administrativos, Abastecimiento e Infraestructura.....	279
Área Tecnología de Información y Comunicaciones	282
Área Gestión Operativa	285
Subárea Gestión Administrativa y Logística	288

Capítulo X. Reformas reglamentarias

Reformas reglamentarias	291

Capítulo XI. Caja Costarricense de Seguro Social... 70 años en el corazón de nuestros habitantes

Así se vivió el aniversario institucional	298



Capítulo I

Estructura organizacional

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 conforman la Junta Directiva representan la máxima autoridad en la toma de decisiones. Son elegidos para representar el Estado y los sectores patronal y trabajador.

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

Dr. Carlos Agustín Páez Montalbán | Movimiento Sindical.

Sr. José Luis Loría Chaves | Movimiento Cooperativo.

Sr. Carlos Nieto Guerrero | Movimiento Solidarista.



La actual Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, la integran sentados: el licenciado Adolfo Gutiérrez Jiménez, la licenciada Aixa Solera Picado, la doctora Ileana Balmaceda Arias (presidenta ejecutiva), el licenciado Edgar Marín Carvajal y el ingeniero José Salas Carrillo. De pie de izquierda a derecha: el señor Carlos Nieto Guerrero, el señor José Luis Loría Chaves, el doctor Carlos Agustín Páez Montalbán (qdDg) y el doctor Óscar Ricardo Fallas Camacho.

Miembros de la administración superior

Gerencia Administrativa

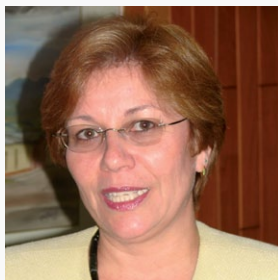


Lic. José Alberto Acuña Ulate.
Hasta el 12 de octubre del 2011.



Lic. Gustavo Picado
Chacón.
A partir de 13 de octubre del 2011.

Gerencia Médica



Dra. Rosa Climent Martin.
Hasta el 12 de octubre de 2011.

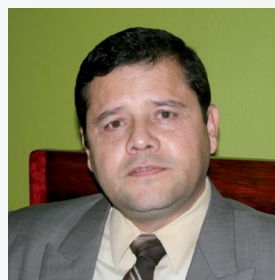


Dr. Zerith Rojas Cerna.
A partir de 13 de octubre de 2011.

Gerencia Financiera



Lic. Manuel Ugarte Brenes.
Hasta el 12 de octubre de 2011.



Lic. Iván Guardia Rodríguez.
A partir de 13 de octubre de 2011.

Gerencia de Pensiones

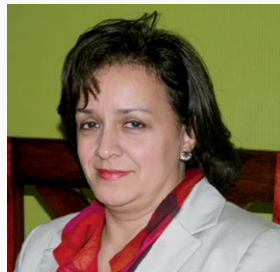


Ing. Dinorah Garro Herrera.
Hasta el 12 de octubre de 2011.



Lic. José Luis Quesada Martínez.
A partir de 13 de octubre de 2011.

Gerencia de Infraestructura y Tecnología



Arq. Gabriela Murillo Jenkins.

Gerencia de Logística



Ing. Ubaldo Carrillo Cubillo.
Hasta el 12 de octubre de 2011.



Ing. Dinorah Garro Herrera.
A partir de 13 de octubre de 2011.

Auditor Interno



Lic. Jorge Arturo Hernández
Castañeda.

Sub-auditor Interno



Lic. Carlos Vargas Cubero.

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, Equidad y Subsidiariedad.
- 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

1. Alineamiento de la estructura funcional y organizacional al marco institucional.

Durante el año 2011, en materia de desarrollo organizacional, se realizaron esfuerzos para mantener actualizada la estructura organizacional de la institución. Lo anterior, con el propósito de facilitar el desarrollo de las políticas, las estrategias y los procesos de trabajo. Este aspecto ha sido fundamental porque contribuye a lograr mayor efectividad en la gestión y satisfacer con calidad y oportunidad la demanda de los servicios que se otorgan a los usuarios. Se detallan así los siguientes cambios organizacionales aprobados por la Junta Directiva.

Manual de Organización de la Subárea Soporte e Integración de Proyectos Prioritarios

En cumplimiento de los requerimientos de la Gerencia Administrativa y la Presidencia Ejecutiva, se elaboró el estudio organizacional para crear esta unidad adscrita a la Dirección de Planificación Institucional, con el propósito de planificar las acciones relacionadas con la integración de los proyectos prioritarios y fortalecer e impulsar algunas acciones consideradas de alto impacto estratégico, que permitan lograr mayor efectividad en la prestación de los servicios institucionales.



Esta propuesta fue aprobada por la Junta Directiva en el artículo 31 de la sesión No. 8515, celebrada el 30 de junio de 2011.

Supresión de la Secretaría Técnica de Planeamiento Estratégico

Con el objetivo de cumplir con la disposición 4.3 del informe DFOE-SOC-IF-079-2010 de la Contraloría General de la República y lo requerido por la Presidencia Ejecutiva, se elaboró la propuesta organizacional de la Dirección de Planificación Institucional, a efecto de atender las estrategias definidas por las autoridades superiores en materia de integración de los procesos de planificación estratégica, táctica y operativa, y los proyectos estratégicos de inversión, aspectos que permiten lograr mayor integralidad, coherencia, coordinación y fortalecimiento del control y la evaluación del sistema de planificación institucional. Con base en la propuesta elaborada, se suprimió la Secretaría Técnica de Planeamiento Estratégico, trasladando sus competencias a la Dirección de Planificación Institucional.

Esta propuesta fue aprobada por la Junta Directiva en el artículo 65° de la sesión No 8546, celebrada el 17 de noviembre de 2011.

Otras acciones realizadas para fortalecer la estructura organizacional.

Durante el año 2011, se elaboraron diversos informes y criterios técnicos relacionados con la estructura funcional y organizacional de las unidades de trabajo. En respuesta a los requerimientos de las autoridades superiores, se desarrollaron algunas propuestas organizacionales relacionadas con el Despacho y el área de Ingeniería en Sistemas de la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones, la Dirección de Seguridad Humana y Física, el Modelo Funcional y Organizacional del área de Gestión de Servicios Generales en los establecimientos de salud, entre otros.

Adicionalmente, se actualizó la estructura funcional y organizacional de la Gerencias Financiera y de Pensiones y sus Direcciones adscritas.

Análisis Evaluativos de la Estructura Organizacional de la Institución.

Congruente con lo establecido en el Cuadro de Mando de la Gerencia Administrativa, se realizó el proceso del análisis evaluativo de la estructura funcional y organizacional integral de la Gerencia Infraestructura y Tecnologías, el cual se desarrolló en las siguientes unidades organizacionales:

- 
- Nivel Estratégico Gerencial.
 - Dirección Equipamiento Institucional.
 - Dirección Arquitectura e Ingeniería.
 - Dirección Administración de Proyectos Especiales.
 - Dirección de Mantenimiento Institucional.
 - Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud.

En total se analizaron 29 unidades administrativas, se visitaron cada una de ellas y se aplicaron los instrumentos técnicos correspondientes. El informe de resultados se remitió a la Gerencia y al Director respectivo, con las conclusiones y recomendaciones generales, para facilitar el cumplimiento efectivo de los objetivos y competencias definidas en los Manuales de Organización aprobados por la Junta Directiva.

2. Asesoría y apoyo técnico para el desarrollo de las estructuras funcionales y organizacionales aprobadas por Junta Directiva.

Para facilitar el desarrollo de las estructuras funcionales y organizacionales aprobadas por la Junta Directiva, se realizaron los informes de las siguientes unidades de trabajo:

- Departamentos de Hemato-Oncología de los Hospitales Nacionales Generales y Hospital Nacional de Niños.
- Dirección de Coberturas Especiales.
- Dirección de Comunicación Organizacional.
- Dirección Actuarial y Económica.

Adicionalmente, se inició el proceso asesoría y apoyo correspondiente para la implementación del modelo funcional y organizacional de las áreas Financiero Contable de los establecimientos de salud, en el cual se realizaron las siguientes actividades:

- Videoconferencia para la divulgación del Modelo, con la participación de 33 centros de trabajo interconectados.
- Elaboración del cronograma de visitas a las siete Direcciones Regionales de Servicios de Salud (Brunca, Chorotega, Pacífico Central, Central Sur, Central Norte, Huetar Norte y la Atlántica). Los citados centros de trabajo,



se definieron como las sedes para divulgar el modelo aprobado por la Junta Directiva y aplicar instrumentos a los funcionarios de los diferentes establecimientos de salud adscritos al mismo.

- Coordinación, control y seguimiento del proceso para la aplicación de los instrumentos correspondientes.

Red de Servicios de Salud

La Caja Costarricense del 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.

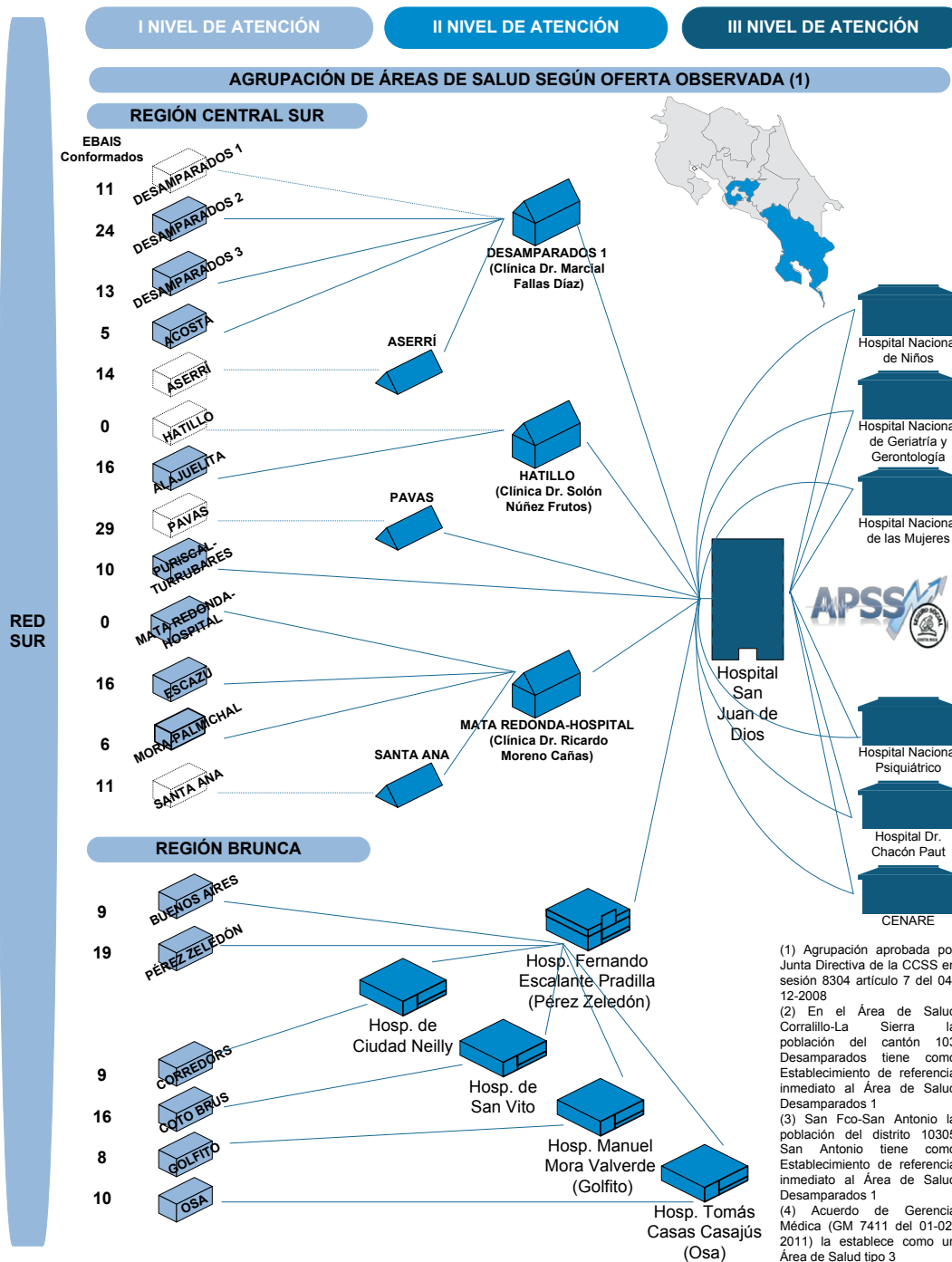
Regionalización

En el proceso de desarrollo institucional, la CCSS ha dividido el territorio nacional en regiones geográficas de acuerdo con la ubicación de sus establecimientos; cuenta con siete regiones: Central Sur, Central Norte, Chorotega, Pacífico Central, Huetar Atlántica, Huetar Norte y Brunca. A su vez las regiones se dividen en áreas 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.



Red de servicios

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

AGRUPACIÓN DE ÁREAS DE SALUD SEGÚN OFERTA OBSERVADA (1)

REGIÓN CENTRAL SUR

EBAIS
Conformados

21 CARTAGO

10 LOS SANTOS

13 PARAISO-CERVANTES

6 CORRALILLO-LA SIERRA (2)

12 EL GUARCO

13 OREAMUNO-PACAYAS-TIERRA-BLANCA

7 LA UNIÓN

22 TURRIALBA-JIMÉNEZ

0 ZAPOTE-CATEDRAL

11 SAN SEBASTIÁN-PAGO ANCHO

8 SAN FRANCISCO-SAN ANTONIO (3)

1 CATEDRAL-NORESTE

13 CONCEPCIÓN-SAN JUAN

15 SAN DIEGO-SAN JUAN

17 MONTE DE OCA

10 GOICOECHEA 2

8 GOICOECHEA 1

9 MORAVIA

16 CORONADO

(2)

(3)

(3)

(4)

(4)

REGIÓN HUETAR ATLÁNTICA

5 VALLE LA ESTRELLA

21 LIMÓN

10 MATINA

13 TAVAMANCA

19 SIQUIRRES

19 GARIARI

18 GUÁPILES

12 GUACIMO

Hosp. Max Peralta Jiménez (Cartago)

Hosp. William Allen Taylor (Turrialba)

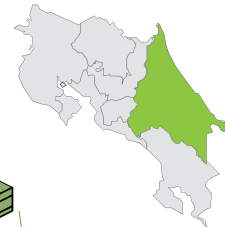
ZAPOTE-CATEDRAL (Clínica Dr. Carlos Durán Cartín)

CATEDRAL NORESTE (Clínica Central)

GOICOECHEA 2 (Clínica Dr. Ricardo Jiménez Núñez)

Hosp. Tony Facio Castro (Limón)

Hosp. de Guápiles



II SEMESTRE
2011



Hospital Nacional de Niños

Hospital Nacional de Geriatria y Gerontologia

Hospital Nacional de las Mujeres



Hospital Calderón Guardia

Hospital Nacional Psiquiátrico

Hospital Dr. Chacón Paut

CENARE

SIMBOLOGÍA

Hosp. Nac. General



Hosp. Nac. Especializado



Hospital Regional



Hospital Periférico



Área de Salud tipo 3



Área de Salud tipo 2



Área de Salud tipo 1



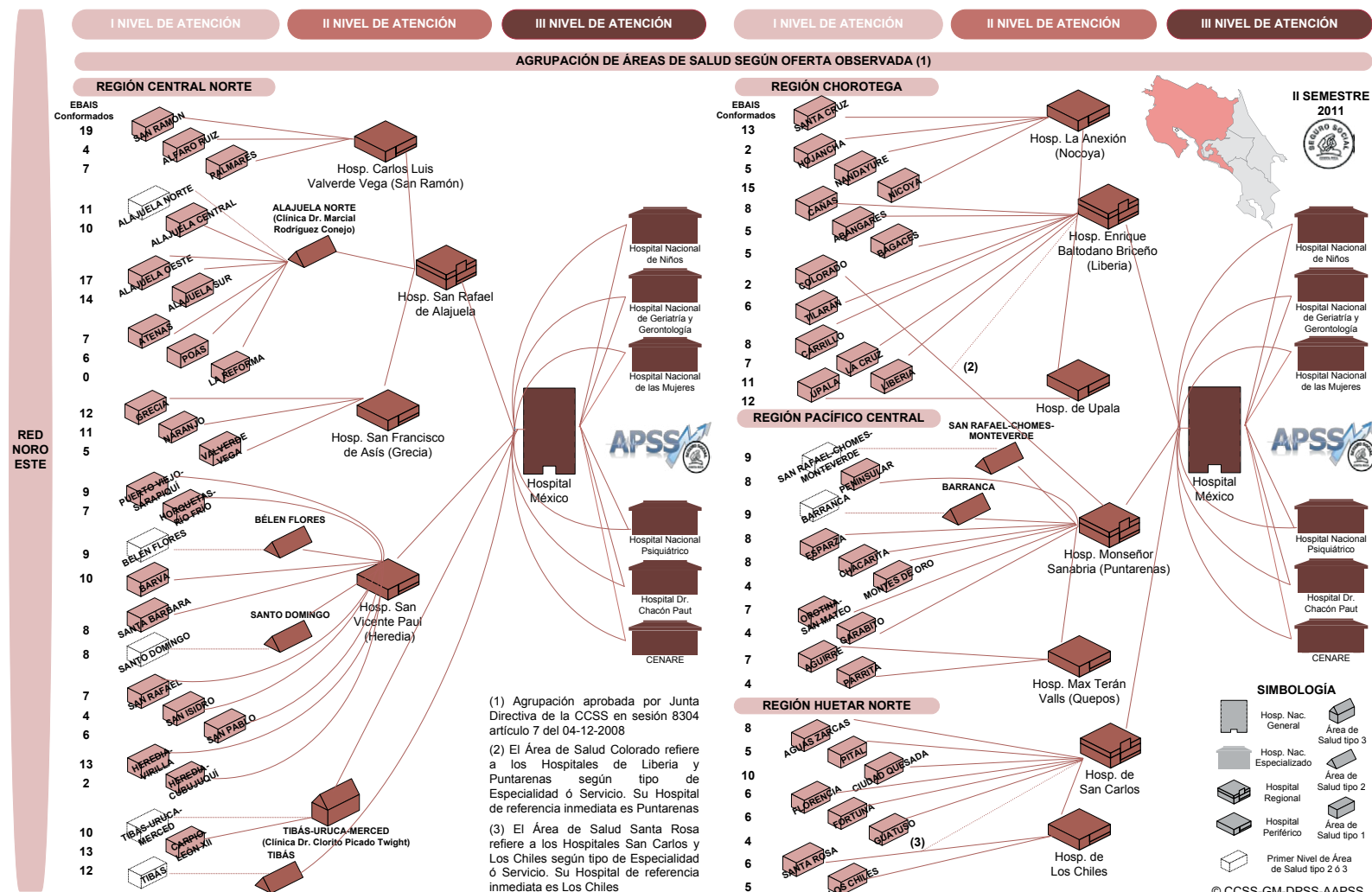
Primer Nivel de Área de Salud tipo 2 ó 3



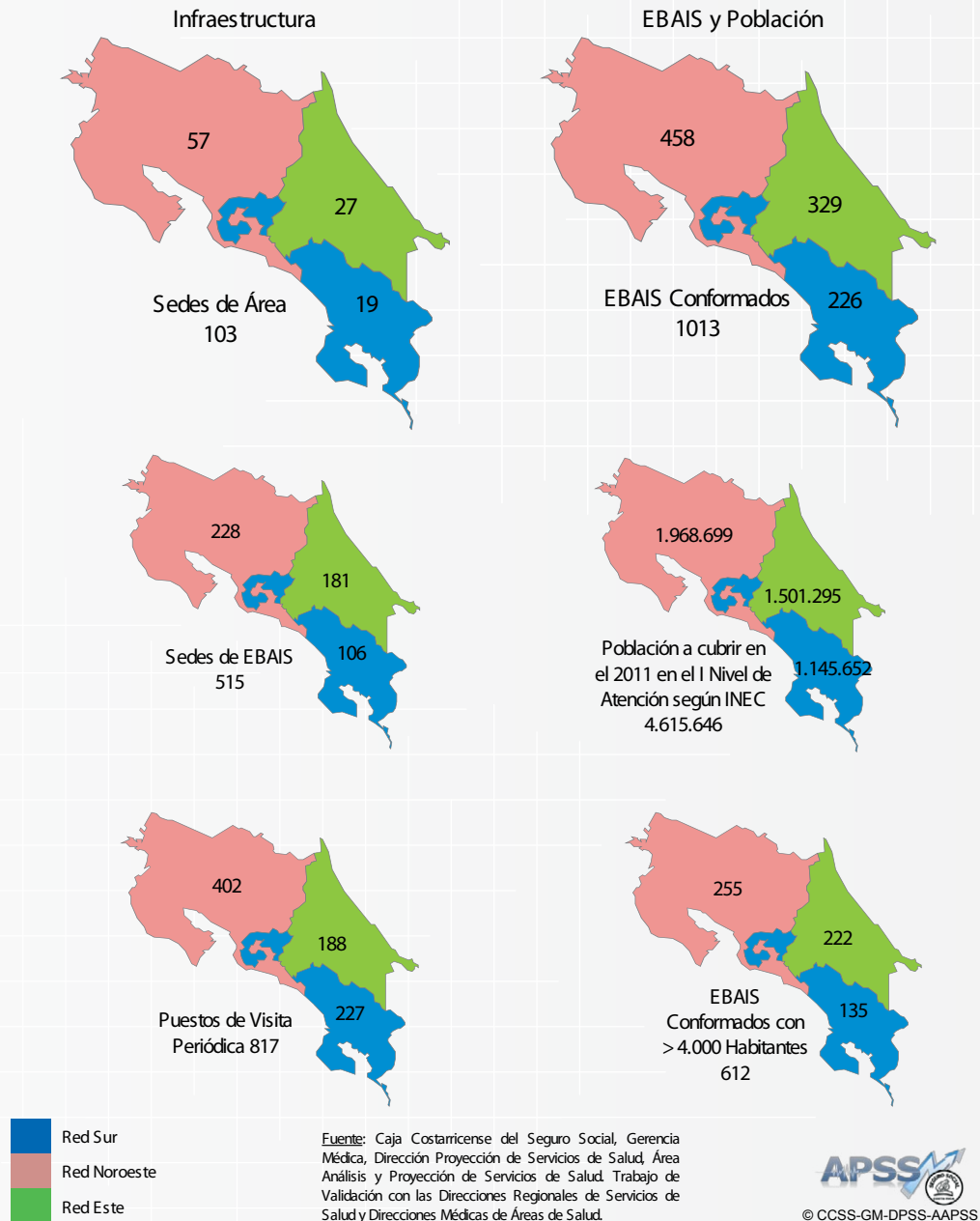
© CCSS-GM-DPSS-AAPSS

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.

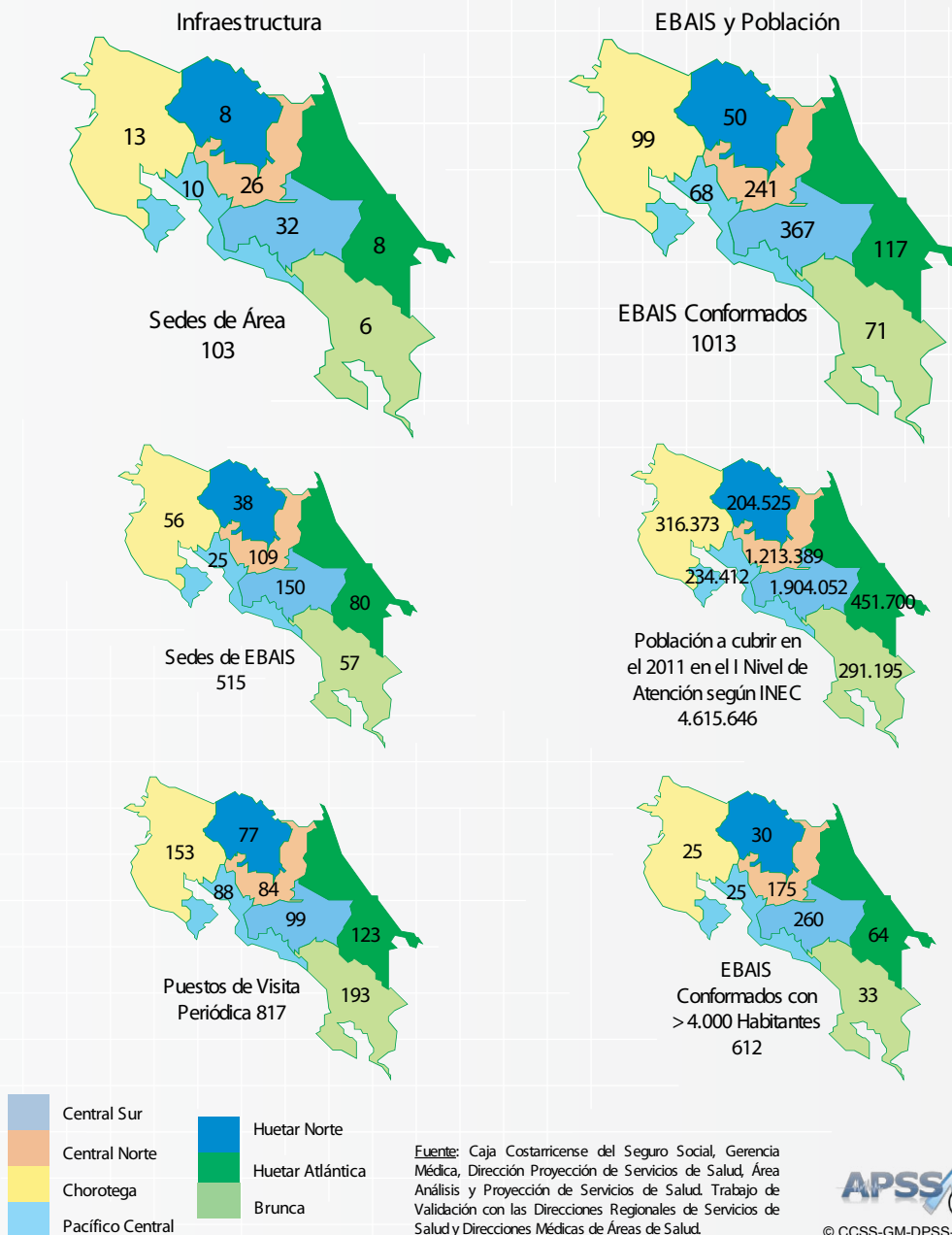
RED NOROESTE. Abarca 57 áreas de salud, todas las de la región Central Norte, Chorotega, Pacífico Central y Huetar Norte. Incluye 458 EBAIS conformados, siete hospitales periféricos y cuatro regionales. Su hospital nacional general es el México.



Resumen Gráfico por Redes Inventario de Áreas de Salud, Sectores, EBAIS, Sedes y Puestos de Visita Periódica en el ámbito nacional con corte al 31 de diciembre del 2011



Resumen Gráfico por Regiones Inventario de Áreas de Salud, Sectores, EBAIS, Sedes y Puestos de Visita Periódica en el ámbito nacional con corte al 31 de diciembre del 2011



Hospitales nacionales, especializados, regionales y periféricos

Hospitales Nacionales

- Hospital San Juan de Dios.
- Hospital México.
- Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.

Especializados

- Hospital Centro Nacional de Rehabilitación (CE-NARE).
- Hospital Nacional Psiquiátrico.
- Hospital de las Mujeres, Dr. Adolfo Carit Eva.
- Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología, Dr. Raúl Blanco Cervantes.
- Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera.
- Hospital Dr. Roberto Chacón Páut.

Región Central Sur

- Hospital Dr. Max Peralta (Hospital regional).
- Hospital William Allen (Hospital periférico).

Región Central Norte

- Hospital San Rafael de Alajuela (Hospital regional).
- Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega (Hospital periférico3).
- Hospital San Vicente de Paul (Hospital periférico 3).
- Hospital San Francisco de Asís (Hospital periférico 2).

Región Huetar Norte

- Hospital San Carlos Hospital regional).
- Hospital Los Chiles (Hospital periférico 1).

Región Chorotega

- Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño (Hospital regional).
- Hospital La Anexión (Hospital periférico 3).
- Hospital Upala (Hospital periférico 1).



Región Pacífico Central

- Hospital Monseñor Sanabria (Hospital regional).
- Hospital Dr. Max Terán Valls (Hospital periférico 1).

Región Brunca

- Hospital Dr. Escalante Pradilla (Hospital regional).
- Hospital Ciudad Neily (Hospital periférico 2).
- Hospital San Vito (Hospital periférico 2).
- Hospital Golfito (Hospital Periférico 1).
- Hospital Dr. Tomás Casas (Hospital periférico 1).

Región Huetar Atlántica

- Hospital Dr. Tony Facio Castro (Hospital regional).
- Hospital de Guápiles (Hospital periférico).

Listado de Sucursales y Agencias

Región Central

- 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

- 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

- Dirección Regional.
- Pérez Zeledón.
- Buenos Aires.
- Palmar .
- Ciudad Neilly.
- San Vito.
- Parrita.
- Quepos.
- Golfito.
- La Cuesta.

Región Huetar Atlántica

- 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

- 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.



Capítulo II

Aspectos generales

Introducción

En este capítulo usted encontrará una visión general relacionada con el incremento de la cobertura contributiva lograda, durante el 2011, en los seguros de Salud y Pensiones así como un detalle del comportamiento del gasto en ambos seguros.

Cobertura

El porcentaje de cobertura contributiva del Seguro de Salud con respecto a la población total para el año 2011 se estima en un 92,5%, con un crecimiento cercano a un punto porcentual con respecto al año 2010, 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: 2010 – 2011 (a junio)**

CONDICIÓN DE ASEGURAMIENTO	2010		2011	
	#	%	#	%
Total	4.562.087	100	4.506.792	100
Directo asalariado	1.075.528	23,6	1.108.807	24,6
Directo cuenta propia	283.814	6,2	318.045	7,1
Directo por convenio	77.588	1,7	71.476	1,6
Cuenta del Estado y Familiares	486.984	10,7	482.227	10,7
Familiar de aseg. directo act.	1.841.065	40,3	1.783.426	39,6
Pensionado IVM	170.257	3,8	179.771	4
Pensionado regímenes especiales	59.942	1,3	59.722	1,3
Pensionado RNC	88.164	1,9	91.000	2
Familiar de pensionado	109.151	2,4	74.309	1,6
No asegurado	369.529	8,1	338.009	7,5

Como se puede desprender del siguiente cuadro, el Seguro de Salud a junio del año 2011, registra 1.498.328 trabajadores, lo cual implica un crecimiento de 4,3% con respecto al año 2010 y representa una cobertura contributiva del 70,0% de la Población Económicamente Activa (PEA). Por otra parte, la cobertura respecto a la PEA asalariada se mantiene cercana al 69%, y en términos absolutos mostró un crecimiento de unos 33 mil trabajadores, explicado por su concentración en el sector asalariado de la empresa privada y el servicio doméstico. Las instituciones autónomas y el gobierno en conjunto incrementaron en un 2,3% su participación.

Asimismo, los trabajadores no asalariados afiliados, mostraron un incremento absoluto de unas 28 mil personas, lo que implica un crecimiento cercano al 12% con respecto al año 2010. La tasa de cobertura de esta PEA no asalariada se ubica cerca del 82%.

**SEGURO DE SALUD PATRONOS, TRABAJADORES Y MASA COTIZANTE
POR AÑO, SEGÚN SECTOR INSTITUCIONAL
JUNIO 2010- 2011**

SECTOR INSTITUCIONAL	PATRONOS		TRABAJADORES		MASA COTIZANTE ¹	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
TOTAL	70.946	74.944	1.436.930	1.498.328	518.447	580.521
ASALARIADOS	70.823	74.833	1.075.528	1.108.807	465.333	517.675
Empresa Privada	60.782	63.853	787.530	813.154	263.828	294.226
Servicio Doméstico	8.857	9.767	11.817	12.985	1.508	1.777
Inst. Autónomas	1.183	1.212	151.167	154.545	116.773	129.196
Gobierno Central	1	1	125.014	128.123	83.224	92.476
NO ASALARIADOS	123	111	361.402	389.521	53.114	62.846
Cuenta Propia	-	-	283.814	318.045	44.060	53.700
Convenios Especiales	123	111	77.588	71.476	9.054	9.146

Fuente: Dirección Actuarial, Departamento de Estadística.

¹ Cifras en millones de colones

En cuanto al Seguro de Pensiones de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el 2011 presenta una cobertura de 1.332.584 trabajadores, lo cual implica un crecimiento cercano al 3,7% respecto al año 2010. Este incremento está explicado por el incremento de 28 mil trabajadores asalariados y cerca de 19 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. En resumen, la cobertura del Seguro de Pensiones respecto a la PEA, mostró un nivel cercano al 62%.

**SEGURO DE PENSIONES PATRONOS, TRABAJADORES Y MASA COTIZANTE
POR AÑO, SEGÚN SECTOR INSTITUCIONAL
JUNIO 2010 - 2011**

SECTOR INSTITUCIONAL	PATRONOS		TRABAJADORES		MASA COTIZANTE 1	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
TOTAL	70.946	74.944	1.436.930	1.498.328	518.447	580.521
ASALARIADOS	70.823	74.833	1.075.528	1.108.807	465.333	517.675
Empresa Privada	60.782	63.853	787.530	813.154	263.828	294.226
Servicio Doméstico	8.857	9.767	11.817	12.985	1.508	1.777
Inst. Autónomas	1.183	1.212	151.167	154.545	116.773	129.196
Gobierno Central	1	1	125.014	128.123	83.224	92.476
NO ASALARIADOS	123	111	361.402	389.521	53.114	62.846
Cuenta Propia	-	-	283.814	318.045	44.060	53.700
Convenios Especiales	123	111	77.588	71.476	9.054	9.146

Fuente: Dirección Actuarial, Departamento de Estadística.

¹ Cifras en millones de colones



Prestaciones en dinero

El rubro de las Prestaciones en Dinero presentó una tasa de incremento en su gasto, de un 14,8 por ciento, que resultó mayor en aproximadamente 4 puntos porcentuales con respecto al año anterior (11,1% en 2010), debido principalmente al pago de los subsidios y servicios externos de salud.

El principal componente de las prestaciones en dinero son los subsidios por enfermedad y maternidad (51,6% del total de prestaciones en dinero), los cuales experimentaron durante el año 2011 un crecimiento significativo de un 16,4%, que incide directamente en la tasa de crecimiento promedio de las prestaciones en dinero.

También se brindan subsidios –montos de menor participación porcentual dentro de estos beneficios– por concepto de riesgos del trabajo y por accidentes de tránsito, a cargo del Instituto Nacional de Seguros. El crecimiento observado en riesgos del trabajo de un 76,6 por ciento, podría deberse algún ajuste, ya que el año anterior se observó un decrecimiento, que no guarda relación con la tendencia de este gasto.

El segundo rubro de importancia, se conforma por la atención externa de servicios de salud. En este rubro se contabilizan los pagos a terceros, mediante el sistema de libre elección médica de cirugías y de otros servicios médicos en el país. Este gasto aumentó levemente, pasando de una tasa de un 11,4% en el 2010 a un 12,1% en el 2011.

El beneficio de traslados y hospedajes creció a una tasa de un 8,2 por ciento, mientras que el de Traslados a cargo de la Cruz Roja creció un 30,0%, significando un aumento de más de 11 puntos porcentuales con respecto al año 2010. En este último rubro, los incrementos se relacionan directamente con la modificación de tarifas que se cobran por estos servicios por parte de la Cruz Roja.

La ayuda económica que se paga a los familiares de pacientes en fase terminal registró un incremento de un 58,4% con respecto al año 2010, pero con una participación relativa muy poco significativa (0,9%) dentro del total. La tasa de crecimiento alta obedece al comportamiento mostrado en los últimos años, como consecuencia de la divulgación que se hace a través de medios publicitarios.

El rubro de accesorios médicos crece sólo un 5%, y el fondo mutual experimentó una disminución, de un 3% con respecto al año 2010.

SEGURO DE SALUD PRESTACIONES EN DINERO AÑOS: 2010 - 2011*
-en millones de colones-

CONCEPTO	IMPORTE SEGÚN AÑO		VARIACIONES	
	2010	2011	Absoluta	Relativa
TOTALES	91.210,60	104.699,30	13.488,70	14,8
Subsidios de Enfermedad	35.995,20	41.420,40	5.425,20	15,1
Subsidios de Maternidad	10.418,60	12.577,50	2.159,00	20,7
Subsidios Riesgos Trabajo empleados CCSS	15	26,5	11,5	76,6
Subsidio Accidentes de Tránsito	1.689,50	2.104,10	414,6	24,5
DESAF Pacientes Fase Terminal 1/	589,7	934,2	344,5	58,4
Traslados y Hospedajes	4.074,70	4.408,00	333,3	8,2
Traslados Cruz Roja	4.364,20	5.675,40	1.311,20	30
Atención Externa Servicios de Salud	29.512,60	32.862,70	3.350,10	11,4
Accesorios Médicos 2/	3.443,30	3.616,10	172,7	5
Fondo Mutual Trabajadores	1.107,70	1.074,30	-33,3	-3

* Cuentas de Pre-balance a diciembre 2011.

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

² Incluye anteojos, prótesis y otros.

FUENTE: Estado de Resultados del Seguro Salud 2010. Pre-balance de Estado de Resultados. 2011.
Dirección Financiero Contable, Subárea Contabilidad Operativa.

Seguro de Salud gastos directos e indirectos y su relación

Al 31 de diciembre de 2011, los gastos totales estimados del Seguro de Salud ascienden a ₡1,167.9 millones de colones. De ellos, el 56,02% corresponde a gastos de hospitalización, 21,14% a consulta externa de hospitales y clínicas mayores y 22,03% a áreas de salud y cooperativas.

Respecto al total de gastos, los directos representan un 85,24% y los indirectos un 14,76%.

**SEGURO DE SALUD GASTOS DIRECTOS E INDIRECTOS Y SU RELACIÓN
AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2011*
(Cifras en miles de colones)**

SERVICIOS	DIRECTOS	INDIRECTOS	TOTALES	%
Hospitalización	571.592.119,78	82.638.028,28	654.230.148,06	56,02%
Consulta Externa	160.448.869,05	86.467.998,84	246.916.867,89	21,14%
Consulta Odontológica	5.935.956,04	1.025.877,11	6.961.833,15	0,60%
Prótesis Dental	218.479,27	46.288,31	264.767,58	0,02%
Medicina Mixta	40.848,68	1.293.186,46	1.334.035,13	0,11%
Medicina de Empresa	-	925.410,83	925.410,83	0,08%
Áreas de Salud **	257.300.323,20	-	257.300.323,20	22,03%
GASTO INSTITUCIONAL	995.536.596,01	172.396.789,83	1.167.933.385,84	100,00%

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

Notas: * Debido a que no se dispone del Sistema de Información Hospitalaria (SIH) a diciembre 2011, se efectúa una proyección a Dic. 2011.

** 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 y del Estado, las cuales ascienden a ¢1,139.399 millones y representan el 82.0% del total de los ingresos. Estas registran un aumento del 60.1% con respecto al año anterior.

El siguiente rubro en importancia lo constituyen productos por servicios médicos, los cuales aumentaron un 24.0% respecto al año 2010, ascendiendo a la suma para el presente año de ¢137.655.0 millones, monto que representan el 9.9% del total de Ingresos.

Dentro de los desembolsos efectuados por la administración para el logro de los objetivos está el pago de salarios, consumo de materiales y suministros, subsidios, aportes y contribuciones para un total general de gastos de ¢1,386.776 millones.

**SEGURO DE SALUD ESTADO DE PRODUCTOS Y GASTOS PERIODO 2011-2010
(MILLONES DE COLONES)**

	AÑOS				VARIACIONES	
	31-12-11		31-12-10		ABSOLUTA	RELATIVA
PRODUCTOS						
Cuotas Particulares	1.115.701	80,3%	996.104	81,8%	119.597	12,0%
Cuotas Estado	23.698	1,7%	15.998	1,3%	7.700	48,1%
Productos Servicios Administrativos	19.502	1,4%	17.477	1,4%	2.025	11,6%
Productos Servicios Médicos	137.655	9,9%	111.031	9,1%	26.624	24,0%
Otros Productos	92.322	6,6%	76.855	6,3%	15.467	20,1%
TOTAL PRODUCTOS	1.388.878		1.217.465		171.413	14,1%
GASTOS						
Servicios Personales	767.873	55,4%	724.308	55,2%	43.565	6,0%
Servicios No Personales	62.254	4,5%	61.237	4,7%	1.017	1,7%
Consumo Materiales y Suministros	202.894	14,6%	174.953	13,3%	27.941	16,0%
Aportes y Contribuciones	165.833	12,0%	154.243	11,8%	11.590	7,5%
Depreciaciones	28.909	2,1%	27.180	2,1%	1.729	6,4%
Subsidio Seguro de Salud	57.063	4,1%	49.224	3,8%	7.839	15,9%
Otras Prestaciones	47.637	3,4%	42.508	3,2%	5.129	12,1%
Becas y Capacitación	1.901	0,1%	2.415	0,2%	-514	-21,3%
Gasto Estimación Cuentas de Dudoso Cobro	13.775	1,0%	53.339	4,1%	-39.564	-74,2%
Otros Gastos	14.131	1,0%	13.457	1,0%	674	5,0%
Ajustes Periodos Anteriores	24.508	1,8%	9.532	0,7%	14.976	157,1%
TOTAL GASTOS	1.386.776		1.312.396		74.380	5,7%
RESUMEN						
Productos Acumulados	1.388.878		1.217.465		171.413	14,1%
Gastos Acumulados	1.386.776		1.312.396		74.380	5,7%
EXCESO PRODUCTOS SOBRE GASTOS	2.102		-94.930		97.033	-102,2%

Fuente: CCSS, Gerencia Financiera. Estado Financiero Seguro de Salud al 31 de diciembre de 2011.

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 2011, además de la comparación con su similar del año 2010, en el cual se denotan las variaciones nominales y relativas entre ambos años.

Dentro del rubro de activos notamos una variación de un 3.7% debido principalmente al crecimiento del rubro Inversión (títulos, bonos, certificados) producto del registro contable del título valor adquirido como pago por parte del Ministerio de Hacienda al convenio suscrito entre dicho Ministerio y la Institución en octubre 2011. Por su parte dentro de los pasivos de este Seguro, los rubros mas importantes corresponde a la cuenta de otros pasivos y cuentas por pagar, dichos conceptos juntos ascienden a la suma de ¢ 202.387.0 millones de colones, representando un (59.3%), del total del pasivo. Seguido de importancia se encuentran las gastos acumulados ascendiendo a la suma de ¢ 88.797 millones de colones. Finalmente las cuentas del patrimonio, reflejan una utilidad de ¢ 2.102.0 millones de colones que representan un 0.2% del total del patrimonio del Seguro de Salud, el resto corresponde al patrimonio neto.

SEGURO DE SALUD ESTADO DE PRODUCTOS Y GASTOS PERIODO 2011-2010 (MILLONES DE COLONES)

	AÑOS				VARIACIONES	
	31-12-11		31-12-10		ABSOLUTA	RELATIVA
ACTIVO						
ACTIVO CORRIENTE						
Caja, Bancos e Inversiones	93.880	7,7%	99.344	8,5%	-5.464	-5,5%
Cuentas por Cobrar Netas	303.646	24,9%	305.613	26,0%	-1.967	-0,6%
Inventarios	84.153	6,9%	74.915	6,4%	9.238	12,3%
Productos Acumulados	2.078	0,2%	740	0,1%	1.338	180,9%
Otros Activos Corrientes	69	0,0%	208	0,0%	-139	-66,8%
ACTIVO NO CORRIENTE						
Propiedad, Planta y Equipo	401.033	32,9%	391.932	33,4%	9.101	2,3%
Deuda Estatal Cuotas e Intereses	261.560	21,5%	262.622	22,3%	-1.062	-0,4%
Inversión (Títulos, Bonos, Certificados)	67.534	5,5%	35.198	3,0%	32.336	91,9%
Otros Desembolsos Financieros	342	0,0%	210	0,0%	132	63,1%
Cuentas y Documentos por Cobrar LP	1.137	0,1%	1.125	0,1%	12	1,1%
Otros Activos	3.003	0,2%	3.189	0,3%	-186	-5,8%
TOTAL ACTIVO	1.218.435		1.175.096		43.338	3,7%

	AÑOS				VARIACIONES	
	31-12-11		31-12-10		ABSOLUTA	RELATIVA
PASIVO						
PASIVO CORRIENTE						
Cuentas por Pagar	100.707	29,5%	85.707	27,1%	15.000	17,5%
Depósitos Custodia Garantía y Otros	7.482	2,2%	13.241	4,2%	-5.759	-43,5%
Otros Pasivos	101.680	29,8%	96.366	30,4%	5.314	5,5%
Gastos Acumulados (Provisiones)	88.797	26,0%	67.816	21,4%	20.981	30,9%
PASIVO NO CORRIENTE.						
Documentos por pagar	40.435	11,9%	52.941	16,7%	-12.506	-23,6%
Cuentas por Pagar	0	0,0%	1	0,0%	-1	-100,0%
Provisión para Contingencias Legales	1.993	0,6%	496	0,2%	1.497	301,8%
TOTAL PASIVO	341.093		316.568		24.525	7,7%
RESERVAS						
Superávit Donado	16.086	1,3%	13.302	1,1%	2.784	20,9%
Reservas	6.989	0,6%	27.592	2,3%	-20.603	-74,7%
Superávit por Revaluación Activos	240.034	19,7%	233.017	19,8%	7.017	3,0%
Excedentes Acumulados	612.130	50,2%	679.549	57,8%	-67.419	-9,9%
Excedentes del Periodo	2.102	0,2%	-94.931	-8,1%	97.033	-102,2%
TOTAL PASIVO Y RESERVAS	1.218.435		1.175.097		43.338	3,7%

Fuente: CCSS, Gerencia Financiera. Estado Financiero Seguro de Salud al 31 de diciembre 2011.

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 otro.

El rubro con mayor participación son las cuotas particulares y del Estado que ascienden a ¢ 490.575.0 millones, representando el 73.5% del total ingresos. Es importante indicar que dicho monto en comparación con el año pasado presenta un incremento del 112.4%.

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 ¢ 416.768.0 millones representando el 82.2% 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 ¢59.430.0 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.

SEGURO DE PENSIONES ESTADO DE PRODUCTOS Y GASTOS PERIODO 2011-2010 (MILLONES DE COLONES)

	AÑOS				VARIACIONES	
	31-12-11		31-12-10		ABSOLUTA	RELATIVA
PRODUCTOS						
Cuotas Particulares	462.583	69,3%	411.025	69,5%	51.558	12,5%
Cuotas Estado	27.991	4,2%	14.000	2,4%	13.991	99,9%
Productos Servicios Administrativos	1.952	0,3%	1.865	0,3%	87	4,7%
Productos Servicios Médicos	19.548	2,9%	9.320	1,6%	10.228	109,7%
Productos por Intereses	110.510	16,5%	110.408	18,7%	102	0,1%
Otros Productos	45.231	6,8%	44.907	7,6%	324	0,7%
					0	
TOTAL PRODUCTOS	667.816		591.525		76.291	12,9%



	AÑOS				VARIACIONES	
	31-12-11		31-12-10		ABSOLUTA	RELATIVA
GASTOS						
Servicios Personales	5.389	1,1%	4.840	1,0%	549	11,3%
Servicios No Personales	6.929	1,4%	15.862	3,4%	-8.933	-56,3%
Consumo Materiales y Suministros	94	0,0%	117	0,0%	-23	-19,8%
Pensiones e Indemnizaciones	416.768	82,2%	363.374	78,8%	53.394	14,7%
Administración y Atención Médica	59.430	11,7%	53.002	11,5%	6.428	12,1%
Depreciaciones	448	0,1%	405	0,1%	43	10,5%
Otros Gastos	18.158	3,6%	23.571	5,1%	-5.413	-23,0%
TOTAL GASTOS	507.216		461.171		46.045	10,0%
RESUMEN						
Productos Acumulados	667.816		591.525		76.291	12,9%
Gastos Acumulados	507.216		461.171		46.045	10,0%
EXCESO PRODUCTOS SOBRE GASTOS	160.600		130.355		30.246	23,2%

Fuente: CCSS, Gerencia Financiera. Estado Financiero Seguro Pensiones al 31 de diciembre de 2011.

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 2011, donde se visualizan las diferentes variaciones generadas por las cuentas que conforman el activo, pasivo y capital de los periodos que finalizan a diciembre 2011 y 2010, respectivamente.

Dentro del rubro de activos notamos un incremento del 10.9%, el cual representa un aumento de ¢ 161.274 millones con relación al año anterior, el cual se debe principalmente al incremento en las Inversiones en bonos largo plazo, las cuales representan un 77.4% del total del activo. Conformadas principalmente por los títulos a la propiedad largo plazo y revaluación títulos unidades de desarrollo (TUDES).

Entre los pasivos del Seguro de Pensiones, el rubro más importante corresponde a las cuentas por pagar, que representa un (55.4%), del total del pasivo, conformadas principalmente por las cuentas por pagar al sem, asimismo los depósitos custodia garantía y otros (38.6%) producto de sumas de dinero recibidas en calidad de depósito, siendo el rubro mas importante de sumas recibidas como primas por ventas de propiedades adjudicadas por remate.

Finalmente las cuentas del patrimonio, reflejan un superávit de ¢ 160.600.0 millones, representando un 9.8% del total patrimonio del seguro de pensiones, el resto corresponde al patrimonio neto por reservas.

**SEGURO DE PENSIONES BALANCE DE SITUACIÓN COMPARATIVO PERIODO 2011-2010
(MILLONES DE COLONES)**

	AÑOS				VARIACIONES	
	31-12-11		31-12-10		ABSOLUTA	RELATIVA
ACTIVO						
ACTIVO CORRIENTE						
Caja, Bancos e Inversiones	107.655	6,6%	100.994	6,9%	6.661	6,6%
Cuentas por Cobrar Netas	123.841	7,6%	104.289	7,1%	19.552	18,7%
Productos Acumulados	21.991	1,3%	23.530	1,6%	-1.539	-6,5%
Otros Activos Corrientes	0	0,0%	1	0,0%	-1	-100,0%
ACTIVO NO CORRIENTE						
Propiedad, Plante y Equipo	11.953	0,7%	11.910	0,8%	43	0,4%
Deuda Estatal Cuotas e Intereses	48.323	3,0%	32.963	2,2%	15.360	46,6%
Inversión (Títulos, Bonos, Certificados)	1.265.022	77,4%	1.143.839	77,7%	121.183	10,6%
Otros Desembolsos Financieros	978	0,1%	602	0,0%	376	62,5%
Cuentas y Documentos por Cobrar LP	53.520	3,3%	51.022	3,5%	2.498	4,9%
Otros Activos	991	0,1%	3.849	0,3%	-2.858	-74,3%
TOTAL ACTIVO	1.634.273		1.472.999		161.274	10,9%

	AÑOS				VARIACIONES	
	31-12-11		31-12-10		ABSOLUTA	RELATIVA
PASIVO						
PASIVO CORRIENTE						
Cuentas por Pagar	5.116	55,4%	3.247	35,3%	1.869	57,6%
Depósitos Custodia Garantía y Otros	3.561	38,6%	4.073	44,3%	-512	-12,6%
Otros Pasivos	549	5,9%	753	8,2%	-204	-27,1%
Gastos Acumulados (Provisiones)	3	0,0%	1.115	12,1%	-1.112	-99,7%
PASIVO NO CORRIENTE.						
Documentos por pagar largo plazo	0	0	0	0	0	0,0%
TOTAL PASIVO	9.229		9.188		41	0,4%
RESERVAS						
Reserva Pensiones Curso de Pago	1.447.614	88,6%	1.315.287	89,3%	132.327	10,1%
Reserva para Pensiones y Beneficio Futuro	16.830	1,0%	17.261	1,2%	-431	-2,5%
Otras Reservas	0	0,0%	907	0,1%	-907	-100,0%
Excedentes Acumulados	160.600	9,8%	130.355	8,8%	30.245	23,2%
TOTAL PASIVO Y RESERVAS	1.634.273		1.472.998		161.275	10,9%

Fuente: CCSS, Gerencia Financiera. Estado Financiero Seguro de Pensiones al 31 de diciembre 2011.

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 ¢ 113.986,5 millones y los gastos son de ¢ 102.933.3 millones, dando como resultado un crecimiento de productos sobre gastos de ¢11.053.2 millones, los cuales representan una variación de -11.3% respecto de su similar del año 2010.

**RÉGIMEN NO CONTRIBUTIVO DE PENSIONES ESTADO DE INGRESOS
Y GASTOS COMPARATIVO (PRELIMINAR) PERIODO 2010-2011
(CIFRAS EN MILES DE COLONES)**

CONCEPTO	2011	PART.%	2010	PART.%	ABSOLUTA	PORCENTUAL
INGRESOS						
Planillas Seguro Social	21.234.685	18,63%	22.155.938	21,74%	(921.253)	-4,16%
Impuesto de Ventas	18.007.572	15,80%	20.895.743	20,51%	(2.888.171)	-13,82%
Superávit Fodesaf	727.957	0,64%	833.727	0,82%	(105.770)	-12,69%
Reintegro Unidades Ejecutoras	317.485	0,28%	9.055	0,01%	308.430	3406,33%
Cigarros y Licores Ley 7972	3.067.500	2,69%	2.850.600	2,80%	216.900	7,61%
Lotería Electrónica Ley 7395	149	0,00%	506	0,00%	(357)	-70,56%
Ley Protección Trabajador # 7983 Art.# 77 .	4.077.000	3,58%	4.077.700	4,00%	(700)	-0,02%
Ingreso Artículo 612 Código Trabajo	-	0,00%	70.827	0,07%	(70.827)	100,00%
Transf. J.P.S. Art.# 8 Ley # 8718	2.846.156	2,50%	3.616.491	3,55%	(770.335)	-21,30%
Recargo Planillas Patronos Morosos	266.458	0,23%	734.840	0,72%	(468.382)	100,00%
Otros Ingresos del Período	-	0,00%	263	0,00%	(263)	-100,00%
Otros Ingresos DESAF	-	0,00%	14.578	0,01%	(14.578)	100,00%
Ingreso Estimación por Incobrable	10.826.691	9,50%	-	0,00%	10.826.691	100,00%
Intereses Ganados Cuenta Corriente Fodesaf	185	0,00%	575	0,00%	(390)	-67,83%
Intereses ganados Inversiones a la Vista	370.849	0,33%	384.029	0,38%	(13.180)	-3,43%
Transf. Ley Protec.Trabajador Art. 87.	52.219.100	45,81%	46.219.100	45,36%	6.000.000	12,98%
Intereses Cuenta Bancaria 45015-5	24.763	0,02%	32.047	0,03%	(7.284)	-22,73%
TOTAL DE INGRESOS	113.986.550	100,00%	101.896.018	100,00%	12.090.532	11,87%



CONCEPTO	2011	PART.%	2010	PART.%	ABSOLUTA	PORCENTUAL
GASTOS						
Pensiones Régimen No Contributivo	74.892.256	72,76%	71.952.828	80,45%	2.939.428	4,09%
Pensiones Parálisis Cerebral Profunda	6.526.119	6,34%	5.697.408	6,37%	828.711	14,55%
Servicios Médico	11.172.411	10,85%	10.700.090	11,96%	472.321	4,41%
Servicios Administrativos SEM	1.424.800	1,38%	1.250.500	1,40%	174.300	13,94%
Servicio Administrativos IVM	1.935.600	1,88%	1.850.000	2,07%	85.600	100,00%
Décimo Tercer Mes R.N.C.P.	6.297.155	6,12%	6.154.525	6,88%	142.630	2,32%
Décimo Tercer Mes P.C.P.	522.529	0,51%	486.575	0,54%	35.954	7,39%
Gastos Estimación Incobrables	-	0,00%	(8.825.325)	-9,87%	8.825.325	-100,00%
Interes por Servicios Médicos	132.678	0,13%	149.270	0,17%	(16.592)	-11,12%
Intereses por Servicios Administrativos	29.779	0,03%	19.406	0,02%	10.373	53,46%
Otros Ajustes Períodos Anteriores	0,00	0,00%	0,00	0,00%	-	0,00%
TOTAL DE GASTOS	102.933.327	100,00%	89.435.277	100,00%	13.498.050	15,09%
EXCESO NETO INGRESOS/GASTOS	11.053.223	-	12.460.742	-	(1.407.519)	11,30%

Fuente: Gerencia Financiera.

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

Para el año 2011, los pensionados directos del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, son los que poseen mayor porcentaje de casos tramitados (32.5%) y los que a su vez, absorben la mayor proporción de las sumas pagadas (34,0%), seguido por los pensionados directos del Régimen No Contributivo de Pensiones por Monto Básico, con porcentajes que alcanzan el 28.9% de casos y en monto un 30.3%; respectivamente.

FONDO NACIONAL DE MUTUALIDAD
CUADRO COMPARATIVO AÑOS 2010-2011
CASOS TRAMITADOS Y PAGOS EFECTUADOS, SEGÚN TIPO ASEGURAMIENTO A NIVEL NACIONAL

TIPO ASEGURADO	2010			TIPO ASEGURADO	2011		
	CASOS	TOTAL PAGADO	% Casos por tipo		CASOS	TOTAL PAGADO	% Casos por tipo
TOTAL	12.545	1.129.421.859	100,00%	TOTAL	11.468	1.037.763.118	100,00%
ASALARIADOS				ASALARIADOS			
Directos	1.541	146.138.951	12,28%	Directos	1.377	130.623.000	12,01%
Cónyugues/ Compañero (a)	394	24.889.686	3,14%	Cónyugues/ Compañero (a)	298	18.873.323	2,60%
PENSIONADOS IVM				PENSIONADOS IVM			
Directos	4.016	379.910.190	32,01%	Directos	3.729	352.935.273	32,52%
Cónyugues/ Compañero (a)	410	25.856.319	3,27%	Cónyugues/ Compañero (a)	370	23.432.988	3,23%
Viudas	739	46.784.975	5,89%	Viudas	620	39.263.313	5,41%
CUENTA PROPIA				CUENTA PROPIA			
Directos	405	38.475.000	3,23%	Directos	402	38.150.000	3,51%
Cónyugues/ Compañero (a)	85	5.383.331	0,68%	Cónyugues/ Compañero (a)	76	4.812.998	0,66%
RÉGIMEN NO CONTRIBUTIVO				REGIMEN NO CONTRIBUTIVO			
Directos	3.512	332.045.044	28,00%	Directos	3.318	314.329.896	28,93%
Cónyugues/ Compañero (a)	96	6.079.997	0,77%	Cónyugues/ Compañero (a)	86	5.446.664	0,75%
PENSIONADOS DE GOBIERNO				PENSIONADOS DE GOBIERNO			
Directos	787	74.635.037	6,27%	Directos	696	65.996.000	6,07%
Cónyugues/ Compañero (a)	78	4.939.997	0,62%	Cónyugues/ Compañero (a)	55	3.483.332	0,48%
ASEGURADOS DEL ESTADO				ASEGURADOS DEL ESTADO			
Directos	436	41.370.000	3,48%	Directos	401	37.883.000	3,50%
Cónyugues/ Compañero (a)	46	2.913.332	0,37%	Cónyugues/ Compañero (a)	40	2.533.332	0,35%

Fuente: Sub-Área Asesoría Prestaciones en Dinero.

Ejecución presupuestaria: Seguro de Salud, Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) y Régimen No Contributivo (RNC)

Los ingresos recibidos al 31 de diciembre del 2011, incluyendo la diferencia ingresos-egresos de periodos anteriores fueron de ¢1,310,862.8 millones en el Seguro de Salud, ¢737,249.5 millones en el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y ¢ 110.217.2 millones en el Régimen No Contributivo, para un total de general de ¢2,158.329.5 millones.

Durante el periodo 2011 se recibe pago realizado por el gobierno central por medio de títulos valores, como parte del Convenio suscrito entre el Ministerio de Hacienda y la CCSS en octubre 2011.

En cuanto a los egresos, en el Seguro de Salud sumaron ¢1,280,166.7 millones, mientras que en el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte alcanzaron ¢629,594.3 millones y en el Régimen No Contributivo de Pensiones fueron de ¢102.371.4 millones de colones, para un total de ¢2,012.132.4 millones.

La diferencia ingresos – egresos acumulada al 31 de diciembre del 2011, fue de ¢30.696.1 millones en el Seguro de Salud, ¢ 107,655.2 millones en el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y ¢7.845.8 millones en el Régimen No Contributivo de Pensiones, dando como resultado total la cifra de ¢146.197.1 millones.

EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA SEGURO DE SALUD, RÉGIMEN DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE RÉGIMEN NO CONTRIBUTIVO DE PENSIONES AL 31 DE DICIEMBRE DE 2011 (EN MILLONES DE COLONES)

DETALLE	SALUD	IVM	RNC	TOTAL
Ingresos	1.310.862,8	737.249,5	110.217,2	2.158.329,5
Ingresos Corrientes	1.268.820,7	593.922,3	103.191,4	1.965.934,4
Contribuciones Sociales	1.047.201,1	449.759,5	-	1.496.960,6
Ingresos No Tributarios	49.556,3	115.830,8	395,6	165.782,7
Transferencias Corrientes	172.063,3	28.332,0	102.795,8	303.191,1
Ingresos de Capital	3.609,2	42.333,7	-	45.942,9
Ingresos Financiamiento	38.433,0	100.993,5	7.025,7	146.452,2

DETALLE	SALUD	IVM	RNC	TOTAL
Egresos	1.280.166,7	629.594,3	102.371,4	2.012.132,4
Remuneraciones	858.259,1	6.255,5	-	864.514,6
Servicios	102.590,5	14.177,6	3.305,4	120.073,5
Materiales y Suministros	196.027,5	93,8	-	196.121,3
Intereses y Comisiones	2.025,6	5.412,8	-	7.438,4
Activos Financieros	33,9	136.387,1	-	136.421,0
Bienes Duraderos	26.968,8	115,8	-	27.084,6
Transferencias Corrientes	86.959,0	467.151,7	99.066,0	653.176,7
Amortización	7.302,3	-	-	7.302,3
Diferencia	30.696,1	107.655,2	7.845,8	146.197,1

Fuente: Informe de liquidación presupuestaria a diciembre del 2011, Seguro de Salud, IVM y RNC.

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 en 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.

Hospitalización

El cuadro 1 presenta el panorama general en el área de hospitalización por Red de Servicios y centro de salud. En el año 2011 se atendieron un total de 330.655 egresos hospitalarios, representando esto una disminución de 1.306 egresos respecto al 2010, donde se atendieron 329.349 egresos, esta reducción se debe a una mayor



capacidad resolutive en el área de consulta externa y a un incremento de la oferta de especialistas tanto en las áreas de salud como hospitales de segundo nivel de atención. Esta situación es consecuente con los datos que se observan en la razón de egresos por habitante, que de igual manera está disminuyendo. En términos de estancia media, pasó de 6,47 a 6,20 días del 2010 al 2011, esta disminución se ve afectada por la cantidad de egresos de pacientes del hospital Chacón Paut; sin embargo en términos generales igualmente se observa una disminución por establecimientos lo que podría evidenciar que se están resolviendo más casos por medio de la cirugía vespertina y la cirugía mayor ambulatoria.

En el 2011, se contó con un total de 5.636 camas, de las cuales el 35% están concentradas en la Red Noroeste, y por consiguiente, el 44% de los egresos hospitalarios también se encuentran en esta red, con una estancia promedio de 5,08 días.

Los hospitales de tercer nivel, cabezas de red, son los que presentan una mayor cantidad de egresos hospitalarios, el hospital Rafael A. Calderón Guardia con 31.159 (9,4%), el hospital San Juan de Dios con 32.164 (9,7%) y el hospital México con 27.642 (8,4%) egresos; además son los que alcanzan los porcentajes más altos de intervenciones quirúrgicas, con porcentajes que oscilan entre 58% y 63% de intervenciones respecto a los egresos totales.

Los hospitales psiquiátricos y geriátrico son los que tienen menos egresos al año acompañados de las estancias medias más altas del país. Estos hospitales tienen solamente el 1,9% del total de los egresos, con estancias medias que van desde 18,49 días en el hospital de Nacional Geriatria y Gerontología (Raúl Blanco Cervantes), 57,23 días en el hospital Psiquiátrico (Manuel Chapuí) y 81,10 días en hospital Roberto Chacón Paut.

En cuanto a la mortalidad hospitalaria, por cada 100 hospitalizaciones dos finalizaron con el fallecimiento del paciente, en términos relativos esta mortalidad se concentra en el hospital Raúl Blanco Cervantes, donde fallecieron 13 pacientes por cada 100 hospitalizaciones; en el resto de los hospitales se nota una diferencia en los de tercer nivel y en algunos regionales, lo que se explica por la complejidad de los pacientes que son remitidos a estos centros de mayor nivel dentro de la red.

El índice de ocupación hospitalaria, a nivel de país alcanzó el 84%, un valor cercano al recomendado internacionalmente, los hospitales Rafael A. Calderón Guardia, Max Peralta Jiménez y Enrique Baltodano Briceño presentan índices de ocupación superiores al 95%, valores no recomendados ya que tal saturación no les da oportunidad de atender posibles eventualidades en las que se requiera hospitalizar una cantidad importante de personas en un momento dado. Otros hospitales como el Centro Nacional de Rehabilitación, hospital Golfito, Tomás Casas, Los Chiles y Max Terán Valls se presentan los índices más bajos, en el orden de 70% o menos.

CUADRO N° 1
CAMAS, EGRESOS, ESTANCIA PROMEDIO, PORCENTAJES:
OCUPACIÓN, MORTALIDAD E INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, SEGÚN RED
DE SERVICIOS Y CENTRO DE SALUD, CCSS, 2011

Red de servicios y Centro de Salud	Camas	Egresos	Estancia Promedio1	Porcentaje de		
				Ocupación	Mortalidad	Intervención Quirúrgica
Total	5.636	330.655	6,20	84,15	2,19	50,80
Serv. Nacionales Especializados	1.519	38.416	13,03	74,99	1,59	52,16
H. Carlos Sáenz Herrera (Niños)	314	14.504	6,68	72,46	1,51	46,35
H. de Las Mujeres (Adolfo Carit)	107	11.478	2,77	74,32	0,44	73,73
H. Psiquiátrico (Manuel Chapui)	674	3.477	57,23	73,98	0,43	4,11
Centro Nac. de Rehabilitación	88	2.441	10,65	57,15	-	43,55
H. Raul Blanco Cervantes	140	2.442	18,49	83,32	13,14	10,16
H. Roberto Chacón Paut	196	421	81,10	84,97	0,24	-
Clínica Oftalmológica	-	3.653	-	-	-	93,05
Red Este	1.088	86.470	5,01	92,39	2,16	50,50
H. Rafael A. Calderón Guardia	414	31.159	6,24	99,60	2,77	63,01
A.S. Coronado	-	823	-	-	-	98,42
H. Max Peralta Jiménez	250	20.156	5,20	99,37	2,46	57,62
H. William Allen	99	6.752	3,96	71,01	1,66	34,14
H. Tony Facio Castro	196	15.472	4,25	84,94	1,51	26,31
H. Guápiles	129	12.045	3,58	83,48	1,34	43,44
Otros centros	-	63	1,00	-	-	9,52
Red Sur	1.074	60.577	6,39	86,68	2,84	48,96
H. San Juan de Dios	654	32.164	7,94	89,72	3,92	58,93
H. Fernando Escalante Pradilla	210	14.813	5,30	95,15	2,33	41,78
H. Ciudad Neilly	52	4.260	3,68	73,17	0,61	33,76
H. San Vito de Coto Brus	33	2.837	3,86	82,97	1,09	30,24
H. Golfito	75	3.990	4,84	65,71	0,75	35,14
H. Tomás Casas Casajús	50	2.492	4,54	59,34	1,12	32,70
Otros centros	-	21	1,00	-	-	19,05



Red de servicios y Centro de Salud	Camas	Egresos	Estancia Promedio ¹	Porcentaje de		
				Ocupación	Mortalidad	Intervención Quirúrgica
Red NorOeste	1.956	145.192	5,08	85,29	2,09	51,39
H. México	512	27.642	7,22	83,70	3,25	62,26
A.S. Tibás (Rodrigo Fournier)	-	471	-	-	-	99,36
A.S. Tibás-Uruca-Merced (Clorito P.)	-	654	-	-	-	-
H. San Vicente de Paúl	218	18.949	4,52	90,44	2,18	52,96
H. San Rafael de Alajuela	280	20.110	5,78	91,64	1,90	50,60
H. San Francisco de Asís	90	6.759	4,03	72,32	1,23	50,48
H. Carlos Luis Valverde Vega	100	8.934	3,85	75,34	2,03	54,57
H. San Carlos	158	15.116	3,82	85,25	1,15	54,88
H. Los Chiles	27	1.789	3,42	55,96	-	39,74
H. Monseñor Sanabria	218	15.356	5,05	86,35	2,25	36,54
H. Max Terán Valls	53	3.589	3,98	70,14	1,28	27,31
H. Enrique Baltodano Briceño	168	15.460	4,81	96,77	1,93	50,50
H. La Anexión	105	8.498	4,32	83,42	2,32	42,86
H. Upala	27	1.788	4,12	74,77	0,39	40,49
Otros centros	-	77	1,00	-	-	80,52

1/ No incluye Cirugía Mayor Ambulatoria ni la Cirugía Vespertina

Nota: Datos preliminares, sujetos a cambios por revisiones.

Fuente: CCSS, Área de Estadística en Salud.

Consulta Externa

En el cuadro 2, se observa la distribución de la consulta médica en medicina general y en especialidades para el año 2011. La proporción de consultas médicas y especializadas se mantiene similar a las presentadas en años anteriores, 74% consultas de medicina general y 26% especializada.

Para el año 2011, se observa un pequeño decrecimiento en el número de consultas respecto al 2010, aunque se debe tener en cuenta que por problemas con el sistema de información el Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia no ha podido cuantificar la consulta de cinco meses, y de manera similar el área de Salud Goicoechea 1, presentó

problemas con la información de todo el año; considerando una proyección de las posibles consultas para los datos faltantes de estos centros, se obtiene que en la consulta de medicina general se presentó una disminución de aproximadamente un 0.7% respecto al año anterior, situación que no se presentaba en los últimos 5 cinco años, y que puede ser consecuencia de los días de huelga que se dieron durante el año 2011. Por otra parte, en la consulta de medicina especializada se estima que se dio un crecimiento del 1,5% respecto al año 2010, el mismo es menor al crecimiento experimentado en el año 2010 (del 4.5%), pero continúa la tendencia de crecimiento en la cantidad de consultas especializadas que se ha presentado en los últimos cuatro años.

En cuanto a las consultas que se dieron en promedio por usuario (concentración) durante el 2011, como se observa en el cuadro 2, la más alta se presenta en medicina general con 3,02 consultas por persona al año, este indicador presenta una tendencia leve al crecimiento en el tiempo; en medicina especializada se presentaron 1,82 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 4, como en especializada donde se presentaron en promedio más de 2,2 consultas por usuario, lo que representa que en estos hospitales nacionales y centros especializados, en ambos tipos de consulta, se brinda una atención más a cada consultante que en el resto de centros de las regiones del país. Este es un resultado que cabe esperar a la luz de que estos hospitales reciben casos de todo el país por referencia dentro del funcionamiento normal de la red de servicios. O porque los casos atendidos son más complejos y requieren un mayor número de consultas de seguimiento al año.

CUADRO N° 2
CONSULTA MÉDICA , MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIDADES, TOTAL, PRIMERA VEZ Y CONSULTA
POR USUARIO, SEGÚN REGIÓN, CCSS., AÑO 2011

Región	Consulta Médica	Medicina General			Especialidades		
		Total	Primera Vez	Consulta p/ Usuario	Total	Primera Vez	Consulta p/Usuario
Total	9.911.078	7.346.050	2.435.250	3,02	2.565.028	1.406.127	1,82
Hospitales Nacionales y Centros especializados	1.079.493	56.166	13.542	4,15	1.023.327	457.813	2,24
Central Norte	2.428.083	1.902.846	604.865	3,15	525.237	338.249	1,55
Central Sur	3.172.576	2.708.696	911.598	2,97	463.880	295.108	1,57
Huetar Norte	423.206	352.418	127.622	2,76	70.788	42.469	1,67

Región	Consulta Médica	Medicina General			Especialidades		
		Total	Primera Vez	Consulta p/ Usuario	Total	Primera Vez	Consulta p/Usuario
Chorotega	711.924	566.997	183.752	3,09	144.927	73.540	1,97
Pacífico Central	610.558	512.567	178.798	2,87	97.991	56.180	1,74
Huetar Atlántica	852.808	735.965	229.678	3,20	116.843	69.876	1,67
Brunca	632.430	510.395	185.395	2,75	122.035	72.892	1,67

Nota: El presente cuadro no contiene información del A.S. de Moravia para los meses de enero a marzo del 2011, en el H. Calderón Guardia los datos de abril a agosto del 2011 y el A.S. de Goicochea 1 no envió la información para ningún mes del 2011 por lo que tampoco pudieron ser incluidos.

FUENTE: CCSS, Área de Estadística en Salud.

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 1013 EBAIS con que cuenta la institución en todo el territorio nacional.

Atenciones de urgencias

El total de atenciones en el año 2011 presenta una disminución del 6% respecto a las atenciones brindadas en el 2010, comportamiento que no se presentaba en los últimos 12 años. En este caso, se debe tener en cuenta que en el año 2010 se había presentado el mayor aumento respecto al año anterior registrado en los últimos diez años (un 13%), tendencia que no es conveniente que se mantenga por la saturación de este servicio, se debe tener presente que la prestación en el servicio de urgencias es muy importante por sus características de oportunidad para los usuarios, en la atención de eventualidades en la condición de salud las personas.

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

Llama la atención el porcentaje de atenciones que requieren observación en las regiones Huetar Atlántica, Chorotega y Huetar Norte (43%, 41% y 31% respectivamente), estos porcentaje son muy superiores a los presentados en las otras regiones del país, donde se mantiene alrededor de 20%.

CUADRO N° 3
TOTAL ATENCIONES DE URGENCIAS, TIPO DE URGENCIAS, PORCENTAJES EN OBSERVACIÓN Y NO
URGENCIAS, SEGÚN REGIÓN, CCSS., AÑO 2011

Región	Total Atenciones	Urgencias								% En Observación	% No Urgencias
		Tipo de Urgencias									
		Total	Medicina	Cirugía	Ginecología	Obstetricia	Pediatría	Psiquiatría	Odontológicas		
Total	5.331.878	2.137.767	1.095.698	413.400	54.177	145.338	400.702	27.157	1.295	25,42	59,9
Hospitales Nacionales y Centros especializados	533.514	423.659	97.195	151.622	10.959	42.612	104.430	16.841	0	19,29	20,6
Central Norte	1.126.671	417.059	242.274	67.390	9.915	26.829	67.994	2.580	77	22,28	63,0
Central Sur	1.290.040	441.372	256.299	68.511	14.151	20.122	79.988	2.142	159	22,75	65,8
Huetar Norte	272.233	112.140	58.109	18.027	778	10.294	24.504	417	11	30,71	58,8
Chorotega	622.373	231.050	157.300	21.996	3.663	12.148	34.758	998	187	41,01	62,9
Pacífico Central	386.925	117.788	58.244	29.115	1.848	8.940	18.654	892	95	15,33	69,6
Huetar Atlántica	606.061	192.005	112.924	23.666	6.640	13.332	33.956	1.487	0	43,09	68,3
Brunca	494.061	202.694	113.353	33.073	6.223	11.061	36.418	1.800	766	18,89	59,0

Nota: No se incluyen las atenciones brindadas en el A.S. Heredia Cubujuquí y A.S. Colorado durante el mes de diciembre del 2011, dado que no reportaron a tiempo esta información.

FUENTE: CCSS, Área de Estadística de Salud.

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.

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 2011.

Tipo de Centro	Consultas				Atenciones de Urgencias 3	Razón de Consultas por Atención Urgencias
	Total	Médica 1	Otro Profesional 1	Odontología 2		
Totales	12.793.537	9.911.078	602.202	2.280.257	5.331.878	2,4
Hospitales	2.892.794	2.276.854	340.740	275.200	2.428.184	1,2
Clínica	74.593	57.629	14.105	2.859	9.261	8,1
Áreas de Salud	9.826.150	7.576.595	247.357	2.002.198	2.894.433	3,4
Porcentaje	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-
Hospitales	22,6	23,0	56,6	12,1	45,5	-
Clínica	0,6	0,6	2,3	0,1	0,2	-
Áreas de Salud	76,8	76,4	41,1	87,8	54,3	-

1/ No contiene información del A.S. de Moravia para los meses de enero a marzo del 2011, en el H. Calderón Guardia los datos de abril a agosto del 2011 y el A.S. de Goicochea 1 no envió la información para ningún mes del 2011 por lo que tampoco pudieron ser incluidos.

2/ No se incluyen las atenciones brindadas en el A.S. La Cruz y A.S. Colorado durante el mes de diciembre del 2011, dado que no reportaron a tiempo esta información.

3/ No se incluyen las atenciones brindadas en el A.S. Heredia Cubujuquí y A.S. Colorado durante el mes de diciembre del 2011, dado que no reportaron a tiempo esta información.

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%, y en los últimos tres años se ha mantenido en 60%, como se aprecia en el gráfico 1. Esta situación puede ser el reflejo de una saturación en los servicios de consulta externa o una necesidad de horarios más diversificados en este servicio, así como un desconocimiento de la población de la verdadera finalidad de los servicios de urgencia, lo cual se traduce en un alto volumen de atenciones clasificadas como no urgentes.

Las regiones que más se ven afectadas por el comportamiento de las no urgencias son la Pacífico Central y Huetar Atlántica (con 70% y 68% respectivamente) en contraste con los Hospitales Nacionales y Especializados que presentan un porcentaje de no urgencias del 21%, reflejando un mejor uso de este servicio.

Servicios de apoyo

Medicamentos entregados

En el cuadro 5, se muestra el número de recetas de medicamentos despachados por los servicios de farmacia de la CCSS durante el año 2011, la cifra casi alcanzó los 71 millones de recetas despachadas, manteniendo un volumen similar al presentado en el año 2010.

Del total de recetas despachadas, el 70,4% se prescribieron en consulta externa, un 15,4% en el servicio de urgencias, 5,7% 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 12,3 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 Central Sur son los que tienen más alta esta razón, superior o igual a 15 medicamentos por egreso, en contraste a regiones como la Pacífico Central, Huetar Norte y Chorotega que presentan una razón igual o inferior a 5 medicamentos por egreso. Por otra parte, en la Consulta Externa se reportan 5 medicamentos por cada consulta y en Urgencias se distribuyen 2,0 medicamentos por cada atención de urgencia.

CUADRO N° 5
TOTAL DE RECETAS DE MEDICAMENTOS DESPACHADOS POR ÁREA DE ATENCIÓN, COPIAS,
RECETAS DE MEDICAMENTOS DE EMPRESA Y MIXTA, SEGÚN REGIÓN, CCSS, AÑO 2011.

Región	Total	Área de Atención				Copias 1	Servicios Alternativos	
		Hospital	Consulta Externa	Urgencias	Otros Centros		Empresa	Medicina Mixta
Total	70.807.229	4.064.354	49.852.114	10.899.188	2.855.332	18.913.971	1.638.060	1.498.181
Hospitales Nacionales y Centros especializados	8.046.396	2.298.253	5.045.755	613.108	78.273	1.690.797	4.898	6.109
Central Norte	16.079.789	478.886	11.302.562	2.467.106	599.314	4.634.467	740.270	491.651
Central Sur	22.985.554	418.459	17.820.081	2.636.570	1.002.843	7.434.601	373.105	734.496

Región	Total	Área de Atención				Copias 1	Servicios Alternativos	
		Hospital	Consulta Externa	Urgencias	Otros Centros		Empresa	Medicina Mixta
Huetar Norte	2.646.450	82.122	1.715.045	594.347	137.381	578.167	46.721	70.834
Chorotega	5.773.875	137.814	3.740.775	1.401.154	334.192	1.308.190	113.410	46.530
Pacífico Central	4.221.376	83.871	3.074.190	774.483	156.522	1.068.430	106.303	26.007
Huetar Atlántica	5.656.032	213.061	3.805.825	1.117.867	251.139	1.121.634	184.875	83.265
Brunca	5.397.757	351.888	3.347.881	1.294.553	295.668	1.077.685	68.478	39.289

"Notas: No se incluyen las recetas de medicamentos despachados en el mes de diciembre por el A.S. de Colorado y A.S. de Osa, dado que no reportaron a tiempo esta información, mientras que para el A.S. Goicochea 1 no se dispone de la información de todo el año.
Se incluye producción de centros de salud por contratos a terceros."

1/ Incluidos en Consulta Externa.

FUENTE: CCSS, Área de Estadística en Salud.

Exámenes de laboratorio

En el cuadro 6, se presenta el número de exámenes de laboratorio realizados durante el año 2011, para este año se realizaron más de 48 millones de exámenes en todo el país. Cabe aclarar que debido a un cambio en la forma de cuantificar el número de exámenes, no es posible comparar los datos del año 2011 con los registrados en años anteriores.

CUADRO N° 6
EXÁMENES DE LABORATORIO REALIZADOS, POR ÁREA DE ATENCIÓN, EMPRESA Y MEDICINA MIXTA, SEGÚN REGIÓN, CCSS, AÑO 2011.

REGIÓN	TOTAL	ÁREA DE ATENCIÓN				Servicios Alternativos	
		Hospital	Consulta Externa	Urgencias	Otros Centros	Empresa	Medicina Mixta
Total	48.108.737	9.072.252	22.697.622	8.677.387	5.866.784	767.895	1.026.797
Hospitales Nacionales y Centros especializados	15.099.213	5.949.063	5.548.424	2.661.605	836.338	42.275	61.508
Central Norte	9.586.482	1.188.436	4.640.251	1.813.932	1.419.315	214.631	309.917
Central Sur	10.358.770	528.115	7.183.435	1.214.223	823.346	246.796	362.855

REGIÓN	TOTAL	ÁREA DE ATENCIÓN				Servicios Alternativos	
		Hospital	Consulta Externa	Urgencias	Otros Centros	Empresa	Medicina Mixta
Huetar Norte	1.204.354	107.079	475.570	245.618	311.766	16.774	47.547
Chorotega	3.719.902	326.964	1.526.574	870.434	842.719	88.229	64.982
Pacífico Central	2.422.239	341.278	1.294.533	443.369	263.397	47.823	31.839
Huetar Atlántica	3.462.247	331.525	1.426.087	942.164	568.038	74.505	119.928
Brunca	2.255.530	299.792	602.748	486.042	801.865	36.862	28.221

"Notas: No se incluyen las recetas de medicamentos despachados en el mes de diciembre por el A.S. de Colorado y A.S. de Osa, dado que no reportaron a tiempo esta información, mientras que para el A.S. Goicochea 1 no se dispone de la información de todo el año. Se incluye producción de centros de salud por contratos a terceros."

FUENTE: CCSS, Área de Estadística en Salud.

Por área de atención, se mantiene la consulta externa como el área que más consume este servicio diagnóstico, del total de exámenes realizados un 47,2% 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 27, 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 diferencias importantes entre ellas, por ejemplo la Central Norte registra 6 exámenes por egreso mientras la Central Sur y la Norte presentan entre 18 y 22 exámenes por egreso. Por su parte, en Consulta Externa se generan 2,3 exámenes de laboratorio por cada consulta y en Urgencias se tramitan 1,6 exámenes de laboratorio por cada atención de urgencia.

CUADRO N° 7
RAZÓN DE RECETAS DE MEDICAMENTOS DESPACHADOS Y EXÁMENES DE LABORATORIO
REALIZADOS POR CADA: HOSPITALIZACIÓN, CONSULTA EXTERNA O ATENCIÓN URGENCIAS,
SEGÚN REGIÓN, CCSS, AÑO 2011

Región	Medicamentos por:			Exámenes por:		
	Hospital	Consulta Externa	Urgencias	Hospital	Consulta Externa	Urgencias
Total	12,3	5,0	2,0	27,4	2,3	1,6
Hospitales Nacionales y Centros especializados	17,8	4,7	1,1	46,1	5,1	5,0
Central Norte	8,6	4,7	2,2	21,3	1,9	1,6



Región	Medicamentos por:			Exámenes por:		
	Hospital	Consulta Externa	Urgencias	Hospital	Consulta Externa	Urgencias
Central Sur	14,9	5,6	2,0	18,8	2,3	0,9
Huetar Norte	4,9	4,1	2,2	6,3	1,1	0,9
Chorotega	5,3	5,3	2,3	12,7	2,1	1,4
Pacífico Central	4,4	5,0	2,0	18,0	2,1	1,1
Huetar Atlántica	7,7	4,5	1,8	12,0	1,7	1,6
Brunca	12,4	5,3	2,6	10,6	1,0	1,0

Nota: Incluye producción de centros de salud contratos a terceros.

FUENTE: CCSS, Área de Estadística en Salud.

Población y servicios de salud

En el cuadro 8 se incluyen las cifras oficiales de población nacional de 1980 a 2011, junto con la tasa de mortalidad bruta como indicador general de impacto, la cual en 28 años se mantiene la mayor parte del tiempo en menos de 4 por 1.000 habitantes, y es hasta el año 2010 que alcanzó un valor de 4,18 defunciones por mil habitante, para el año 2011 aún no se cuenta con el dato oficial de país el cual es responsabilidad del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

CUADRO N° 8
POBLACIÓN, DEFUNCIONES POR 1000 HABITANTES EN COSTA RICA, ATENCIONES DE URGENCIAS,
CONSULTAS1 POR HABITANTE, HOSPITALIZACIONES POR 100 HABITANTES, CAMAS POR 1000
HABITANTES, EXÁMENES DE LABORATORIO Y MEDICAMENTOS POR HABITANTE. C C.S S 1980-2011

Año	Población1	Defunciones por 1.000 Hab.2	Atenciones de Urgencia por Hab.	Consultas por habitante			Hospitalizac. por 100 Hab.	Camas por 1.000 Hab.	Camas	Exámenes de Laboratorio Por Hab. 4	Medicamentos por Hab.
				Médica 3	Odontología	Otro Profes.					
1.980	2.315.705	3,99	0,37	2,34	0,25	-	10,58	2,99	6.926	3,88	7,65
1.981	2.384.179	3,75	0,41	2,21	0,24	0,11	10,50	2,90	6.924	3,76	7,67
1.982	2.453.508	3,72	0,36	2,25	0,21	0,11	10,32	2,89	7.085	3,39	7,02
1.983	2.523.050	3,72	0,37	2,36	0,22	0,10	10,43	2,76	6.952	3,43	7,31
1.984	2.594.604	3,83	0,31	2,32	0,22	0,10	10,73	2,64	6.841	3,50	7,32
1.985	2.671.525	3,93	0,40	2,29	0,22	0,09	11,29	2,56	6.832	3,89	7,65
1.986	2.751.059	3,80	0,40	2,27	0,22	0,08	10,86	2,47	6.790	4,00	7,63
1.987	2.828.118	3,78	0,43	2,25	0,21	0,08	10,69	2,40	6.774	4,11	7,61
1.988	2.904.309	3,77	0,48	2,16	0,20	0,08	10,35	2,32	6.741	4,18	7,60
1.989	2.981.936	3,78	0,56	2,09	0,22	0,08	10,19	2,21	6.602	4,36	7,59
1.990	3.057.164	3,72	0,51	2,08	0,21	0,07	9,52	2,14	6.536	4,49	7,27
1.991	3.127.760	3,77	0,54	2,10	0,21	0,07	9,26	2,04	6.379	4,70	7,87
1.992	3.203.806	3,83	0,52	2,07	0,22	0,07	9,30	1,95	6.245	4,90	7,59
1.993	3.293.446	3,81	0,56	2,01	0,19	0,09	9,05	1,86	6.131	4,80	8,00
1.994	3.389.481	3,93	0,62	2,03	0,19	0,07	8,79	1,73	5.860	5,02	8,36
1.995	3.484.445	4,04	0,63	2,08	0,20	0,08	8,69	1,71	5.947	5,73	8,66
1.996	3.577.064	3,91	0,64	2,16	0,21	0,08	8,61	1,66	5.953	6,22	8,73
1.997	3.667.632	3,89	0,69	2,18	0,22	0,08	8,63	1,62	5.924	6,73	9,08
1.998	3.757.082	3,91	0,74	2,25	0,28	0,09	8,49	1,58	5.924	7,23	9,81
1.999	3.844.891	3,91	0,79	2,26	0,31	0,08	8,63	1,54	5.910	7,78	10,37
2.000	3.929.241	3,80	0,84	2,13	0,34	0,08	8,34	1,49	5.861	8,21	10,35
2.001	4.005.538	3,90	0,87	2,13	0,38	0,09	8,33	1,47	5.880	8,98	10,94
2.002	4.071.879	3,68	0,87	2,25	0,41	0,09	8,18	1,44	5.860	9,82	11,72
2.003	4.136.250	3,82	0,90	2,32	0,44	0,09	8,19	1,42	5.879	10,37	12,35

Año	Población ¹	Defunciones por 1.000 Hab. ²	Atenciones de Urgencia por Hab.	Consultas por habitante			Hospitalizac. por 100 Hab.	Camas por 1.000 Hab.	Camas	Exámenes de Laboratorio Por Hab. 4	Medicamentos por Hab.
				Médica 3	Odontología	Otro Profes.					
2.004	4.200.278	3,80	0,95	2,38	0,46	0,09	8,06	1,39	5.833	11,04	12,62
2.005	4.263.479	3,79	1,01	2,38	0,45	0,10	7,91	1,33	5.688	11,83	13,03
2.006	4.326.071	3,88	1,07	2,33	0,46	0,11	7,55	1,30	5.630	12,05	13,14
2.007	4.389.139	3,89	1,10	2,29	0,46	0,11	7,51	1,29	5.646	12,48	13,71
2.008	4.451.205	4,05	1,08	2,34	0,47	0,12	7,42	1,24	5.518	12,55	14,06
2.009	4.509.290	4,12	1,11	2,35	0,49	0,13	7,41	1,23	5.546	12,78	14,73
2.010	4.563.539	4,18	1,24	2,36	0,47	0,13	7,21	1,23	5.611	13,59	15,54
2.011	4.615.518	-	1,16	2,31	0,49	0,13	7,16	1,21	5.602	10,42	15,34

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

2/ Aún no se encuentra disponible el dato de defunciones del 2011.

3/ Incluye las consultas de las Empresas.

4/ El dato del año 2011 no es comparable con los demás años por cambios en la forma de cuantificar los exámenes de laboratorio.

Fuente: CCSS, Área de Estadística en Salud.

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 médica, odontológica y por otro profesional en salud (psicólogos, dietistas, enfermeras, 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 por habitante.

El comportamiento de la razón de atenciones de urgencia por habitante ha ido aumentando, desde 0,31 por cada habitante en 1984, su crecimiento parecía haberse detenido en los años 2001 y 2002 cuando se mantuvo en 0,87, pero recuperó la tendencia creciente hasta 1,24 en 2010, máximo nivel alcanzado por este indicador en el periodo y disminuyó levemente a 1,16 atenciones por habitante en el 2011. 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 a este servicio, lo que produce una alta proporción de atenciones no urgentes, como se mencionó anteriormente, en un área de servicios de salud que debería mantenerse lo más despejada posible.



Por otra parte, la razón de consultas por habitante se ha dividido en tres componentes, la consulta médica que se ha mantenido constante desde los años 80's entre 2 y 2,3 consultas médicas por habitante; la consulta odontológica prácticamente se duplicó desde los años 80's (pasó de 0,25 a 0,49 consultas por habitante de 1980 a 2011); finalmente la consulta a cargo de "otro profesional en salud" (psicólogos, nutricionistas, enfermeras, trabajadores sociales, etc.) se mantiene alrededor de 0,10 consultas por habitante. Así, en 1980 entre atenciones de urgencia y consultas médicas se impartían 2,69 atenciones ambulatorias por habitante; en 2011 esa cifra alcanzó a 3,47 (un incremento de casi el 30%).

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 2011. Aparte de cambios en la práctica de la medicina y en el modelo de atención, 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.

En general, en relación con la población del país, si se compara 1980 con 2011 se ve que las hospitalizaciones por habitante se han reducido y las consultas han aumentado muy lentamente, pero los exámenes de laboratorio se multiplicaron por 3,5 y los medicamentos por 2.

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 han ofrecido una alternativa para mejorar las condiciones generales del paciente e impactar al mismo tiempo la estancia media en hospitalización.

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 en la oferta de los servicios para lo cual 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 efecto de una atención no integral, como se atiende en urgencias, sobre su salud.



Capítulo III

Gestión Financiera Institucional



Introducción

Sin duda, la actividad que despliega, año a año, la Gerencia Financiera es la que permite financiar los múltiples y variados servicios que presta la CCSS en todos los rincones del territorio nacional. En esta sección hacemos un repaso de lo que fue su quehacer durante el 2011.

Dirección de Inspección

a. Resultados de los Programas Gestión Ordinaria y PRECIN

El Servicio de Inspección mediante el empadronamiento de patronos y el aseguramiento de trabajadores asalariados e independientes contribuye a generar los recursos económicos para el financiamiento de la Institución. Para cumplir con este fin, cuenta con dos programas: Programa de Gestión Ordinaria y Programa Estratégico de Cobertura de Inspección (PRECIN), cuyos resultados se detallan a continuación:

Programa Gestión Ordinaria

Este programa consiste en la atención continua de las solicitudes de estudio que efectúan patronos y trabajadores que ingresan por medio de las plataformas de servicios de la Dirección de Inspección y de las Direcciones Regionales de Sucursales.

Como resultado de esta labor, en el 2011¹ se generó a nivel nacional un rendimiento en cuotas obreras y patronales de ¢13.861,4 millones y la inclusión de 108.918 trabajadores producto de las inscripciones patronales, actualizaciones de planillas por omisión de trabajadores, afiliación de trabajadores independientes, así como reanudaciones ante la CCSS efectuadas a patronos y trabajadores independientes (ver cuadro N°1). Paralelamente, se presentaron 1.135 denuncias en sede Judicial por infracciones del artículo 44 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.

¹ Las cifras de rendimiento en cuotas obreras y patronales, trabajadores incluidos y denuncias en Sede Judicial de diciembre 2011 son preliminares.

CUADRO N° 1
SERVICIO DE INSPECCIÓN GESTIÓN ORDINARIA^{1/} A NIVEL NACIONAL
ACUMULADO A DICIEMBRE 2011^{2/}

Concepto	A diciembre 2011
Nuevos trabajadores asalariados asegurados	77.334
Nuevos trabajadores independientes asegurados	31.584
Total nuevos trabajadores asegurados ^{3/}	108.918
Monto en cuotas generadas asalariados (millones de colones)	13.293,6
Monto en cuotas generadas trabajador independiente (millones de colones)	567,8
Monto en cuotas generadas total (millones de colones) ^{4/}	13.861,4
Monto en cuotas generadas total por Efecto Multiplicador (millones de colones) ^{5/}	20.157,4
Denuncias en Sede Judicial	1.135

Fuente: Direcciones Regionales de Sucursales y Dirección de Inspección.

Notas:

1/ No se considera lo efectuado por el PRECIN.

2/ Cifras de diciembre 2011 preliminares.

3/ Se toman en cuenta los trabajadores independientes incluidos por las Plataformas de Servicios. No considera 53.309 asegurados voluntarios afiliados por las Plataformas de Servicios.

4/ Se toma en cuenta el rendimiento en colones incluido por concepto de afiliación de trabajadores independientes de las Plataformas de Servicios. No considera 531,1 millones de colones por concepto de afiliación de asegurados voluntarios por las Plataformas de Servicios.

5/ El efecto multiplicador se basa en el supuesto de 25% de suspensión patronal y de trabajador independiente. No incluye planilla adicional.

Programa Estratégico de Cobertura en Inspección (PRECIN)

El PRECIN tiene como fin extender la cobertura contributiva mediante la fiscalización permanente de la población patronal y de trabajadores independientes en todo el territorio nacional, según zona geográfica. Sin embargo, a partir del 2009, para mitigar los efectos de la contracción económica que experimentó el país, el PRECIN se enfocó a visitar “puerta por puerta” a patronos y trabajadores independientes en aquellas zonas geográficas con alta

concentración patronal y de trabajadores independientes, manteniéndose dicha estrategia para el 2010 y 2011, lo que ha permitido direccionar y focalizar la fiscalización a los sectores generadores de empleo.

Producto de la gestión de los Inspectores de Leyes y Reglamentos del PRECIN a nivel nacional (ver cuadro N°2) se incorporó a la Institución un total de 26.954² trabajadores de enero a diciembre 2011, que de no haber existido la labor PRECIN, no se hubieran incorporado como cotizantes a la CCSS. Asimismo, durante el año se visitaron 50.849 centros de trabajo, de los cuales en promedio un 55% cumplían sus obligaciones con la Seguridad Social.

CUADRO N° 2
SERVICIO DE INSPECCIÓN GESTIÓN PRECIN^{1/} A NIVEL NACIONAL ACUMULADO A DICIEMBRE 2011^{2/}

Concepto	A diciembre 2011
Nuevos trabajadores asalariados asegurados	21.723
Nuevos trabajadores independientes asegurados	5.231
Total nuevos trabajadores asegurados ^{3/}	26.954
Monto en cuotas generadas asalariados (millones de colones)	1.324,6
Monto en cuotas generadas trabajador independiente (millones de colones)	193,2
Monto en cuotas generadas total (millones de colones) ^{4/}	1.517,8
Centros de trabajo visitados ^{5/}	50.849
Razón de Cumplimiento Patronal ^{6/}	55%

Fuente: Direcciones Regionales de Sucursales y Dirección de Inspección.

Notas:

1/ Programa Estratégico de Cobertura en Inspección

2/ Cifras de diciembre 2011 preliminares.

3/ No considera 270 asegurados voluntarios afiliados por el PRECIN.

4/ No considera 35,3 millones de colones por concepto de afiliación de asegurados voluntarios por el PRECIN.

5/ Los centros de trabajo son aquellos establecimientos, locales o lugares donde el patrono o trabajador independiente desarrolla una actividad económica generadora de ingresos.

6/ Mide el porcentaje de centros de trabajo visitados a derecho con la Seguridad Social con respecto al total de centros de trabajo visitados.

2 Las cifras de trabajadores incluidos, centros de trabajo visitados, rendimiento en cuotas obreras y patronales y la Razón de Cumplimiento Patronal de diciembre 2011 son preliminares.



b. Implementación de Tecnologías

La Institución ha venido desarrollando herramientas innovadoras mediante el uso de las tecnologías que permiten llevar a cabo una gestión más eficiente. En esta línea, se mencionan los sistemas más relevantes implementados por el Servicio de Inspección en dicha materia.

Sistema de Información Geográfico Patronal (SIGPA)

El SIGPA, es una herramienta geo tecnológica de captura, almacenamiento, transformación, análisis y edición de datos geográficos, que permite ubicar mediante mapas la población patronal y de trabajadores independientes.

El proceso de georreferenciación inicia en el 2007, con una prueba piloto en la Dirección de Inspección, y a través de los años se incorporaron las Direcciones Regionales de Sucursales, hasta consolidarse dicho proceso a nivel nacional en el 2010. De enero a diciembre 2011, se georreferenciaron 14,937 patronos y trabajadores independientes, para lo cual los Inspectores de Leyes y Reglamentos visitaron 32 cantones en todo el país; lo que implica un acumulado de la gestión del SIGPA de 58,394 patronos y trabajadores independientes georreferenciados.

Con el fin de coadyuvar en la fiscalización de la población patronal y de trabajadores independientes, en el 2011, el SIGPA efectuó 39 mapas para que los Inspectores de Leyes y Reglamentos del PRECIN realizaran operativos a patronos inactivos, lo que corresponde a un total de 366 casos con indicios de evasión para verificar si están cumpliendo o no sus obligaciones con la Seguridad Social.

Al mismo tiempo, en noviembre 2011, en común acuerdo entre las Jefaturas del Área de Control Contributivo y Área de Gestión Técnica, se definió el cronograma de las visitas que los Inspectores de Leyes y Reglamentos del PRECIN de la Dirección de Inspección deben realizar en el 2012, tomando en consideración el criterio técnico del SIGPA.

Sistema de Evaluación de la Productividad en Inspección (SEPI)

Con el fin de mejorar la eficiencia del Servicio de Inspección y establecer un sistema de rendición de cuentas para mejorar el ambiente de control interno, se elaboró en noviembre del 2005 y se implementó a partir de enero del 2006, una herramienta cuantitativa de la gestión realizada por los Inspectores de Leyes y Reglamentos y de cada unidad de trabajo a nivel nacional, conocido como Sistema de Evaluación de la Productividad en el Área de Inspección (SEPI).



Sin embargo, con el propósito de adaptar el SEPI al entorno actual del Servicio de Inspección, por medio del oficio GF-5.635 del 15 de febrero del 2011, se comunica la necesidad de mejorar este sistema, para lo cual se conforma una comisión para la revisión, valoración y su actualización a nivel nacional.

Entre las modificaciones destaca la inclusión de la labor del PRECIN y los servicios especiales que son realizados por los funcionarios del Programa Gestión Ordinaria, para lo cual es indispensable llevar a cabo la actualización de los tiempos de procesamiento de casos por parte de los Inspectores de Leyes y Reglamentos y de las actividades que son realizadas diariamente por estos. Además de considerar que con la implementación del Sistema Institucional para la Gestión de Inspección (SIGI) se varió la forma de trabajo de las Áreas de Inspección.

Es por lo anterior, que este proyecto se divide en 6 etapas, cuyo porcentaje de avance a diciembre 2011 es el siguiente:

1. Elaboración del SEPI para PRECIN: 90%.
2. Actualización del SEPI para el Programa Gestión Ordinaria: 12%.
3. Elaboración del SEPI para Estudios Especiales: 12%.
4. Validación de permisos y licencias: 0%.
5. Unificación del SEPI Institucional: 0%.
6. Levantamiento de casos de uso para el desarrollo del software “Sistema de Control de Casos de Inspección” (SCCI): 25%.

Al ponderar los avances por etapa se obtiene un 23.17% de avance total del proyecto en cuestión. Uno de los resultados más significativos es el levantamiento de los tiempos de los servicios que presta el PRECIN en su gestión de oficio a nivel nacional, ya sean de oficina, labor de campo o georeferencia.

También, se efectuó el levantamiento de los casos de uso para la generación automática de la medición de la productividad de los Inspectores de Leyes y Reglamentos del PRECIN a nivel nacional y se han sostenido reuniones con funcionarios de la Subgerencia de Tecnologías con el fin de valorar la posibilidad de desarrollar un nuevo sistema para la gestión de rendimiento y medición de la productividad o en su lugar solicitar las modificaciones del SIGI.

Finalmente, se establecieron los formatos de recolección de tiempos para la labor del Programa Gestión Ordinaria y Estudios Especiales.



c. Atención al Usuario

Proyecto de Simplificación del Trámite de Asegurado Voluntario y Trabajador Independiente.

Este proyecto se fundamenta en la acción 1.3 del Plan Estratégico Institucional (PEI) 2010-2015, denominado “Simplificación y estandarización de los trámites de aseguramiento, a fin de facilitar el aseguramiento voluntario y de trabajadores independientes”.

Para cumplir con lo antepuesto, se diseña la propuesta para la implementación de las oportunidades de mejora, dentro de las cuales se destacan:

- Definición de los límites administrativos del Servicio de Inspección: Permite orientar al usuario donde le corresponde efectuar el trámite, así como determinar las zonas de adscripción de las unidades de aseguramiento para fiscalizar o atender las solicitudes presentadas según la modalidad de aseguramiento.

El producto de esta labor es el atlas administrativo, cuyo avance es del 90% y que posteriormente será enviado a la Gerencia Financiera para aprobación y proceder a capacitar a los funcionarios y efectuar el proceso de divulgación a los usuarios de la CCSS.

- Estandarización de los requisitos de la afiliación para los asegurados voluntarios y los trabajadores independientes: Corresponde a los documentos solicitados al usuario para que la administración disponga de los insumos necesarios, con el fin de iniciar el trámite correspondiente.

Actualmente se cuenta con los requisitos de Afiliación de Asegurado Voluntario y Trabajador Independiente estandarizados, simplificados y oficializados a nivel nacional, estos requisitos fueron debidamente publicados en el diario oficial La Gaceta en el 2010.

- Encuesta de satisfacción al usuario: Elemento utilizado para conocer la calidad en la atención del servicio y la información del trámite.
- Protocolo de atención al usuario y documentación conexas a la afiliación: Instrumentos que contienen las pautas mínimas de actuación que orientan a los funcionarios en la ejecutoria del procedimiento y la atención del servicio, así como recomendaciones para brindar el servicio a usuarios que presentan situaciones complicadas, como por ejemplo alguna enfermedad, con limitaciones físicas, exaltaciones emocionales, entre otras.

d. Procesos Internos

En junio del 2011, se aprobó la Estructura Documental Piramidal con la que se fundamenta el Sistema de Gestión de Calidad de dicha Dirección, la cual se apega a los lineamientos Institucionales, de Control Interno y la Norma ISO 9001, para así poder brindar al usuario un servicio estándar, que satisfaga sus necesidades y expectativas.



Se aprobó también la nueva metodología para la documentación de los procesos de la Dirección de Inspección, la cual se basa en un esquema de forma piramidal, donde la cantidad y el detalle de la documentación requerida son más adecuados a los resultados deseados de las actividades de los procesos de dicha Dirección, y se facilita la distribución, conservación y entendimiento de la documentación.

A diciembre 2011 la nueva metodología cuenta con un porcentaje de avance del 94,15% en la Dirección de Inspección.

e. Investigación

En setiembre 2011 la Dirección de Inspección presentó el documento “Resultados de la fiscalización de trabajadores independientes afiliados a Convenios para pequeños y medianos productores agropecuarios”, que responde a la solicitud de la Junta Directiva, en el acuerdo I, artículo N° 7 de la sesión N° 8419, celebrada el 4 de febrero del 2010, en la cual encarga a la Gerencia Financiera efectuar un muestreo de trabajadores independientes afiliados a estos convenios, con el fin de verificar su correcta ubicación, según su nivel de ingreso.

Por otra parte, en el 2011 se elaboró el documento denominado “Demanda del Servicio de la Dirección de Inspección”, en el cual se analiza la estructura y la evolución de dicha demanda, en el periodo comprendido de enero 2010 a octubre 2011, con el fin de mejorar la calidad del servicio que se brinda y facilitar la gestión y planificación de esta Dirección.

f. Marco normativo

La Dirección de Inspección, en conjunto con la Dirección de Cobros y las Direcciones Regionales de Sucursales, ha venido trabajando en el análisis de la normativa para plantear las modificaciones legales necesarias que coadyuven el aumento de la cobertura contributiva y el control de la evasión y la morosidad.

De esta manera, la Junta Directiva en el artículo 5 de la sesión N° 8529 del 1 de setiembre del 2011 aprobó la Reforma de la Ley Constitutiva de la CCSS, donde se modifican los artículos 20, 30, 31, 37, 38, 44, 45, 47, 48, 49, 53, 55, 74, así como el artículo 71 de la Ley de Protección al Trabajador (LPT) N° 7983 del 16 de febrero de 2000, el artículo 56 de la Ley del Régimen Privado de Pensiones Complementarias N° 7523 y el artículo 3 del Código de Trabajo N° 2 del 23 de agosto de 1943.



Dirección de Cobros

La Dirección de Cobros es el ente rector en cuanto a materia cobratoria de la Institución, razón por la cual en forma conjunta con las Direcciones Regionales de Sucursales de la Gerencia Financiera, aplican los diferentes instrumentos de cobro con el fin de controlar el comportamiento y crecimiento de la morosidad patronal y de trabajador independiente.

En cuanto al cobro de la morosidad, la Administración gestiona el adeudo mediante tres instancias, a saber: preventivo, administrativo y judicial. A continuación se presenta por tipo de instancia los resultados obtenidos por instrumento de cobro:

a. Cobro preventivo

Centro de llamadas de cobro

El Centro de Llamadas utiliza una plataforma tecnológica sistematizada de gestión cobratoria por la vía telefónica, la cual comenzó a funcionar a partir del 2004, logrando una mayor cobertura y efectividad en la gestión de cobro a patronos y trabajadores independientes.

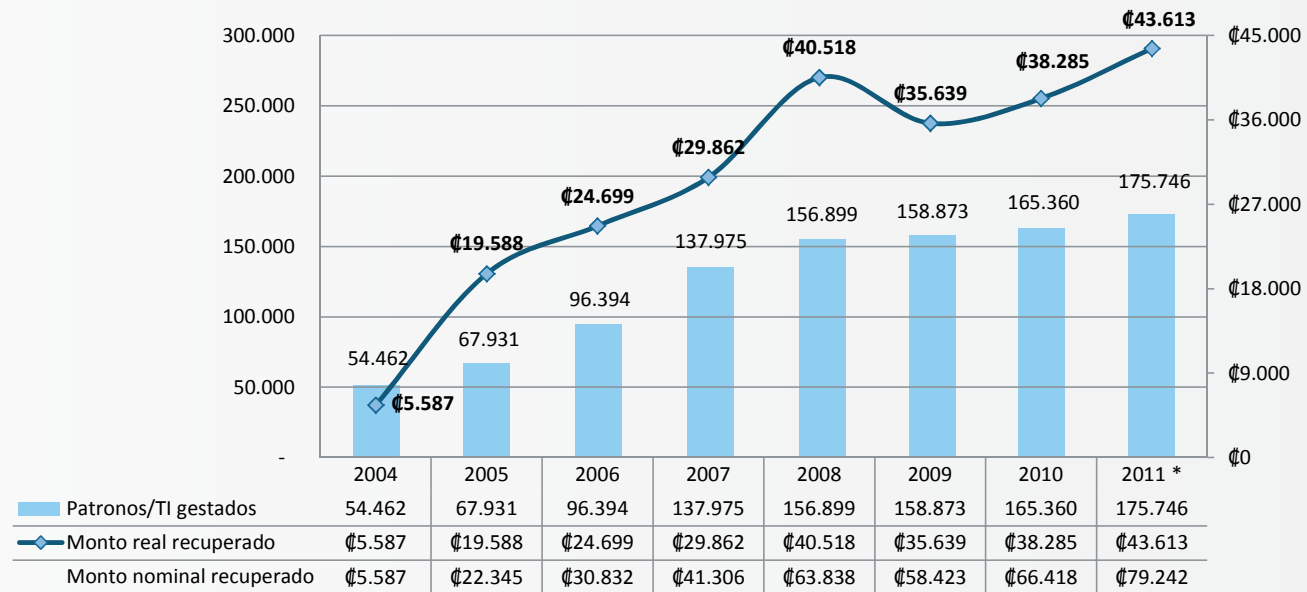
En el 2011, se realizaron 22 campañas automáticas distribuidas de la siguiente manera:

- Diez preventivas de pago para Patronos a nivel nacional.
- Diez preventivas de pago para Trabajadores Independientes a nivel nacional.
- Dos informativas respecto a las consecuencias de estar moroso en los aportes del Fondo de Pensiones Complementarias de los trabajadores.

A través de la interacción del operador con el patrono y trabajador independiente en ese año, se realizaron 175.746 llamadas telefónicas, lo cual permitió una recuperación de ¢79.242 millones.

En el gráfico No. 1 se muestran las llamadas realizadas así como los montos recuperados en términos reales del periodo 2004 al 2011.

GRÁFICO N° 1
LLAMADAS REALIZADAS Y RECUPERACIÓN REAL CENTRO DE LLAMADAS
PERIODO 2004 - 2011 (MONTOS EN MILLONES DE COLONES)



Año base 2004.

Fuente: Sub-Área Centro de Llamadas.

b. Cobro administrativo

Programa Estratégico de Gestión Cobratoria (PEGC)

Es un programa diseñado para las Direcciones Regionales, las cuales lo utilizan en sus diferentes sucursales, con la finalidad de contar con mayores recursos humanos enfocados de manera estratégica a gestionar en mayor medida el cobro de la morosidad.

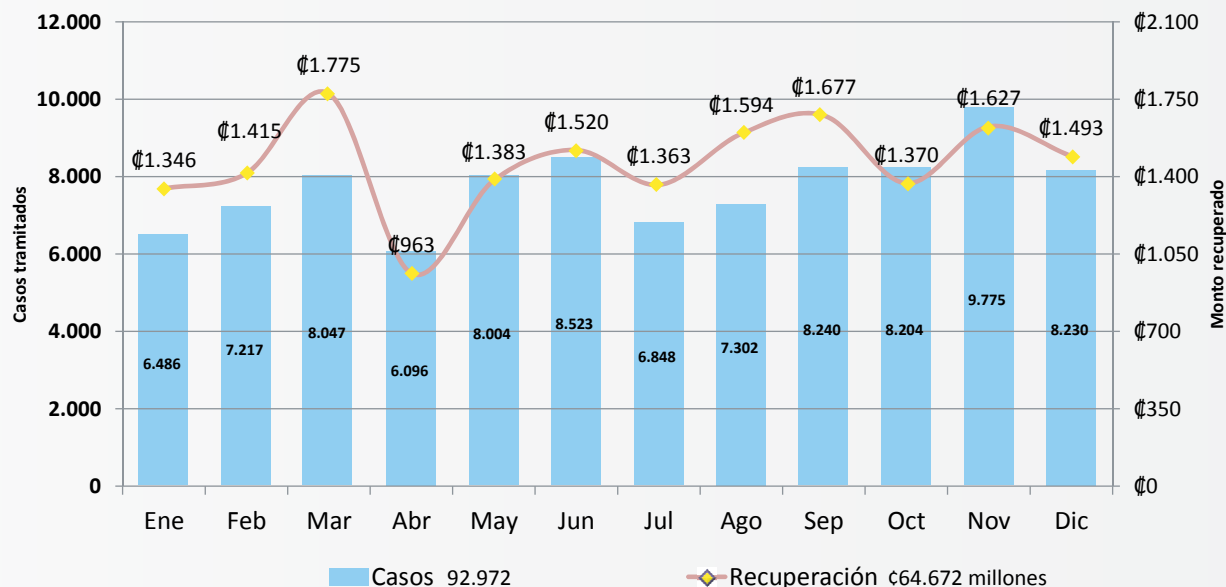
Para medir la gestión se está considerando en casos y montos las siguientes las variables:

- Avisos de Cobro Notificados.
- Certificaciones de Cobro en Vía Civil debidamente entregadas a los abogados.
- Resultados de la gestión realizada en el mes (recuperación).

Durante el 2011, por medio del Programa Estratégico de Gestión Cobratoria (PEGC), se gestionaron 92.972 casos por la suma de ₡64.672 millones, lográndose una recuperación de 28.035 casos por la suma de ₡17.528 millones, representando este monto el 27% de lo tramitado.

En el gráfico No. 2 se muestra los casos gestados, así como los montos recuperados durante el 2011 por este programa.

GRÁFICO N°. 2
CASOS Y RECUPERACIÓN PROGRAMA ESTRATÉGICO DE GESTIÓN COBRATORIA
AÑO 2011 (MONTOS EN MILLONES DE COLONES)



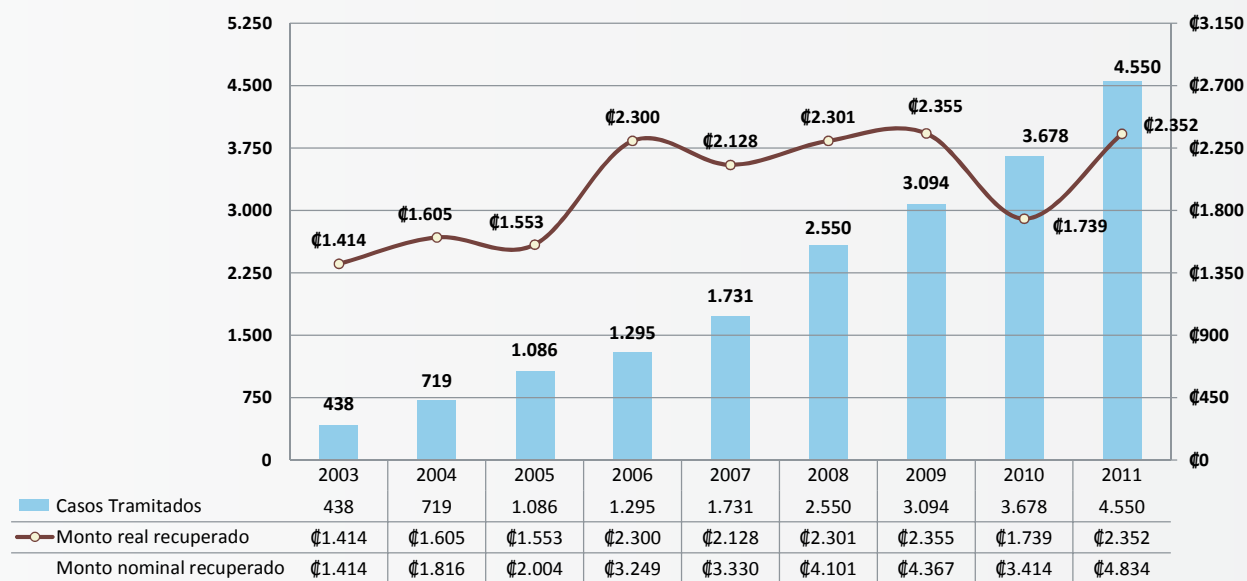
Fuente: Direcciones Regionales de Sucursales.

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. En la práctica, este tipo de sanción ha resultado muy provechosa para la Institución, ya que el cierre material de un negocio, ejerce una medida de coerción hacia los deudores.

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 – 2011.

GRÁFICO N°. 3
PROCEDIMIENTOS TRAMITADOS Y RECUPERACIÓN REAL CIERRE DE NEGOCIOS POR MORA
PERIODO 2003-2011 (MONTOS EN MILLONES DE COLONES)



Año base 2003.

Fuente: Dirección de Cobros y Direcciones Regionales de Sucursales.



De enero a diciembre de 2011, se gestionaron 4.550 procedimientos de cierre de negocios por mora, con lo cual se generó una recuperación de ¢4.834 millones. Los cierres materializados fueron 222. Se destaca que la recuperación del 2011 creció un 35% con respecto a la del año anterior.

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

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

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

En la actualidad, se cuenta con 85 instituciones con acceso a esta herramienta, lo que representa 922 usuarios activos con claves para realizar dicha consulta de la morosidad. Además, se logra una disminución considerable en el uso de papel, y en la cantidad de trámites que debe realizar el administrado para una gestión en particular.

Adecuaciones de pago

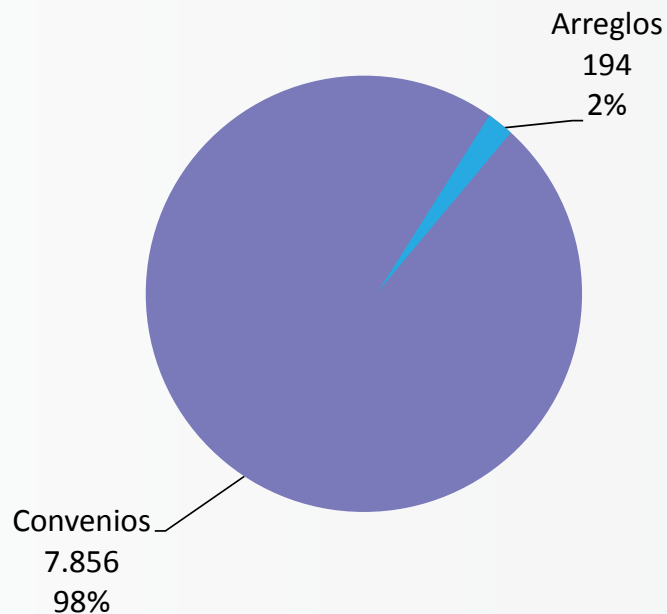
La adecuación de deuda es un mecanismo administrativo que permite a los patronos y/o trabajadores independientes normalizar su situación de morosidad con la Institución. Se rige por el Reglamento que regula la formalización y suscripción de arreglos y convenios de pago de las contribuciones a la seguridad 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.

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.

De dichas modificaciones, se tienen los siguientes resultados para el 2011: formalización de 194 arreglos y 7.856 convenios de pago por montos de ¢3.235 y ¢23.441 millones, respectivamente, para un gran total de 8.050 adecuaciones de pago por un monto de ¢26.676 millones, lo anterior se observa en los gráficos N° 4 a y b.

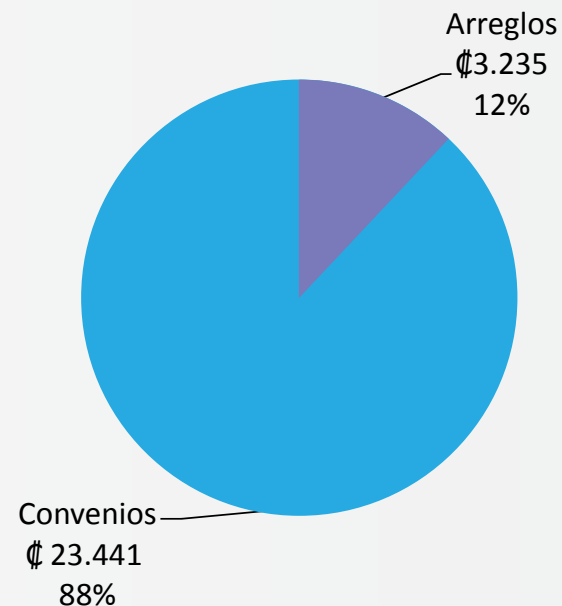
GRÁFICO NO. 4 – A
ADECUACIONES DE PAGO FORMALIZADAS
AÑO 2011



Total de adecuaciones: 8.050.

Fuente: Dirección de Cobros.

GRÁFICO NO. 4 – B
MONTOS FORMALIZADOS MEDIANTE
ADECUACIONES DE PAGO
AÑO 2011
(MONTOS EN MILLONES DE COLONES)



Monto total: ¢26.676 millones.

Fuente: Dirección de Cobros.

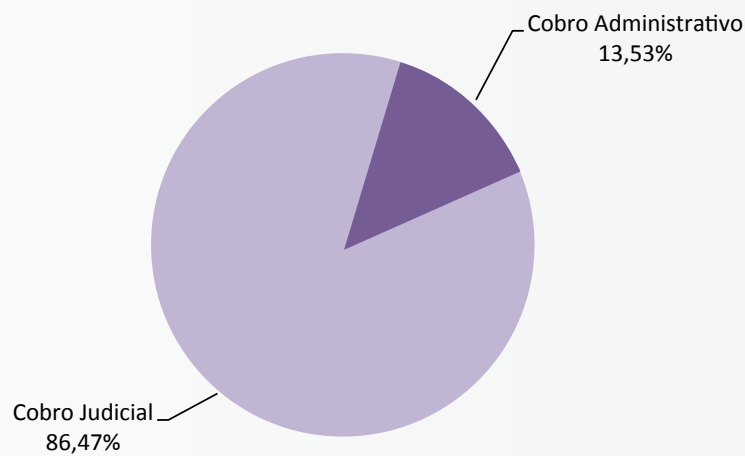
c. Cobro judicial

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 procederá a demandar por la vía penal y civil, respectivamente, con el fin de recuperar por estas vías las sumas dejadas de cancelar por los patronos.

Por lo anterior, producto de una aplicación más oportuna y apropiada de estos instrumentos legales de cobro, así como un mayor control de las gestiones realizadas, se logró obtener a diciembre 2011, un 86,47% la cartera de patronos en cobro judicial, como se observa en el gráfico N° 5.

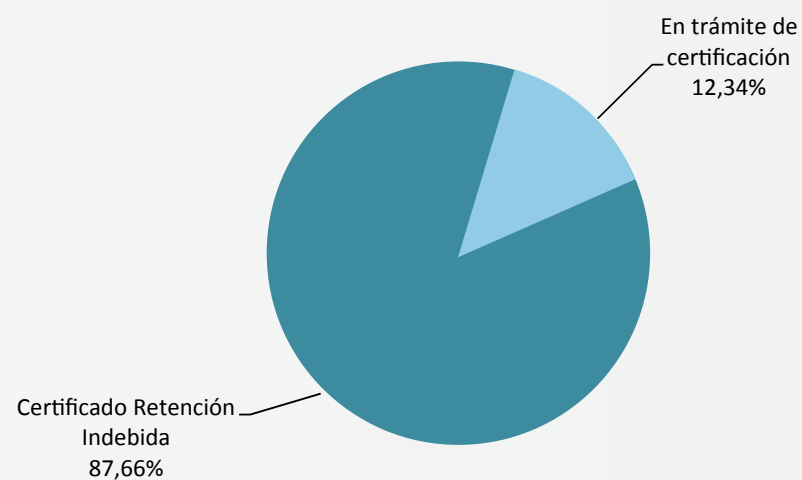
Por otra parte, en el gráfico N° 6 se observa que para a ese mismo mes, se alcanzó denunciar penalmente el 87,66% de las deudas por cuotas obreras, por el delito de retención indebida, dado el incumplimiento de los patronos del artículo 45 de la Ley Constitutiva de la CCSS.

**GRÁFICO N° 5
CARTERA DE COBRO JUDICIAL
DICIEMBRE 2011**



Fuente: SICERE.

**GRÁFICO N° 6
PORCENTAJE DE CUOTA OBRERA CERTIFICADA
COMO RETENCIÓN INDEBIDA
DICIEMBRE 2011
(MONTOS EN MILLONES DE COLONES)**



Fuente: SICERE.

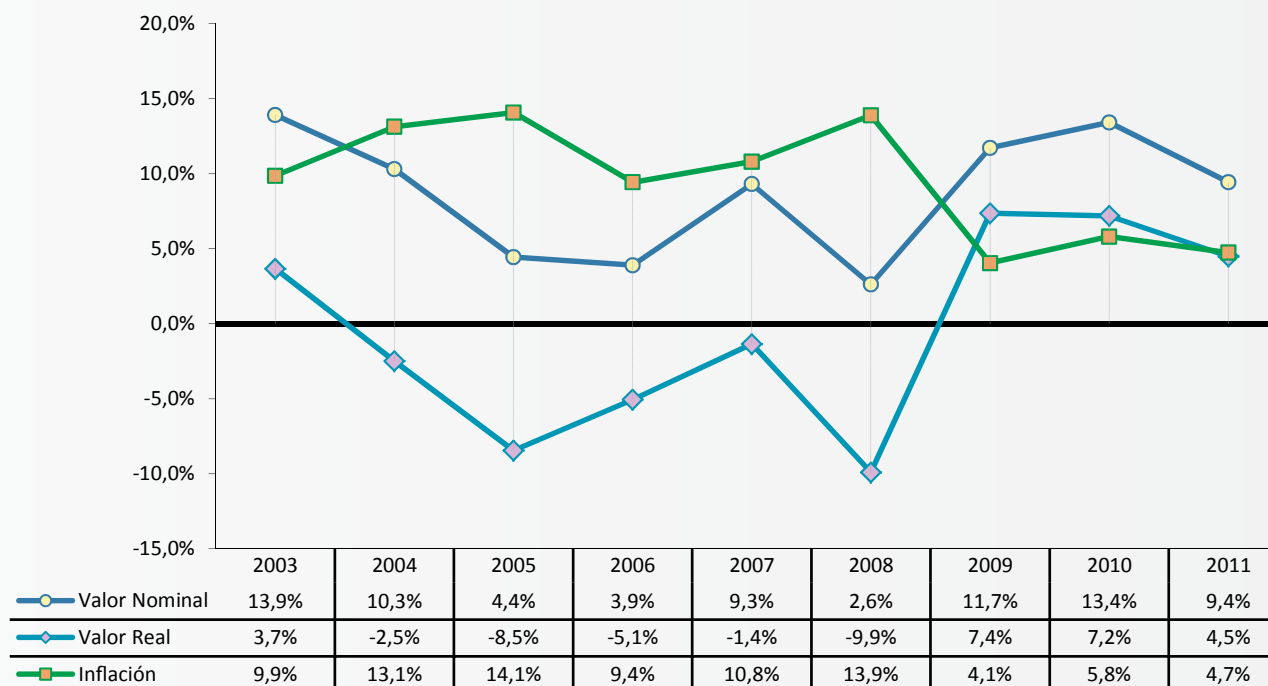
Resultados de la gestión cobratoria

Una vez aplicados los instrumentos antes mencionados se tienen los siguientes resultados en cuanto al crecimiento y comportamiento de la morosidad.

Crecimiento de la Morosidad Real, Nominal y la Inflación

En el gráfico No. 7, se muestra una serie de datos que comparan la inflación anual del período 2003 al 2011, con la tasa de crecimiento nominal y real de la morosidad para el mismo período.

GRÁFICO NO. 7
TASA DE CRECIMIENTO DE LA MOROSIDAD NOMINAL, REAL Y LA INFLACIÓN
PERIODO 2003 A 2011



Fuente: Sitio Web BCCR y Dirección de Cobros.

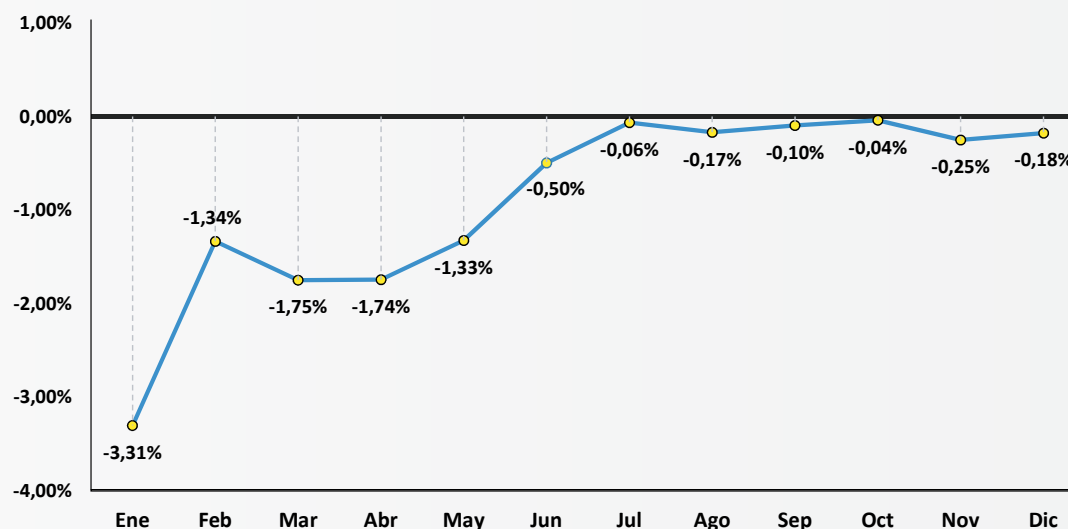
En el gráfico anterior se aprecia como del 2003 al 2008, la tasa real de morosidad decreció de 3.7% a -9.9%, sin embargo, del 2009 al 2011, este porcentaje se vio afectado principalmente por la crisis económica que se originó en el 2008. Resalta el hecho que el crecimiento tanto nominal como real, del 2011 es menor al mostrado en los años 2009 y 2010.

Relación morosidad activa versus facturación

En el Plan Estratégico Institucional se definió como indicador el “Porcentaje de la facturación anual con morosidad de patronos activos mayor a 30 días”, el cual representa la morosidad activa que se acumula en un periodo respecto a la facturación por cuotas, es decir, demuestra en términos relativos el porcentaje que se deja de percibir de los posibles ingresos por cuotas de la Caja, se estableció como meta estar debajo de un 1%.

Como se observa en el gráfico N° 8, este indicador durante el 2011 ha estado por debajo del porcentaje establecido en el Plan Estratégico Institucional.

GRÁFICO NO. 8
RELACIÓN MOROSIDAD ACTIVA VERSUS FACTURACIÓN
AÑO 2011



Fuente: Direcciones de Cobros y SICERE.



Es importante mencionar que este indicador en diciembre 2011, se ubicó en -0.18%, pues la morosidad activa a ese mes fue menor que la morosidad activa de diciembre de 2010.

Dirección Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE)

a. Proyecto Cero Papel a nivel nacional

El “Proyecto Cero Papel”, nació a partir del mes de marzo de 2010, lo que dio origen al planeamiento y ejecución de la automatización del registro de la información obrera y patronal, lo que significa la eliminación del uso del papel para presentar la planilla patronal, circunscribiéndola exclusivamente a medios electrónicos, principalmente herramientas tipo web.

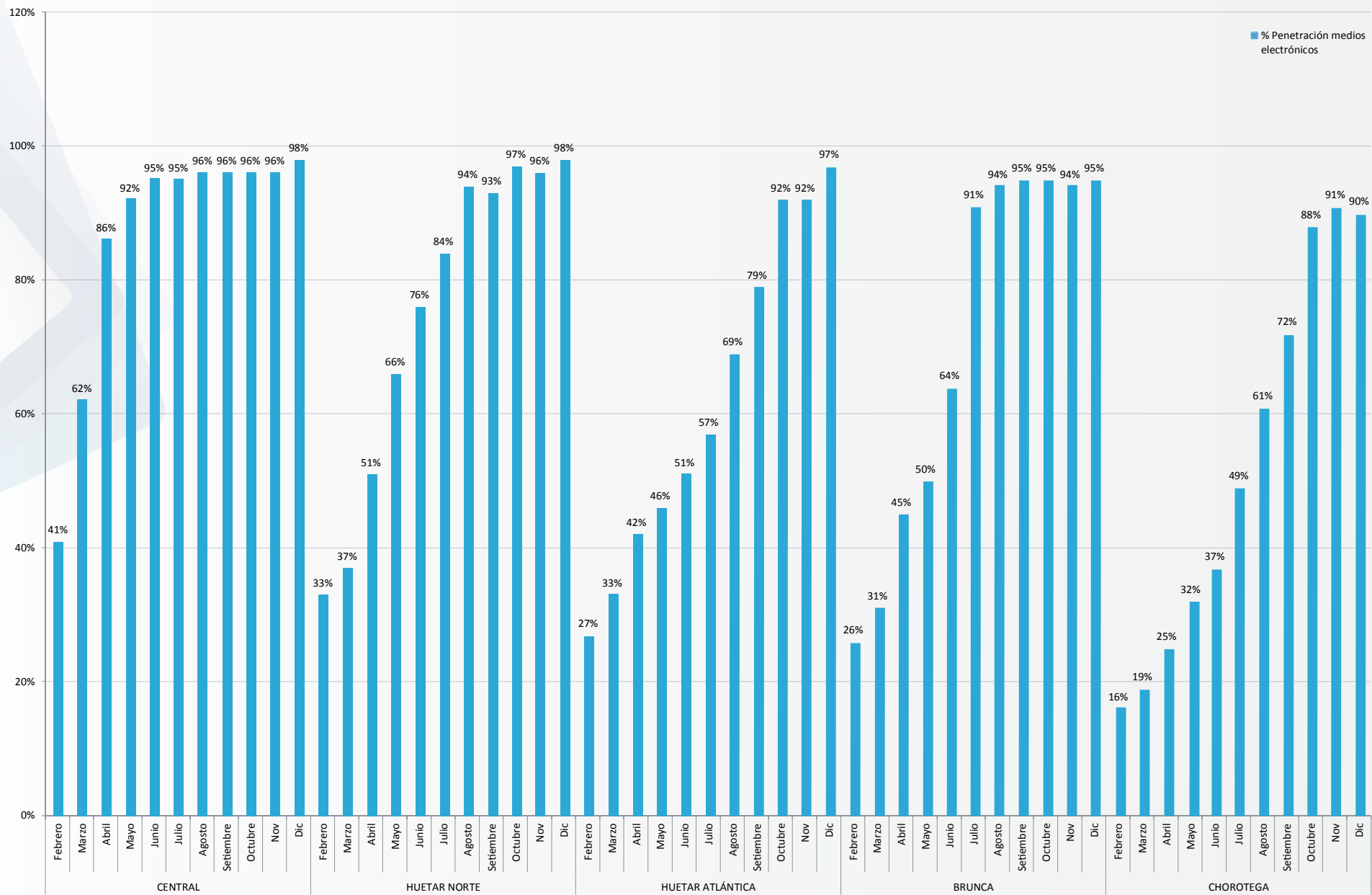
En el año 2011, se ejecutó la segunda fase, de acuerdo con lo establecido por la dirección técnica del proyecto, que diseñó la implementación en dos etapas progresivas. En la segunda etapa, programada para el año 2011, se incluye una masa patronal de 40,115 patronos, quienes están asentados fuera de la periferia de San José y gestionan su planilla en alguna de las 83 sucursales de la CCSS.

A continuación se detalla el nivel de avance en la incorporación de patronos a los medios electrónicos en cada una de las direcciones regionales:

GRÁFICO NO. 8

RELACIÓN MOROSIDAD ACTIVA VERSUS FACTURACIÓN

AÑO 2011





Del total de patronos adscritos a las direcciones regionales de sucursales que presentaron sus planillas, el 96.49% lo hicieron por los medios de presentación electrónicos, lo que denota un avance significativo en el cumplimiento de la meta propuesta para el año 2011.

b. Proyecto plataforma multicanal de atención al cliente (SICERE móvil)

Como parte de las acciones de innovación tecnológica desplegadas por la Dirección SICERE, durante el año 2011 se planteó, desde la perspectiva de investigación y desarrollo, el proyecto Plataforma Multicanal de Atención al Cliente, más conocido como SICERE Móvil, dada la propuesta de uso intensivo de la tecnología móvil o celular existente en el país.

Este proyecto está en concordancia con la política de mejora continua de la Dirección SICERE, y en consecuencia con su Misión y Visión, asimismo está apegada a la planificación y políticas institucionales en materia de simplificación de trámites y mejoramiento de los servicios hacia los usuarios, y lo que busca es evaluar la conveniencia de la introducción de nuevos servicios sobre la infraestructura de la telefonía móvil y fija del país y la interacción con el repositorio del Sistema Centralizado de Recaudación de la Caja Costarricense de Seguro Social.

El acceso a servicios de registro de la información obrera y patronal y la facturación de la planilla por medio de teléfonos móviles, o la asistencia especializada de un Centro de llamadas, bajo la modalidad IVR (respuesta interactiva a voz), son los principales beneficios proyectados para los usuarios actuales. El proyecto está conformado por dos componentes: el SICERE Móvil y el 900-SICERE, los cuales respectivamente hacen uso intensivo de los canales de voz y datos, a su saber y de manera resumida:

900-SICERE: En el caso del canal de “voz” se usará una plataforma de tecnológica en Oficinas Centrales para recibir llamadas en rutadas por medio de un número único 900, que serán atendidas mediante la opción de un IVR (Respuesta de Voz Interactiva); tecnología automatizada para la atención de llamadas de alta demanda, la cual permitirá al patrono interactuar con servicios básicos del SICERE, tales como presentación y facturación de la planilla, entre otros.

SICERE Móvil: Para el canal de “datos”, se estaría habilitando la opción de interactuar con nuestros clientes (patronos en primera instancia), a través de lo que se conoce como mensajería de contenido, a códigos cortos de 4 dígitos que viajan a través de una VPN (Virtual Private Network), que interactuaría de forma segura con los servicios del SICERE. De esta manera los patronos, que así lo deseen, podrán presentar facturas y hacer cambios básicos a la respectiva planilla del mes actual.

c. Centro de Contacto SICERE

El Centro de Contacto SICERE, es una de las innovaciones habilitadas por parte de la Dirección SICERE durante el 2011, se define como un centro de alta especialidad de recurso humano, que ha permitido satisfacer la mayoría de gestiones de los usuarios por los medios virtuales.

Esta acción permitió mejorar de manera muy significativa, la atención principalmente telefónica, dado que en el caso de Oficinas Centrales, se cuenta con varios números telefónicos mediante los cuales se reciben consultas y solicitudes, tanto de patronos como de asegurados, lo que se traduce en una mejora considerable de los niveles de calidad de servicio lo cual representa un acierto operativo. La creación del Centro de Contacto, no requirió de recurso humano adicional, sino que se utilizó el recurso ya existente, conformándose un grupo de trabajo con funcionarios de la misma Dirección SICERE.

Actividades desarrolladas por el Centro de Contacto SICERE:

- Atención telefónica a los usuarios (2539-1600) en la gestión de consultas a los trámites de competencia de la Dirección SICERE.
- Atención de las consultas que ingresan al correo plautogestion@ccss.sa.cr
- Generación de las claves de acceso de las solicitudes que ingresen por correo electrónico.
- Contactar a los patronos adultos mayores para la gestión de su planilla por Internet.
- Contactar a los patronos facturados con datos erróneos para asesorarles en la gestión para la respectiva corrección de datos.

Algunos impactos tangibles del “SICERE Centro de Contacto” en el periodo octubre a diciembre de 2011 son:

- Atención a las consultas derivadas de las 500 interacciones de asegurados por medio de la Oficina Virtual de SICERE por mes, así como más de 45.000 consultas patronales por medio de Autogestión Planilla en Línea.
- Atención personalizada a 425 adultos mayores que demandan mensualmente la asistencia telefónica para poder presentar su planilla ante la institución, debido a sus carencias de adaptabilidad a los medios exclusivos de internet.
- A partir del 4 de noviembre 2011, entró en funcionamiento el Chat en línea, desde la Página Web de la CCSS, ingresando al Link de Autogestión planilla en línea, desde ahí el visitante puede ingresar y plantear todas las consultas, independiente del tema que sea, es atendido en forma ágil y precisa; estableciendo así un canal de comunicación adicional para su atención en tiempo real.

Es importante de resaltar que el porcentaje de atención telefónica ha venido incrementándose, siendo una de las principales herramientas que benefician a los usuarios del SICERE.

d. Facturación de cuotas y aportes

En lo que respecta a la facturación de cuotas y aportes, durante el mes de diciembre 2011 se facturaron ₡188.676.299.808, los cuales corresponden a las cuotas de los seguros que administra la CCSS (Seguro de Salud y Pensiones), los aportes de la Ley de Protección al Trabajador (Fondo de Capitalización Laboral y Régimen Obligatorio de Pensiones Complementarias) y las cuotas que la CCSS le recauda a otras Instituciones (INA, IMAS, ASFA y Banco Popular). Este monto significa un aumento del 10% en la facturación respecto al mismo periodo del año 2010.

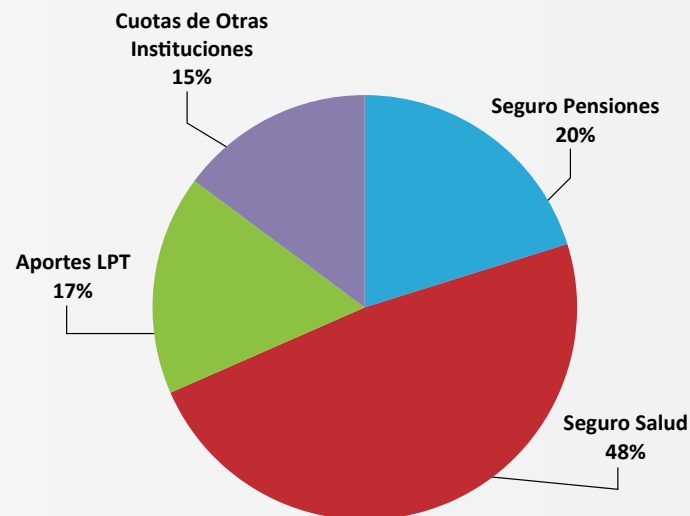
Durante el periodo diciembre 2011, se facturaron 90.198 patronos y 1.189.880 asalariados. De acuerdo con el concepto, el monto total facturado durante el año se descompone de la siguiente forma:

**TOTAL FACTURADO 2011
ENERO – DICIEMBRE
COLONES**

Concepto	Monto facturado	%
Seguro Pensiones	433.140.099.611	20%
Seguro Salud	1.036.433.342.594	48%
Aportes LPT	359.981.209.539	17%
Cuotas de Otras Instituciones	318.511.830.560	15%
Total	2.148.066.482.304	100%

Fuente: Dirección SICERE.

**TOTAL FACTURADO
ENERO A DICIEMBRE
2011**



Fuente: Dirección SICERE.

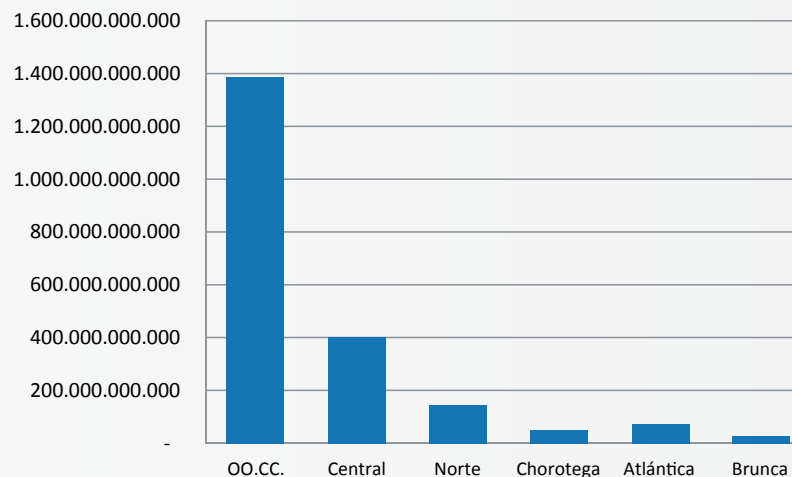
El desglose de la facturación anual por periodo y Dirección Regional se puede apreciar en el siguiente cuadro:

**TOTAL FACTURADO CUOTAS POR DIRECCIÓN REGIONAL
PERIODO ENERO - DICIEMBRE 2011**

Dirección Regional	OO.CC	Central	Norte	Chorotega	Atlántica	Brunca
Enero	150,666	34,263	12,061	5,393	6,778	2,650
Febrero	105,765	33,599	12,060	5,291	6,049	2,692
Marzo	110,621	34,691	12,460	5,495	6,860	2,986
Abril	111,551	35,157	12,145	5,270	6,772	2,778
Mayo	110,720	34,781	12,322	4,875	6,437	2,717
Junio	109,377	34,201	12,391	4,730	6,563	2,863
Julio	117,096	35,156	12,482	4,805	6,306	2,749
Agosto	112,425	35,602	12,929	4,816	6,442	2,811
Septiembre	115,278	35,978	12,884	4,785	6,875	2,856
Octubre	113,857	35,015	12,603	4,741	6,682	2,701
Noviembre	114,140	35,646	12,860	4,880	6,444	2,759
Diciembre	123,084	36,306	13,592	5,432	7,315	2,947
Total	1.394.579	420,396	150,788	60,513	79,522	33,508

Fuente: Estadística Facturación.

**TOTAL FACTURADO POR DIRECCIÓN REGIONAL
AÑO 2011**

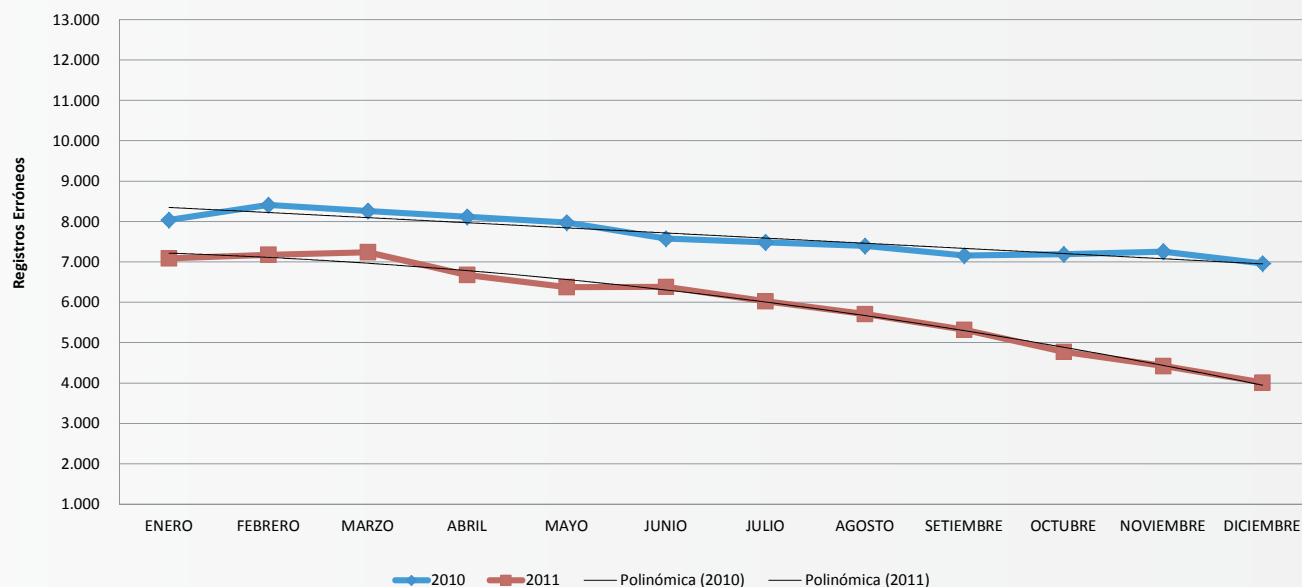


e. Corrección de registros erróneos

Se logró un avance importante con miras a minimizar el ingreso de datos erróneos, por parte de los patronos, en las facturaciones del periodo 2011, situación que se observa en el gráfico siguiente donde se refleja como la incidencia de registros erróneos facturados, fue decreciendo durante todo el año.

Al compararlo con el año anterior (2010) esta disminución representa un 23%, cifra halagadora por cuanto se logra contener el ingreso masivo de datos erróneos. Al cierre del año, la cantidad de erróneos facturados fue de 4,010 trabajadores mientras que el total facturado fue de 1,260.642, lo que representó un índice de presencia de erróneos de apenas el 0.32%, resultado sumamente bajo y en consecuencia satisfactorio.

**INCIDENCIA DE INGRESO DE REGISTROS ERRÓNEOS
PERIODO 2010-2011**



Fuente: Dirección SICERE.

Adicionalmente, se utilizaron las funcionalidades de la aplicación de Corrección Manual de Registros Erróneos (CMRE) del sistema SICERE, y otros procesos de corrección, que permitieron analizar 76,642 registros almacenados como erróneos, de los cuales fue posible corregir 45,724.

f. Libre Transferencia entre entidades.

Durante el año 2011, se aplicaron 385,688 movimientos de 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. Del total de movimientos, 196,841 correspondieron al Fondo de Capitalización Laboral y 188,847 al Régimen Obligatorio de Pensiones.

El detalle mensual de movimientos aplicados se muestra en el siguiente cuadro.

TRASLADOS APLICADOS POR LIBRE TRANSFERENCIA AÑO 2011

Mes	BN Vital OPC	INS Pensiones OPC	Popular Pensiones OPC	Vida Plena OPC	BAC San José Pensiones OPC	BCR Pensiones OPC	CCSS OPC	TOTAL
Enero	3.804	829	7.456	2.105	1.723	5.627	1.542	23.086
Febrero	5.394	1.260	8.487	3.763	3.656	6.682	1.747	30.989
Marzo	8.504	1.734	9.312	5.365	4.745	7.325	1.631	38.616
Abril	3.940	1.288	6.972	3.198	2.939	5.020	1.283	24.640
Mayo	6.404	1.675	9.994	5.346	3.662	7.922	1.842	36.845
Junio	6.289	1.832	8.448	5.928	3.711	7.956	1.683	35.847
Julio	6.049	1.812	8.311	4.381	2.777	6.595	1.519	31.444
Agosto	6.677	2.466	9.107	4.861	2.626	7.551	1.959	35.247
Setiembre	7.844	2.883	4.968	4.727	3.405	7.563	1.984	33.374
Octubre	7.178	2.949	5.108	4.387	3.536	7.020	2.243	32.421
Noviembre	9.214	3.508	5.748	4.714	4.106	8.769	2.177	38.236
Diciembre	5.910	2.241	3.099	3.327	3.666	5.233	1.467	24.943
TOTAL	77.207	24.477	87.010	52.102	40.552	83.263	21.077	385.688

Fuente: Dirección SICERE.

g. Traslado de Aportes a las Operadoras de Pensiones.

Para el año 2011, a través del Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE), se individualizaron y distribuyeron \$277,202 millones a las cuentas individuales de los trabajadores administradas por las Operadoras de Pensiones (\$195,025 millones para el Fondo de Capitalización Laboral y \$82,177 millones para el Régimen Obligatorio de Pensiones), lo cual representa aproximadamente un 11.62% más en relación con el año 2010.

La entidad que percibió la mayor cantidad de recursos fue Popular Pensiones OPC, con \$90,652 millones, lo que representa un 32.70% del total, seguido de BN Vital OPC, con \$51,733 millones, lo que representa un 18.66% y BCR Pensiones OPC con \$36,138 millones un 13.04%.

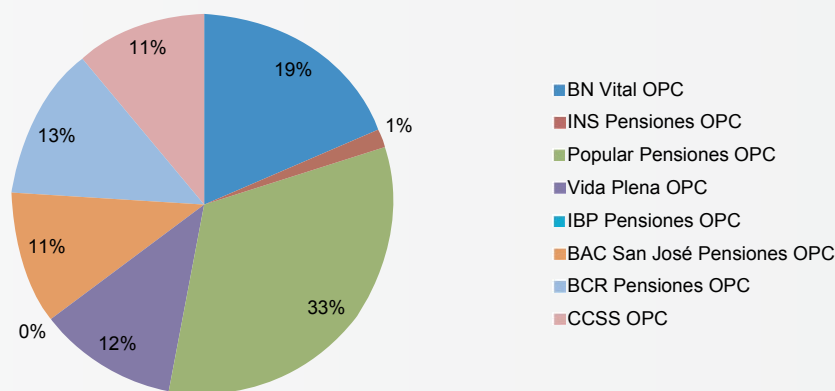
El siguiente cuadro muestra el detalle del monto total distribuido por entidad para el año 2011.

**DISTRIBUCIÓN DE APORTES LPT A LAS OPERADORAS DE PENSIONES
AÑO 2011**

Entidad	Fondo de Capitalización Laboral (FCL)	Régimen Obligatorio de Pensiones (ROP)	Total	%
BN Vital OPC	36.884.542.671,00	14.848.637.457,00	51.733.180.128,00	18,66%
INS Pensiones OPC	2.758.851.659,00	1.358.329.752,00	4.117.181.411,00	1,49%
Popular Pensiones OPC	57.347.219.941,00	33.305.553.592,00	90.652.773.533,00	32,70%
Vida Plena OPC	22.155.404.751,00	10.747.464.971,00	32.902.869.722,00	11,87%
IBP Pensiones OPC	48.329.865,00	24.322.827,00	72.652.692,00	0,03%
BAC San José Pensiones OPC	20.886.661.589,00	10.280.908.784,00	31.167.570.373,00	11,24%
BCR Pensiones OPC	25.597.713.880,00	10.540.441.701,00	36.138.155.581,00	13,04%
CCSS OPC	29.346.401.718,00	1.071.364.445,00	30.417.766.163,00	10,97%
TOTAL	195.025.126.074,00	82.177.023.529,00	277.202.149.603,00	100,00%

Fuente: Dirección SICERE.

**DISTRIBUCIÓN DE APORTES LPT
AÑO 2011**



Fuente: Dirección SICERE.



A partir de la tercera semana del mes de enero, se materializó la fusión por absorción entre IBP Pensiones y Popular Pensiones OPC, prevaleciendo ésta última, de ahí que el monto registrado de distribución a IBP Pensiones sea sumamente bajo, siendo que éste corresponde únicamente a las 2 primeras semanas del año.

h. Lanzamiento del portal de SICERE e integración de nuevos servicios en la Oficina Virtual del SICERE

Otro de los logros importante de la Dirección SICERE y fieles a la visión de ofrecer mayores comodidades a los usuarios del SICERE a través de la implementación de una Plataforma Virtual de Atención para resolver trámites y consultas, se integraron a la Oficina Virtual del SICERE nuevas facilidades para el acceso mediante firma digital certificada, asimismo se integraron componentes que facilitan la solicitud de acceso mediante un formulario digital, así como la posibilidad de regenerar la contraseña de forma automática en caso de que el usuario la haya olvidado.

Se integró un componente de servicio de ayuda en línea, el cual permite a los usuarios externos entablar una sesión mediante chat con un funcionario de la institución, para atender consultas o resolver trámites relacionados con el quehacer de la Dirección SICERE, sin necesidad de desplazarse hasta las oficinas de la CCSS.

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

Para el año 2011, se realizó la auditoría de seguimiento al Sistema de Gestión de la Calidad y Mejora Continua de la Dirección SICERE, certificado bajo la norma ISO 9001:2008, con resultados positivos, por cuanto las observaciones realizadas por la Auditoría Externa fueron mínimas, lo que demuestra que se ha realizado un esfuerzo importante para integrar el Sistema al quehacer diario de la Dirección SICERE, procurando la mejora continua de los procesos y la satisfacción al cliente.

Asimismo, se trabajó arduamente en la documentación de todos los procedimientos que se desarrollan en la Dirección SICERE bajo el formalismo que requiere la norma, con la finalidad de ir integrándolos gradualmente al Sistema y optar, en un futuro cercano, por la extensión del alcance de la certificación, de forma tal que se abarquen todas las gestiones que se realizan en la Dirección.

Dirección Financiero Contable

La Dirección Financiero Contable es responsable de administrar los procesos para asegurar la estabilidad y sostenibilidad económica y financiera de la Institución mediante la administración eficiente del efectivo para garantizar el financiamiento de la atención de la salud y mantener el equilibrio financiero del régimen de pensiones.

Dentro de los principales logros y gestiones del periodo 2011, destacan los siguientes:

a. Gestión Financiera

En materia de gestión financiera, en el año 2011, esta Dirección, gracias a diferentes alianzas estratégicas y comerciales con entidades del sector público y privado, incrementó los puntos de pago disponibles para la cancelación de las cuotas por parte de patronos, asegurados voluntarios y trabajadores independientes.

Lo anterior, producto de las relaciones establecidas con el Banco Nacional, entidad que integra, a través de su plataforma tecnológica, a diferentes entidades financieras y comerciales, tales como los puntos Servimás (ubicados en los supermercados Palí, Mas x Menos, Maxibodegas y Walmart), Farmacias SUCRE, grupo MUCAP, Banco Popular, Lafise, Scotiabank así como los puntos comerciales denominados BN Servicios, los cuales suman 2.412.

A continuación, se enlista el total de agencias recaudadoras externas al 31 de diciembre del 2011, así como su porcentaje de participación:

DETALLE DE LAS AGENCIAS RECAUDADORAS EXTERNAS AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2011

Distribución Agencias Recaudadoras Externas		
Agencias	Puntos	%
Agencias Banco Nacional (*)	192	
Banco Lafise	16	
Banco Popular	98	
Banco Scotiabank	39	
Servimás Más x Menos	25	
Servimás Palí	21	
Servimás Maxi Bodega	13	
Servimás Hipermás	6	



Agencias	Puntos	%
Farmacias SUCRE	50	
Grupo MUCAP	17	
Grupo Mutual	56	
Otros	31	
Total Corresponsales Banco Nacional	372	
Banco Nacional	564	36,84%
Banco de Costa Rica	352	22,99%
Megasuper	84	5,49%
Corporación CEFA	101	6,60%
Coopealianza	40	2,61%
Banco Bac San José	53	3,46%
BanCrédito	293	19,14%
Banco HSBC	44	2,87%
Total	1.531	100%

Observaciones:

(*) Existen, también, alrededor de 2.412 BN Servicios.

Fuente: Subárea Recaudación Externa, CCSS.

Lo anterior, sumado a las 83 Sucursales de la Institución, ofrece los patronos, asegurados voluntarios y trabajadores independientes, un total de 1.614 puntos o centros de recaudación.

Asimismo, y con el fin de brindar opciones de pago eficaces y eficientes al usuario, se habilitaron también otras modalidades, como la herramienta Autogestión Planilla en Línea, la cual permite realizar tanto el pago de las cuotas así como actualizar los datos obrero patronales (inclusiones, exclusiones, cambios salariales, etc.); además, de facilitar las gestiones para los trabajadores independientes y asegurados voluntarios.

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

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

Seguidamente se muestra el detalle de las sumas recaudadas:

**RECAUDACIÓN AUTOGESTIÓN PLANILLA EN LÍNEA
DÉBITOS EN TIEMPO REAL
(MONTOS EN COLONES CORRIENTES)**

Periodo	Casos	Monto recaudado
Enero	191	¢ 1.074.950.642
Febrero	219	¢ 841.573.286
Marzo	264	¢ 1.265.314.683
Abril	296	¢ 1.540.077.766
Mayo	364	¢ 1.066.730.051
Junio	401	¢ 1.115.761.493
Julio	458	¢ 1.493.566.348
Agosto	486	¢ 1.476.810.084
Setiembre	516	¢ 1.324.198.879
Octubre	568	¢ 1.400.239.252
Noviembre	585	¢ 1.570.963.982
Diciembre	578	¢ 1.455.170.692
Total	4.926	¢15.625.357.158

Fuente: Subárea Recaudación Externa, CCSS.

Adicionalmente, la Dirección Financiero Contable fortaleció las acciones dirigidas a la recaudación de las cuotas obrero patronal, trabajador independiente y asegurado voluntario, de ambos Seguros (Salud y Pensiones) brindándole al usuario diferentes puntos de pago, tanto en forma física como electrónica.

Lo anterior, ha permitido que los ingresos por recaudación hayan aumentado de ¢1.483.253,00 millones, según los datos históricos del año 2008 a ¢2.101.190,00 millones, en el periodo 2011, es decir, un crecimiento de ¢702.674,70 millones en el periodo.



b. Gestión Contabilidad y Control Activos y Suministros

Durante el año 2011, el Área Contabilidad y Control de Activos y Suministros, desarrolló diferentes acciones relacionadas con su gestión, Desarrollo de módulos en los Sistemas de Activos y Suministros.

- a) Se desarrolló en el Sistema Contable de Bienes Muebles el “Módulo de Compras a Plazo”, para registrar contablemente y administrar de forma correcta las compras realizadas mediante esta modalidad, en los sistemas de información financiera institucionales. (Un ejemplo de lo anterior es la adquisición de equipo y líneas telefónicas celulares a plazo).
- b) Se desarrolló e implementó en el Sistema Contable de Bienes Muebles el “Módulo de Control de Activos por Empleado Responsable”, lo cual permite que para el inventario de activos del período 2011, se logre que todos los activos localizados físicamente, contarán con los niveles elementales de control asignados, a saber por unidad ejecutora, servicio, localización y por funcionario responsable, lo anterior en fortalecimiento a lo que establecen las “Normas de Control Interno para el Sector Público” y de la información financiera institucional.
- c) Automatización de Carga Masiva para Cierre Contable de Sistema Informático de Farmacias “SIFA”: Se logró que un total de 60 Unidades Ejecutoras utilicen el “Módulo de carga masiva para el cierre contable del Sistema Informático de Farmacias (SIFA)”, cuyo objetivo es que las unidades carguen desde su lugar de trabajo la información correspondiente al cierre mensual, lo anterior representa que la herramienta este implementada en un 53% a nivel nacional.
- d) Capacitación en Materia de Activos y Suministros a Administradores, Encargados de Activos y Encargados de Farmacia: Como parte del plan de trabajo se impartió el curso denominado “Control de Activos, Marco Legal y Uso del Programa Sistema Contable de Bienes Muebles (SCBM)”, a 91 administradores y encargados de activos, mediante lecciones presenciales y uso de laboratorio informático, actividad que se ejecutó con recursos profesionales de esta Área.

Producto de lo anterior, al 31 de diciembre de 2011, cada unidad ejecutora dispone de la herramienta ‘Sistema Contable de Bienes y Servicios (SCBM) en línea’, para aplicar los documentos contables relacionados con traslados, ajustes, mejoras, cambios de características, reingresos, cambios de código, ingresos y donaciones.

Lo cual implica mayor oportunidad de la información en los estados financieros institucionales. Adicionalmente, se brindó asesoría a encargados de farmacia de 50 unidades ejecutoras, en el uso del módulo de automatización de la carga masiva para el cierre contable, lo anterior con el fin de desconcentrar esta función y el proceso sea más ágil y oportuno, con el consecuente beneficio a la información financiera institucional.

c. Gestión Administración y Aseguramientos de Bienes

Durante el año 2011, en el Área de Administración y Aseguramiento de Bienes se destacaron como principales acciones aquellas dirigidas al control de las propiedades del Seguro de Salud y la evaluación e implementación de mecanismos eficientes para el aseguramiento a todos los activos patrimoniales de la Institución (edificios, equipos, maquinaria y suministros).

En materia de Administración de Propiedades, se logró con la colaboración del Profesional en Topografía, único en esta categoría o perfil en la Institución, y asignado a esta unidad, dotar de planos 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.

Los casos atendidos fueron los siguientes:

1. Esparza	13. Clínica Carlos Durán
2. Dirección Regional de Puntarenas	14. Parte Clínica Palmares
3. Sucursal de Parrita	15. EBAIS Venecia San Carlos
4. Sucursal de Puntarenas	16. Clínica de La Fortuna
5. Área Salud Heredia Cubujuquí	17. Alajuela Central
6. Sucursal Orotina	18. Terreno p/ Sucursal San Rafael
7. Antigua Clínica de Orotina	19. Clínica Vieja Santo Domingo
8. Almacén Regional de Puntarenas	20. Sucursal San Joaquín de Flores
9. Clínica de Miramar	21. Clínica San Joaquín de Flores
10. EBAIS de San Mateo	22. Antigua Clínica de Aguas Zarcas
11. Sucursal San Isidro del General	23. Catastro p/ permuta en Grecia
12. Clínica de Santa Cruz	24. EBAIS Barú Pérez Zeledón

En cuanto al proceso de Aseguramiento de los Bienes Institucionales, es necesario destacar la inspección y constante asesoría en materia de prevención de riesgos, efectuada por el equipo de ingenieros de la Subárea de Gestión del Aseguramiento.

Como parte del aseguramiento de bienes institucionales, esta Área administra nueve pólizas, las cuales dan protección al patrimonio institucional incluidos edificios, equipo, suministros o mercadería y vehículos, además de lo relacionado con los riesgos laborales de los funcionarios de la CCSS, así como la póliza especial que da cobertura a los funcionarios del Ministerio de Relaciones Exteriores.

En el año 2011 se renovaron los contratos de pólizas con el Instituto Nacional de Seguros. En la siguiente tabla se muestran los montos de primas canceladas al INS por el periodo 2010-2011.

**PRIMAS CANCELADAS AL INS
2010-2011**

Póliza	Monto Pagado
INS Médico	¢1.155.532.428,22
Todo Riesgo Incendio	¢1.066.898.687,10
Vehículos Uso Particular	¢80.861.342,00
Vehículos Uso Discrecional	¢9.052.151,00
Embarcaciones	¢689.215,00
Responsabilidad Civil Calderas	¢427.162,00
Aéreo seguros	¢162.372,00
Responsabilidad Civil Piscinas	¢110.782,00
Casco	¢80.000,00

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 2011 se realizaron 15 inspecciones en conjunto con peritos del Instituto Nacional de Seguros con el fin de determinar posibles situaciones de siniestro, además, se realizaron 22 visitas de seguimiento a los informes del INS. Por otra parte, se efectuaron 25 visitas de verificación de avance de las medidas de seguridad incluidas en el Plan Continuo de Mejoramiento de Riesgos de diferentes centros de salud y edificios administrativo de la CCSS.

Asimismo, se concluyeron las gestiones relacionadas con siniestros ocurridos en el periodo 2010 – 2011, destacando la indemnización realizada por la suma de \$ 15.810,00 por el incendio ocurrido en el Piso 8 del Edificio Jenaro Valverde Marín.

d. Otros Asuntos de Interés

Proyecto de Modernización Sistema Financiero Institucional

Producto de un análisis emitido la Contraloría General de la República, la CCSS inició un proceso para desarrollar el Proyecto de Modernización del Sistema Financiero Institucional. El proyecto tiene tres fases y deben ser concluidas en un plazo de 5 años.



El Modelo plantea bajo un marco conceptual altamente integrado que busca mejorar la operación institucional en materia financiero contable y de costos. De este modo, todos los componentes del modelo resultan fundamentales para garantizar un manejo integrado, consistente y oportuno de la información, la eventual omisión de algún elemento provocará, sin lugar a duda, el “desbalance” de la propuesta y en tal caso no se podrán alcanzar los objetivos establecidos para el proyecto, desatendiendo necesidades de información en los diferentes ámbitos institucionales que permitirían mejorar la gestión de la administración.





Negociación de la deuda Estatal

En materia de negociación de la deuda estatal, durante el año 2011, se presentaron dos propuestas de convenio, los cuales fueron aprobadas por la Junta Directiva y el Ministerio de Hacienda, suscribiéndose el primero de ellos en julio 2011 por la suma de ₡85.258,6 millones y cancelado en un 100%.

El segundo, fue firmado en octubre 2011, por la suma de ₡123.193,0 millones, de los cuales corresponde al Seguro de Salud ₡86.728,5 y al Seguro de Pensiones ₡36.464,5. De lo adeudado en este convenio, ingresó el pasado 27 de diciembre 2011, el pago a través de títulos valores por la suma de ₡52.549,8 millones de colones, los cuales se encuentran todavía a la venta.

Dirección de Presupuesto

Para el periodo 2011, la Caja Costarricense del Seguro Social, dispuso de ₡ 2,184,861.6 millones, a fin de ser ejecutado según la gestión propia del Seguro de Salud, el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y el Régimen No Contributivo de Pensiones.

La asignación del Seguro de Salud fue de ₡1, 362,568.3 millones, el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte contó con ₡ 715,663.5 millones y por último, el Régimen No Contributivo de Pensiones su presupuesto sumó ₡ 106,629.8 millones.

Ejecución del Presupuesto

Los ingresos recibidos al 31 de diciembre del 2011, fueron de ₡1,310,862.8 millones en el Seguro de Salud, ₡737,249.5 millones en el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y ₡110,217.2 millones en el Régimen No Contributivo, para un total de general de ₡2,158,329.5 millones.

En cuanto a los egresos, en el Seguro de Salud sumaron ₡1,280,166.7 millones, mientras que en el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte alcanzaron ₡629,594.3 millones y en el Régimen No Contributivo de Pensiones fueron de ₡102,371.4 para un total de ₡2,012,132.6 millones.

La diferencia Ingresos – Egresos acumulada al 31 de diciembre del 2011, fue de ₡30,696.1 millones en el Seguro de Salud, ₡107,655.2 millones en el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y ₡7,845.8 millones en el Régimen No Contributivo de Pensiones, dando como resultado total la cifra de ₡146,197.1 millones.

En el cuadro 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 2011
(EN MILLONES DE COLONES)

DETALLE	SALUD	IVM	RNC	TOTAL
Ingresos	1.310.862,8	737.249,5	110.217,2	2.158.329,5
Ingresos Corrientes	1.268.820,7	593.922,3	103.191,4	1.965.934,4
Contribuciones Sociales	1.047.201,1	449.759,5	-	1.496.960,6
Ingresos No Tributarios	49.556,3	115.830,8	395,6	165.782,7
Transferencias Corrientes	172.063,3	28.332,0	102.795,8	303.191,1
Ingresos de Capital	3.609,2	42.333,7	-	45.942,9
Ingresos Financiamiento	38.433,0	100.993,5	7.025,7	146.452,2
Egresos	1.280.166,7	629.594,3	102.371,4	2.012.132,4
Remuneraciones	858.259,1	6.255,5	-	864.514,6
Servicios	102.590,5	14.177,6	3.305,4	120.073,5
Materiales y Suministros	196.027,5	93,8	-	196.121,3
Intereses y Comisiones	2.025,6	5.412,8	-	7.438,4
Activos Financieros	33,9	136.387,1	-	136.421,0
Bienes Duraderos	26.968,8	115,8	-	27.084,6
Transferencias Corrientes	86.959,0	467.151,7	99.066,0	653.176,7
Amortización	7.302,3	-	-	7.302,3
Diferencia	30.696,1	107.655,2	7.845,8	146.197,1

Fuente: Informe de liquidación presupuestaria a diciembre del 2011, Seguro de Salud, IVM y RNC.

Seguidamente, en los cuadros 2 y 3 se muestra las Contribuciones de la Seguridad Social del Seguro de Salud y del Régimen de Invalidez Vejez y Muerte y al final del documento los cuadros con un resumen detallado.

CUADRO N°2
SEGURO DE SALUD CONTRIBUCIONES A LA SEGURIDAD SOCIAL
PERIODO 2010-2011
(EN MILLONES DE COLONES)

Concepto	2010	2011	% Var
Sector Público	429.966,1	484.336,5	12,6
Sector Privado	503.769,2	562.864,6	11,7
Total	933.735,3	1.047.201,1	12,2

Fuente: Informe de Liquidación Presupuestaria a diciembre de 2011.

El monto total recibido en Contribuciones a la Seguridad Social para el Seguro de Salud durante el período 2011 es de ¢1,047,201.1 millones, el cual para el periodo 2010 fue de ¢933,735.3 millones, lo cual representa un 12.2% de crecimiento.

Las contribuciones del sector público para el año 2011 fue de ¢484,336.5 millones mostrando un crecimiento de 12.6% con respecto al monto de ¢429,966.1 percibido en el año 2010. Por su parte, por contribuciones del sector privado ingresaron ¢562,864.6 millones, mientras que para el 2010 el monto fue de ¢503,769.2 millones mostrando un crecimiento del 11.7%.

CUADRO N°3
RÉGIMEN DE INVALIDEZ VEJEZ Y MUERTE CONTRIBUCIONES
A LA SEGURIDAD SOCIAL
PERIODO 2010-2011
(EN MILLONES DE COLONES)

Concepto	2010	2011	% Var
Sector Público	140.186,0	154.925,5	10,5
Sector Privado	260.867,5	294.833,9	13,0
Total	401.053,5	449.759,5	12,1

Fuente: Informe de Liquidación Presupuestaria a diciembre de 2011.

En el Régimen de invalidez, Vejez y Muerte, los ingresos por contribuciones para el periodo 2011 fueron de ¢449,759.5 millones mostrando un crecimiento del 12.1% con respecto al año 2010. Estos ingresos los constituyen ¢154,925.5 millones por contribuciones del sector público y ¢294,833.9 por contribuciones del sector privado.

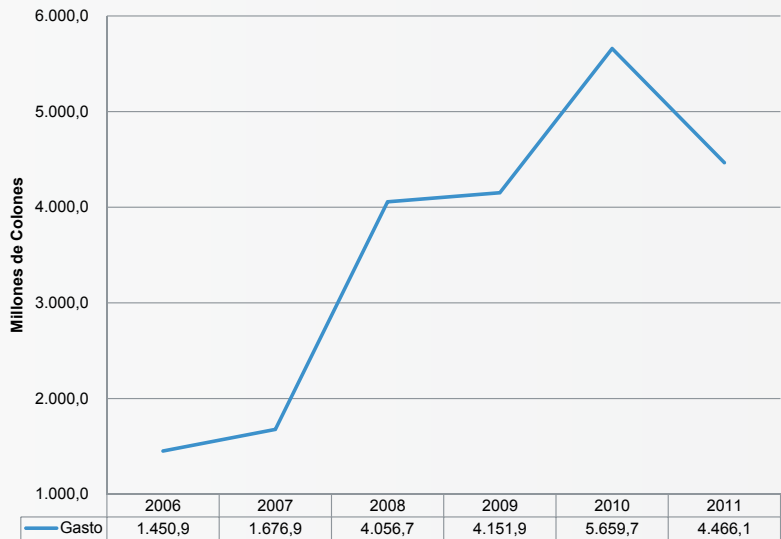
Adicionalmente en el Régimen de Invalidez Vejez y Muerte, se presenta un crecimiento del 10.5% en la contribuciones del sector público con respecto al año anterior de igual manera las contribuciones del sector privado muestran un crecimiento del 13.0%.

Financiamiento de Programas Específicos

Dentro de los programas financiados en el periodo 2011 destacan los siguientes:

1. Programa de vacunación: Durante los últimos años se ha venido fortaleciendo el programa de vacunación a través de la incorporación de nuevas vacunas y la extensión de la cobertura, hecho que se refleja en el aumento de los recursos dedicados a tal fin, los cuales pasaron de ¢1,450.9 millones en el 2006 a ¢4,466.1 en el período 2011, lo cual significa un 207.8% de crecimiento. Lo anterior se refleja en el siguiente gráfico:

**GRÁFICO NO. 1
SEGURO DE SALUD INVERSIONES EN VACUNAS
PERIODO 2006-2011**



Por otra parte se presenta a continuación un detalle de las vacunas brindadas a la población a través de este programa.

**CUADRO N°4
SEGURO DE SALUD
DETALLE DE VACUNAS DEL PROGRAMA
PERIODO 2011**

Descripción
Inmunoglobulina Varicela
Inmunoglobulina Hepatitis B
Vacuna Antineum. (neumococo 23 valente)
Vacuna Antirabica
Vacuna Conjugada Hepta-Valente Neumoc.
Vacuna de Hepatitis B
Vacuna Diftero-tetánica Adsorbida
Vacuna Influenza de Virus
Vacuna Neumococcica Conjugada
Vacuna Neumococica Polivalente
Vacuna Pentavalente DPT
Vacuna Rotavirus uso oral
Vacuna Sarampion Rubeola y Parotiditis
Vacuna Tuberculosis Atenuada
Vacuna Varicela de virus vivos

Fuente: Sistema Integrado Institucional de Presupuesto 2006-2011.

2. Reforzamiento de servicios: Para el año 2011, se crearon 750 plazas con un costo total de ¢7,484.2 millones, con las cuales se reforzaron los servicios de salud prestados por la Institución en el territorio nacional.

CUADRO N°5
RESUMEN DE PLAZAS NUEVAS PERIODO 2010-2011
(EN MILLONES DE COLONES)

Año	Plazas creadas	Costo
2011	750	7.484,2
Total	750	7.484,2

Fuente: Dirección de Presupuesto.

Del total de plazas creadas en el período 2011, la mayoría corresponden a los servicios de atención directa a la salud, destacando 410 de personal de enfermería, 186 plazas para médicos especialistas recién formados como parte de la estrategia institucional de fortalecer la atención especializada, 75 plazas para técnicos en ciencias médicas y 28 plazas para otros profesionales médicos. También se crearon 33 plazas en servicios generales y 18 plazas para personal de apoyo con las cuales se han reforzado los servicios.

CUADRO N°6
RESUMEN DE PLAZAS NUEVAS
PERIODO 2011

Unidad/ Clave Puesto	Total de plazas
Personal de enfermería	410
Médicos especialistas	186
Técnicos en ciencias médicas	75
Personal de servicios generales	33
Profesionales médicos y apoyo	28
Otros	18
Total	750

Fuente: Dirección de Presupuesto.

3. Inversiones: Los recursos dirigidos a las inversiones en infraestructura, maquinaria y equipo para el periodo 2011, en el presupuesto del Seguro de Salud, sumaron ¢36,311.1 millones de los cuales se ejecutaron ¢26,968.8 millones, distribuidos en ¢18,962.1 millones y ¢8,006.7 millones en Maquinaria y Equipo e Infraestructura respectivamente.

CUADRO N° 7
SEGURO DE SALUD PERIODO 2011
(EN MILLONES DE COLONES)

Descripción	Asignación	Ejecución	%Ejec.
Maquinaria y Equipo	21.937,8	18.962,1	86,4%
Infraestructura y terrenos	14.373,3	8.006,7	55,7%
Total de Inversión	36.311,1	26.968,8	74,3%

Fuente: Informe de Liquidación Presupuestaria 2011.

A continuación en el cuadro N° 8, se muestra la inversión más representativa realizada en Maquinaria y Equipo e Infraestructura en el periodo 2011 en el Seguro de Salud.

CUADRO N° 8
SEGURO DE SALUD
DETALLE DE LAS INVERSIONES
PERIODO 2011
(EN MILLONES DE COLONES)

Partida Presupuestaria	Monto
Maquinaria y Equipo	9.552,5
•Hospital San Juan de Dios compra de incubadoras para neonatos.	131,1
•CENARE compra de sillas de ruedas.	88,8
•Hospital Dr. Max Peralta compra set laringoscopios niño y adulto, carro para almacenamiento de medicamentos y desfibrilador.	3.951,5

Partida Presupuestaria	Monto
●Proyecto Fort. Atenc. Integral Cáncer Jaula de Faraday, monitor de signos vitales inyector de medios de contraste para el Equipo de Resonancia Magnética.	110,3
●Plan Nacion. Infraestructura: Equipo complementario de Resonancia Magnética. Negatoscopio, sillas de ruedas, unidad de monitoreo e inyector de medios de contraste microscopios de diferentes tipos, incinerador de asas, medidor de PH.	367,7
●Direcc de arq. y desarrollo de proyectos: equipo salas de cirugía Hosp de guápiles.	535,4
●Proyecto de Modernización: Compra de ventiladores pulmonares Hospital de las Mujeres y CENARE.	121,2
●Programa de Compra Maq. Y Eq. Institucional: Unidades Dentales, Equipos de Ultrasonidos, Rayos X Fijos y móviles para diversos centros hospitalarios.	1.633,5
●Hospital Nacional de Niños: equipo de aire acondicionado para salas de rayos x.	1.352,2
●Direcc. De producc. Industrial: Lavadora industrial para Lavandería Zeledón Venegas, una lavadora extractora industrial para Lavandería Central y caldera de vapor para el Lab de Soluciones parenterales.	327,5
●Sistema de llenado, tapado, dosificado y etiquetado Lab. Soluc Parenterales.	184,8
●Sistema de aire compresor Lab. Soluc. Parenterales.	132,0
●Sistemas de rayos X Hospital Calderon Guardia.	616,5
Infraestructura	5.144,5
●Adquisición de terreno para la construcción del Nuevo Hospital Dr. William Allen Taylor, Turrialba.	255,1
●Reforzamiento estructural y reconstrucc. del sistema electromecánico Hosp. Ciudad Neilly.	1.888,5
●Construcción y equipamiento CAIS de Desamparados.	1.248,2
●Ampliación y equipamiento Salas Quirúrgicas del Hospital de Guápiles.	333,6
●Planta de tratamiento y obras complementarias del Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega - San Ramón.	161,7
●Obras complementarias de Osa (proyecto señalización y mejoras en los aires acondicionados.	204,1
●Construcción y Equipamiento EBAIS Purral-Bellavista. Avances del 1 al 9 y sus respectivos reajustes de precios.	687,8
●Construcción y Equipamiento del nuevo Hospital de Heredia. Cancelación del avance 7 y 8 de previsión presupuestaria y sus ajustes.	197,5
●Instalación sistemas de puertas corredizas en el pasillo de torre de hospitalización del Hospital Monseñor Sanabria.	168,0



Dirección Ejecutiva Fondo Retiro Ahorro y Préstamo

El Fondo de Retiro Ahorro y Préstamo se crea 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...”

A partir de ese momento, el FRAP como tal se mantuvo inmerso en la Contabilidad General de la Institución; en el año 1970 se le brinda el rango de Sección, adscrita a la Dirección Financiero Contable de la CCSS.

El 08 de enero del 2004, mediante el artículo 7° de la sesión N° 7823, la Junta Directiva de la institución decide efectuar modificaciones reglamentarias al FRAP, mismas de 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 18° del reglamento del FRAP.

A partir de la creación de la Dirección Ejecutiva del FRAP, inicia un trabajo de consolidación de procesos y búsqueda de espacio físico en que se logró la ubicación de las oficinas en la planta baja del Edificio Jenaro Valverde.

Finalmente, producto de la reestructuración de la Gerencia Financiera, aprobada por la Junta Directiva en noviembre 2007, se integra a la Dirección Ejecutiva, la Subárea Gestión Contable del FRAP y se crean la Subárea de Administración y Logística y Subárea de Gestión de Inversiones.

Fondo de Retiro de los 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 del año 2011:

NÚMERO ACUMULADO DE AFILIADOS Y PENSIONADOS TOTALES PERÍODO 2002- 2011

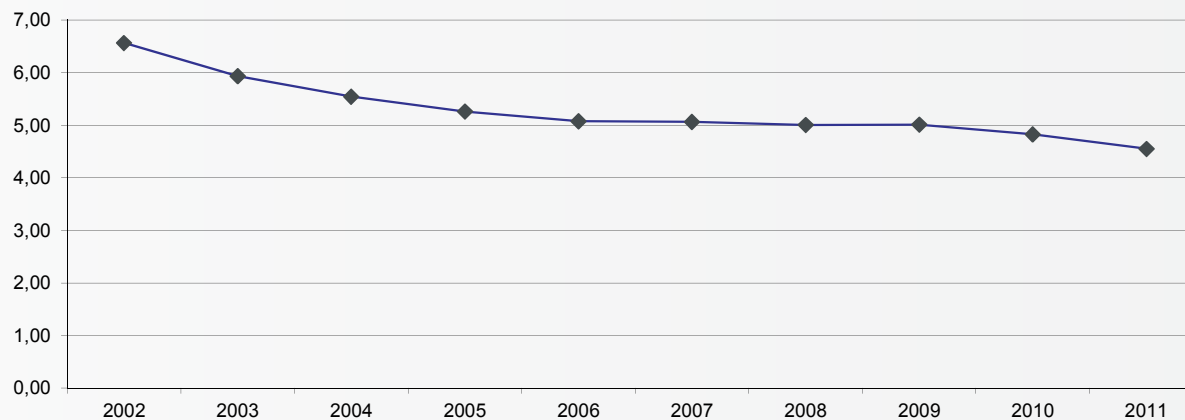
Año	Afiliados	Pensionados	Radio Soporte
2002	35714	5439	6,57
2003	35812	6033	5,94
2004	36574	6596	5,54
2005	37723	7175	5,26
2006	39421	7764	5,08
2007	41944	8279	5,07
2008	44349	8860	5,01
2009	47341	9445	5,01
2010	48933	10138	4,83
2011	49185	10805	4,55

Fuente: Estadísticas del Fondo de Retiro Empleados.

Según el cuadro, el número de afiliados ha ascendido periódicamente hasta alcanzar la suma de 49.185 al cierre del mes de Diciembre 2011. Igual comportamiento se presenta con el número de pensionados, que cerró en diciembre en la suma de 10.805 beneficiarios del FRE.

Respecto al radio soporte, este indicador corresponde a la cantidad de afiliados que respaldan el pago de una pensión complementaria. En relación con el gráfico, se aprecia como se ha disminuido desde el año 2002, hasta llegar a diciembre 2011 a ubicarse 4.55 personas por pensión.

RADIO SOPORTE PENSIONADOS PERIODO 2002-2011



El Radio de Soporte es una comparación entre la cantidad de afiliados y pensionados, la cual tiene como objetivo, obtener la cantidad de afiliados que existen por cada pensionado.

Fuente: Fondo de Retiro de Empleados.

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

CANTIDAD DE PENSIONADOS -POR RIESGO- AL 31 DE DICIEMBRE 2010-2011

AÑO	RIESGO				
	INVALIDEZ	VEJEZ	MUERTE	OTROS	TOTAL
2010	3545	4755	1063	775	10138
2011	3602	5311	1123	769	10805
Variación porcentual	1,61%	11,69%	5,64%	-0,77%	6,58%

Fuente: Estadística del Fondo de Retiro.

Del cuadro anterior, se resalta que el total de pensionados alcanza la suma de 10.805 personas, de los cuales el mayor número de pensionados corresponde a los casos por vejez con 5.311 casos, invalidez con 3.602 casos, muerte con 1.123 y 769 corresponden a casos por Hacienda o Magisterio.

En relación con el aporte con que se financia estas pensiones, al cierre del mes de diciembre 2010, alcanzó la cifra de ¢10.993,59 millones, mientras al cierre de diciembre 2011 presentaba un monto de ¢11,797.29 millones.

El histórico del Gasto por pensiones, han mantenido una tendencia creciente que alcanzó los ¢7.676,63 millones al cierre de diciembre 2010, llegando a un tope máximo por pensión de ¢288.144.00 al cierre de diciembre 2011, el monto acumulado llegó a ¢9,096.81 millones con un tope máximo por pensión de ¢295,552.00.

b. Inversiones: Con respecto a las inversiones que se efectúan para la capitalización de los aportes, se presenta la distribución del portafolio de inversiones de FRE por sector al 31 de diciembre del 2011, donde el valor facial colonizado del portafolio de inversiones del FRE fue de ¢133.033,46 millones, su rendimiento promedio ponderado fue del 9.217% (este rendimiento no contempla el monto de la cuenta corriente), y su rendimiento real neto fue de 4.274%. Se desglosa de la siguiente forma:

**DISTRIBUCION DEL PORTAFOLIO DE INVERSIONES
DEL FONDO DE RETIRO POR SECTOR
(AL 31 DE DICIEMBRE 2011)**

Sector	Monto ¢	Participación	Part. Según Política	Rendimiento por Sector	RPP(**)
Público	90.104.967.255,56	67,73%	75%	9.39%	6.44%
Resto del sector público	21.794.123.900,00	16.38%	35%	8.86%	1.47%
Privado	19.433.830.990,00	14,61%	100%	8.82%	1.30%
Cuenta corriente	1.700.545.091.93	1,28%			
Total	133.033.467.237.49	100,00%			9.217%

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

** Rendimiento Promedio Ponderado, no contempla el monto de la cuenta corriente ¢1.700.545.091,93.

Fuente: Subárea Gestión de Inversiones.

Del cuadro anterior se desprende que el Fondo acumula reservas por el orden de los ¢133.033,46 millones, colocados mayoritariamente en el sector público con un 59.99%. Por su parte, se destaca el hecho que la distribución de las inversiones se encuentra en estricto apego a la normativa emitida por el Consejo Nacional de Supervisión del Sistema Financiero (CONASSIF) – (SUPEN; SUGEVAL; SUGEF).

DISTRIBUCIÓN DEL PORTAFOLIO DE INVERSIONES DEL FRE POR EMISOR 31/12/2011

Emisor	Monto	Particip.	Particip. Según Política (*)	Rendimiento por Emisor	RPP(**)
BCCR	10.303.741.000,00	7,75%	N/A	7,16%	0,56%
BCAC	2.500.000.000,00	1,88%	10%	8,15%	0,16%
BIMPR	8.606.830.990,00	6,47%	10%	8,03%	0,53%
BNCR	3.682.971.800,00	2,77%	10%	7,52%	0,21%
BPDC	5.134.567.100,00	3,86%	10%	9,44%	0,37%
BSJ	3.390.000.000,00	2,55%	10%	8,62%	0,22%
CNFLUZ	3.750.000.000,00	2,82%	10%	10,50%	0,30%
G	79.801.226.255,56	59,99%	N/A	9,68%	5,88%
ICE	6.726.585.000,00	5,06%	10%	8,49%	0,44%
MADAP	6.850.000.000,00	5,15%	10%	9,97%	0,52%
MUCAP	587.000.000,00	0,44%	10%	8,08%	0,04%
Cuenta corriente	1.700.545.091,93	1,28%	10%		
Total	133.033.467.237,49	100%			9,21%

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

** Rendimiento Promedio Ponderado, no contempla el monto de la cuenta corriente ¢1.700.545.091,93.

Fuente: Subárea Gestión de Inversiones

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.



Es importante señalar que una mayor o menor participación en un emisor, obedece principalmente a las condiciones que éste ofrece a través de las emisiones que saca al mercado en un momento determinado y su comportamiento según el Vector Precios de referencia. En la gestión del portafolio de inversiones, se debe procurar realizar todas las transacciones en las mejores condiciones de mercado posible, tal como se establece en el artículo #39 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social. En otras palabras, se debe tomar en cuenta la calificación de riesgo que tiene asignada el emisor, las tasas ofrecidas, los rendimientos y sus precios.

c. Comités: De conformidad con la estructura organizacional y principalmente para el Fondo de Retiro de Empleados, la Junta Administrativa cuenta con el apoyo de diversos órganos que se encargan de dar apoyo técnico para la toma de decisiones.

Sobre este particular, los comités tienen su origen en estricto apego a la normativa estipulada por la SUPEN, órgano de regulación del FRE, quien solicita que el área Beneficios por Retiro y la subárea Gestión de Inversiones cuenten con el apoyo de los siguientes grupos técnicos:

1. **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.

En relación con los resultados, se determinó que para el segundo trimestre del año 2011, los indicadores de riesgos a los que se encuentra expuesto el portafolio total de inversiones del FRE se encuentran dentro de los límites establecidos en los Reglamentos y Políticas utilizados para este Fondo.

2. **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.

Dichas opciones se deben efectuar en estricto apego al marco normativo de la Superintendencia de Pensiones y marco permitido por la CCSS; es decir, se deben crear políticas de inversión adecuadas a los intereses del Fondo y que cumplan con los requerimientos del mercado de valores costarricense.

3. **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.

Estados financieros del FRE

En este apartado se presenta el resumen de los principales estados financieros del FRE.

FONDO DE RETIRO DE LA CCSS ESTADO COMPARATIVO DE PRODUCTOS Y GASTOS (EN MILLONES DE COLONES) 2006 – 2011

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

Fuente: Estadísticas Subárea Gestión Contable, FRAP.

El cuadro presenta la situación al cierre del mes de diciembre del 2011 en que se tuvo una diferencia de ¢12.105 millones de utilidad.

FONDO DE RETIRO DE LA CCSS BALANCE DE SITUACIÓN (EN MILLONES DE COLONES) 2006 – 2011

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

Fuente: Estadísticas Subárea Gestión Contable, FRAP.

Fondo de Ahorro y Préstamo (FAP)

Comportamiento en la Afiliación

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

**NÚMERO DE AFILIADOS
2007- 2011**

A diciembre	Nº de afiliados	Tasa de Var. %
2007	10.795	6.63
2008	12.040	11.53
2009	14.331	19.03
2010	15.888	10.86
2011	16.282	2.48

Fuente: Área Ahorro y Préstamo.

Se observa que el proceso de promoción y mercadeo ha generado un crecimiento importante en número de afiliados en los últimos años, alcanzando tasas de crecimiento superiores al 10%; y por otra parte, debemos decir que el número de afiliados representan un 34% del total de trabajadores de la Institución.

Casos y montos girados

El Fondo de Ahorro y Préstamo de la CCSS 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:

**TASAS DE INTERÉS
COLOCACIÓN DE CRÉDITO FAP
2011**

TIPO DE PRÉSTAMO	TASA DE INTERÉS*
Sólo Ahorro	15%
Ordinario Fiduciario	17%
Extraordinario	19%
Fiduciario	21%

*Incluye el 1% por concepto de reserva.

Los siguientes cuadros 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:

**NÚMERO DE CASOS Y MONTOS GIRADOS
PRÉSTAMOS SOLO AHORRO
2008-2011
EN MILLONES DE COLONES**

A	Casos	Monto Girado
2008	1,637	1,941
2009	3,096	3,373
2010	3,356	3,51
2011	4,209	4,549

Fuente: Área Ahorro y Préstamo.

**NÚMERO DE CASOS Y MONTOS GIRADOS
PRÉSTAMOS EXTRAORDINARIOS
2008-2011
EN MILLONES DE COLONES**

Años	Casos	Monto
2008	2977	11,824
2009	3155	10,574
2010	3222	13,426
2011	2329	8,512

Fuente: Área Ahorro y Préstamo.

**NÚMERO DE CASOS Y MONTOS GIRADOS
PRÉSTAMOS ORDINARIOS FIDUCIARIOS
2008-2011
EN MILLONES DE COLONES**

Años	Casos	Monto Girado
2008	2724	6,212
2009	2070	3,623
2010	2615	3,443
2011	1319	2,882

Fuente: Área Ahorro y Préstamo.

**NÚMERO DE CASOS Y MONTOS GIRADOS
PRÉSTAMOS FIDUCIARIOS (FRIP)
2008-2011
EN MILLONES DE COLONES**

Años	Casos	Monto
2008	2166	6,277
2009	1662	2,47
2010	1939	2,606
2011	2379	7,421

Fuente: Área Ahorro y Préstamo.

Las líneas de crédito muestran un crecimiento importante, principalmente en las de sólo ahorros y préstamos fiduciarios FRIP de los últimos dos años.

En el caso particular de los préstamos ordinarios, estos presentaron en el 2009 una caída importante, sin embargo al cierre del año 2011 se colocaron 1.319 casos para un monto bruto de ¢10,087 millones y a girar ¢2.882.

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 2008-2011:

**CASOS LIQUIDADOS CONTRA LA RESERVA SEGÚN RÉGIMEN
2008-2011
(MONTO EN MILES DE COLONES)**

Años	Monto
2008	548.380
2009	679.922
2010	776.172
2011	952.646

Fuente: Área Ahorro y Préstamo.

Distribución de excedentes

Con el afán de fortalecer el perfil de beneficios e incentivar la afiliación al Fondo, en setiembre de 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:

**EXCEDENTES PAGADOS
2004-2010
(MONTOS EN MILES DE COLONES)**

Año	Excedentes Pagados	Tasa de Crecimiento %
2004	2.490	5.92
2005	3.000	20.00
2006	3.090	3.00
2007	3.600	16.50
2008	3.550	-1.00
2009	4.400	24.00
2010	5.500	25.00
2011	6.176	12.29

Fuente: Área Ahorro y Préstamo.

Se muestra un crecimiento considerable 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 del 2006 al 2011.

FONDO DE AHORRO Y PRÉSTAMO
ESTADO COMPARATIVO DE PRODUCTOS Y GASTOS
(EN MILES DE COLONES)
2006 - 2011

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

Fuente: Estadísticas Subárea Gestión Contable, FRAP.

Sobre el particular, se aprecia como los productos superan en todos los periodos los gastos ordinarios, generando un saldo positivo que en el año 2011 representó ¢6.361 millones.

Seguido se presenta el Balance de situación del fondo de ahorro y préstamo, con el propósito de reseñar el comportamiento que ha venido mostrando sus principales cuentas.

FONDO DE AHORRO Y PRÉSTAMO
BALANCE DE SITUACIÓN
(EN MILLONES DE COLONES)
2006 - 2011

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

Fuente: Estadísticas Subárea Gestión Contable, FRAP.



La cuenta de activo total representó para el período 2011, un incremento de 14.64% respecto del período anterior; principalmente debido a la captación por los préstamos colocados a los afiliados. El pasivo mantuvo un crecimiento de 4.86% del periodo 2010-2011, considerando la tasa de crecimiento de los afiliados al fondo.

Mejor accesibilidad del FRAP

Desarrollo e implementación del nuevo servicio de Consultas Web del FRAP

La Dirección Ejecutiva del FRAP con el propósito de proyectarse y promocionar sus servicios, implementó desde el año 2005, un sitio WEB en el que se presenta información básica del Fondo de Retiro, Ahorro y Préstamo de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Con dicha página se le brinda a los afiliados del FRAP la facilidad de efectuar consultas mediante internet, sobre sus ahorros, préstamos, beneficiarios, fiadores y la ejecución de proyecciones.

Mediante la incorporación de esta página, se brinda un servicio tecnológicamente eficiente a los usuarios; principalmente porque una importante población de afiliados pertenece a zonas rurales del país, situación que les complica acudir a las oficinas del FRAP.

Además. Permite descentralizar los trámites en oficinas centrales, de esta manera se pueden concentrar esfuerzos en otras solicitudes de nuestros afiliados.

Dirección Coberturas Especiales

Con el inicio de la gestión de esta Dirección, comienza el proceso de atención, divulgación y propuestas de mejora a la gestión de los riesgos atendidos en la Caja, pero que se encuentran cubiertos por pólizas de seguros privados, a través de la instauración de mecanismos e instrumentos jurídicos de aplicación a nivel nacional.

Durante el año 2011, esta nueva estructura trabajó en los siguientes temas estratégicos:

Base de datos del seguro por el Estado

El Área de Coberturas del Estado, impulsó la implementación de una serie de acciones tendientes a la depurar la base de datos del Seguro por el Estado, con el fin de contar con un registro de información, confiable, veraz y oportuno, lo que permite tener un fundamento sólido para realizar una facturación adecuada al Estado.



Es la primera vez que se realiza un procedimiento detallado de filtrado de esta base de datos, se generó información de carácter trimestral para facturar al Estado, con la perspectiva que en corto plazo, se pueda realizar un filtrado automático y tener la información en forma mensual, situación que redundaría en una mejora sustancial de la gestión de facturación y cobro por este concepto.

Asimismo, la herramienta informática que contiene la base de datos del Seguro por el Estado, se sometió a revisiones constantes, se elaboraron propuestas de mejoras y hay un grupo de trabajo que lleva a cabo una evaluación con el fin de orientar los cambios que sean necesarios.

Plan de capacitación y sensibilización

Una de las acciones estratégicas realizadas por el Área de Coberturas del Estado fue la implementación de un Plan de Capacitación y Sensibilización, dirigido a funcionarios de las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos de los centros de salud, con el fin de propiciar un mayor conocimiento, habilidades y actitudes, para el diseño e implantación de un proceso eficiente y de calidad, orientados al mejoramiento del servicio al usuario.

El Área Gestión de Riesgos Excluidos también ejecutó un proceso de capacitación, cuyo objetivo fue dar a conocer la temática de “Riesgos Excluidos”, incluyendo el marco normativo y técnico que lo amojona. En él se participó a las siete Direcciones de Red de Servicios de Salud, así como a la red de Hospitales.

Además, se ha desplegado un proceso constante de asesoría a los centros en aspectos tales como: devoluciones de facturas, aplicación del modelo tarifario y canalización de casos hacia el Órgano Técnico Médico Caja - INS, todo tendiente a lograr una estandarización de los procesos.

Aunado a lo anterior, con la coordinación de reuniones y solicitud de requerimientos, se ha canalizado la información que actualmente el INS debe generar para un mayor y mejor control en las Unidades de la Caja, información que se generalizará a las aseguradoras que actualmente se encuentran en el mercado.

Particularmente, se trabajó en un proceso de depuración de los saldos de las cuentas por cobrar al INS, lo que permitirá la realización de cobros a nivel administrativo y judicial, que comprenderían el tema de los intereses generados a partir del no pago oportuno.

Sistema informático

El Área Gestión de Riesgos Excluidos actúa como líder usuario del “Módulo Informático de Facturación de Riesgos Excluidos”, con el cual las unidades médicas registrarán y elaborarán las facturas por los servicios médicos brindados

por la CCSS, producto de accidentes de tránsito y/o riesgos de trabajo u atenciones por otro tipo riesgos excluidos. Dicho módulo vendrá a estandarizar el procedimiento que las unidades utilizan a la hora de facturar, minimizando el error humano y simplificando los procesos de registro de pago y conciliación.

Contrato Marco de Adhesión

Participó en la elaboración del “Contrato de Adhesión para la venta de Servicios Médicos a las Aseguradoras Públicas y Privadas”, cuyo objetivo primordial es establecer las pautas a seguir por las aseguradoras que requieran comprarle a la Caja servicios médicos de atención en casos de riesgos excluidos.

Política

El Área Gestión de Riesgos Excluidos elaboró una propuesta de: “Política para la Recuperación de Gastos Médicos incurridos por la CCSS en la Atención de Pacientes cuya siniestralidad está cubierta por Pólizas de Seguros con Entes Externos”, que servirá como derrotero del quehacer institucional en la materia y ofrecer las bases para la elaboración de instrumentos jurídicos y técnicos.

Comisión Asesora de Impugnaciones Patronales

La Comisión Asesora de Impugnaciones Patronales fue creada vía reglamento, actualmente se encuentra establecida en el artículo 27 del Reglamento para Verificar el Cumplimiento de las Obligaciones Patronales y de Trabajadores Independientes. Está respaldada en el ordinal 55 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social. Está integrada por un representante de las siguientes unidades: Dirección de Inspección, Dirección Regional, Dirección Jurídica, Dirección de Cobros y la Gerencia Financiera, coordinada por el representante de esta última. Asimismo cuenta con un grupo de apoyo técnico compuesto por profesionales en las áreas de Administración, Derecho y Contaduría Pública, complementado con personal administrativo.

Esta comisión 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. Asimismo recomendar a la Junta Directiva respecto de recursos de apelación en procedimientos de Cierre de Negocios, así como en recursos de revisión tanto en materia de inspección como de cierre negocios.

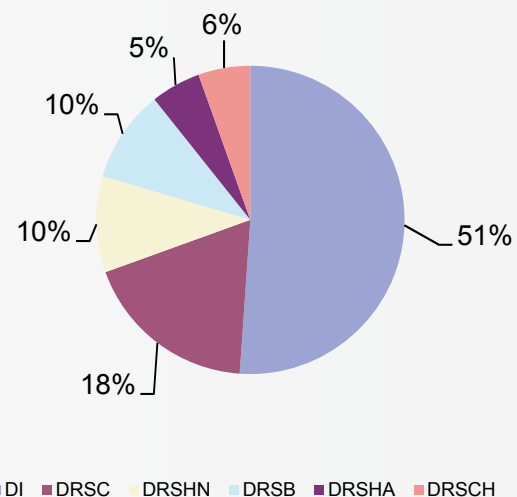
Acciones sustantivas

En el 2011, se atendieron y analizaron un total de 495 impugnaciones contra los actos emitidos por el Servicio de Inspección.

COMISIÓN ASESORA DE IMPUGNACIONES PATRONALES - GERENCIA FINANCIERA
CASOS ATENDIDOS, INDICADOS POR DIRECCIÓN DE INSPECCIÓN O REGIONAL, AÑO 2011.

Dirección*	Sin Lugar	Con Lugar	Parcialmente con Lugar	Otros1	TOTAL GENERAL
DI	239	3	3	8	253
DRSC	78	2	1	10	91
DRSHN	42	-	-	8	50
DRSB	44	-	-	4	48
DRSHA	18	1	1	6	26
DRSCH	24	-	-	3	27
TOTALES	445	6	5	39	495

CASOS ATENDIDOS DE INSPECCIÓN



* Significado de abreviaturas:

DI	Dirección de Inspección.
DRSC	Dirección Regional de Sucursales Central.
DRSHN	Dirección Regional de Sucursales Huetar Norte.
DRSB	Dirección Regional de Sucursales Brunca.
DRSHA	Dirección Regional de Sucursales Huetar Atlántica.
DRSCH	Dirección Regional de Sucursales Chorotega.

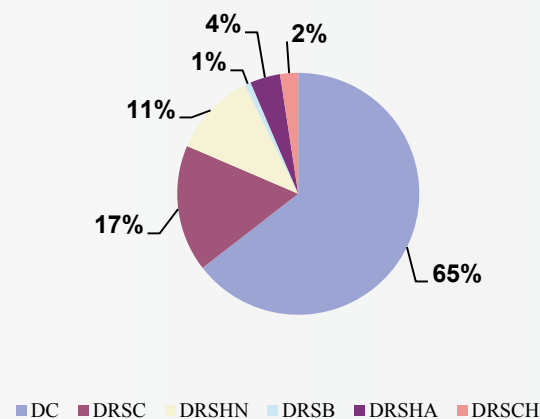
1 OTROS: Se refiere sobre todo a casos donde el estudio se retrotrae a etapas anteriores, se solicita informe de ampliación, se declara inadmisibile o se solicita aclaración.

En cuanto a los procedimientos de cierre de negocios por morosidad recurridos en el 2011, se tiene que fueron analizados un total de 124 casos, 123 fueron declarados sin lugar, 1 cancelado y/o formalizados y 8 fueron devueltos.

**COMISIÓN ASESORA DE IMPUGNACIONES PATRONALES - GERENCIA FINANCIERA
CASOS ATENDIDOS, INDICADOS POR DIRECCIÓN DE COBROS O REGIONAL, AÑO 2011**

Dirección*	TOTAL GENERAL
DC	80
DRSC	21
DRSHN	14
DRSB	1
DRSHA	5
DRSCH	3
TOTALES	124

CASOS ATENDIDOS CIERRE DE NEGOCIOS



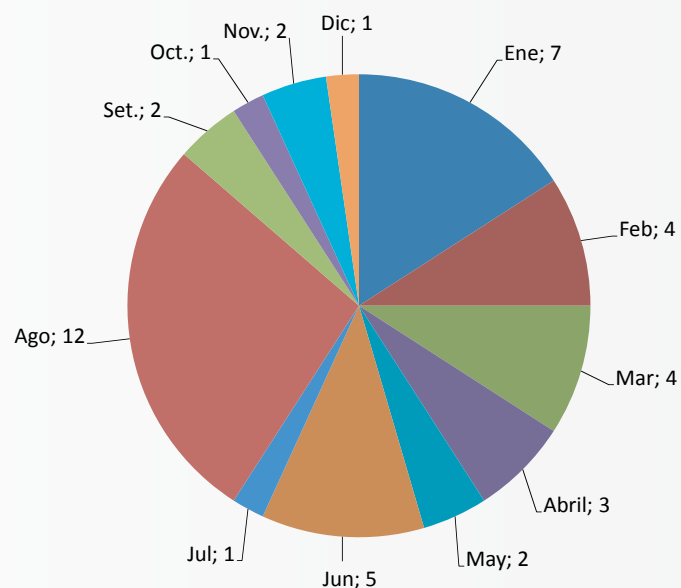
* Significado de abreviaturas:

DC	Dirección de Cobros.
DRSC	Dirección Regional de Sucursales Central.
DRSHN	Dirección Regional de Sucursales Huetar Norte.
DRSB	Dirección Regional de Sucursales Brunca.
DRSHA	Dirección Regional de Sucursales Huetar Atlántica.
DRSCH	Dirección Regional de Sucursales Chorotega.

Se realizaron un total de 44 recomendaciones a Junta Directiva, atendiendo recursos de revisión presentados por patronos, trabajadores independientes y/o asegurados voluntarios.

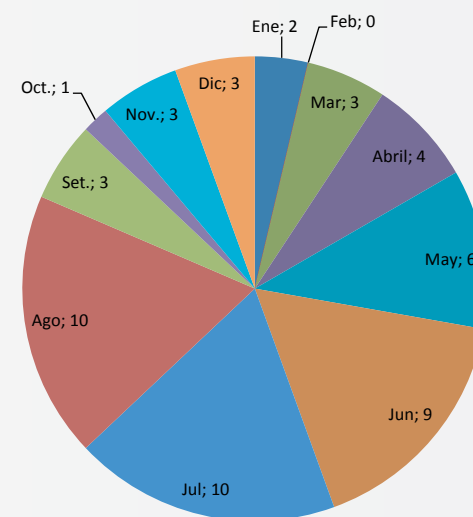
Además se atendieron 54 recursos de amparo en los que el Gerente Financiero debió rendir informe ante la Sala Constitucional.

**RECURSOS DE REVISIÓN ATENDIDOS 2011
(44 CASOS)**



Fuente: Archivos electrónicos de la Comisión.

**RECURSOS DE AMPARO 2011
(54 CASOS)**



Fuente: Archivos electrónicos de la Comisión.

Se tramitaron permanentemente los asuntos jurídicos remitidos por la Gerencia Financiera.

En cuanto a los casos analizados por actos llevados a cabo por el Servicio de Inspección y Cierre de Negocios, a continuación se presentan cuadros comparativos desglosados por la Dirección de Inspección, Dirección de Cobros y Direcciones Regionales.



Direcciones regionales

- Dirección Regional de Sucursales Central

Cobros

Por medio del Programa Gestión Cobratoria (PEGC), se establecieron como principales estrategias para combatir la morosidad las siguientes actividades:

- Se notificaron 22.215 avisos de cobro para un monto recaudado de ¢22.411 millones.
- Se realizaron 9.640 certificaciones de cobro judicial para un monto certificado de ¢8.147 millones.
- Se logró una recuperación de 9.354 casos para un monto de ¢9.337 millones.
- Se realizaron 464 procesos de cierre de negocios por mora para un monto gestionado de ¢2.024 millones.
- Cada mes se realiza un análisis de los nuevos patronos morosos, con el fin de brindar seguimiento e intensificar las gestiones cobratorias y se realizan visitas a patronos con el fin de entregar propuestas de adecuaciones de pago, con el fin de normalizar su situación de morosidad.

Inspección

Se atendieron labores especiales tales como:

- Revisión a abogados externos que brindan sus servicios en el área cobratoria de esta Dirección Regional.
- Fiscalización de patronos que suspenden planillas por medio de los Inspectores de control contributivo.
- Estudio para verificar cotizantes afiliados al Colegio de Médicos veterinarios, de Ingenieros Agrónomos y de Farmacéuticos.
- Visitas programadas a lugares estratégicos: CENADA, Clubes de Fútbol, bares y cantinas, empresas de Seguridad, empresas de limpieza, etc.
- Visitas a Construcciones.



Informática

Los logros más relevantes en materia de Tecnología de Información y comunicaciones en la Región son los siguientes:

- Interconexión vía fibra óptica la Sucursal de Frailes, pasó de tener una línea ISDN de 128 Kbps a tener una línea con fibra óptica de 6 Mbps. Esto permite velocidad en acceso a todas las aplicaciones institucionales y con ello evitar las interrupciones que tenían los usuarios internos y externos constantemente. Esta instalación se realizó a partir del mes de Junio del 2011.
- Ampliación del ancho de banda de la línea dedicada de la Sucursal de Heredia, pasó de tener una línea dedicada de 2 Mbps a tener una línea dedicada de 4 Mbps. Esto permite velocidad en acceso a todas las aplicaciones institucionales. Esta instalación se realizó a partir del mes de octubre del 2011.
- Interconexión vía fibra óptica en la Sucursal de Cartago; pasó de tener una línea dedicada de 2 Mbps a tener una línea con fibra óptica de 6 Mbps, la línea antigua será utilizada de respaldo. Esto permite tener velocidad en acceso a todas las aplicaciones institucionales. Esta instalación se realizó a partir del mes de Noviembre del 2011.
- Instalación de una red inalámbrica en la Dirección Regional Central de Sucursales, lo que permite la conexión de equipos sin tener que contar disponibilidad de puntos de red. Esta instalación se realizó en noviembre del 2011.

Pensiones

Pensiones RNC

- Se da apoyo a las Sucursales adscritas a la Región Central con el análisis de expedientes de solicitudes de pensión del Régimen No Contributivo, en el 2011, se analizaron cerca de 3240 expedientes.
- Se da apoyo a la Sucursales adscritas a la Región para investigar casos de solicitudes de pensión del Régimen No Contributivo que así lo ameriten. Se investigaron cerca de 776 casos en las sucursales de Heredia, San Rafael de Heredia, Turrialba, Cartago, Santa Elena, Pacayas, Paraíso y Guadalupe.
- Se otorgaron 1511 pensiones del RNC y 50 pensiones de la Ley 8769.

- 
- Con la colaboración de funcionarios de la Subárea Gestión de Pensiones, se realizaron 3 refrescamientos en materia de pensiones del Régimen No Contributivo, orientados a funcionarios de pensiones de las 16 sucursales de la Región Central.

Pensiones IVM

- Con la colaboración de funcionarios de la Subárea Gestión de Pensiones y de Sucursales, se realizaron tres refrescamientos en materia de pensiones del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, orientados a funcionarios de pensiones de las 16 sucursales de la Región Central.

Dirección Regional

Se cumplió con la meta de la eliminación de la presentación de la planilla en formulario, logrando con ello que nuestros usuarios utilicen los medios electrónicos, favoreciendo una eficiencia administrativa a través de la automatización del registro de la información obrera (Proyecto cero papeles).

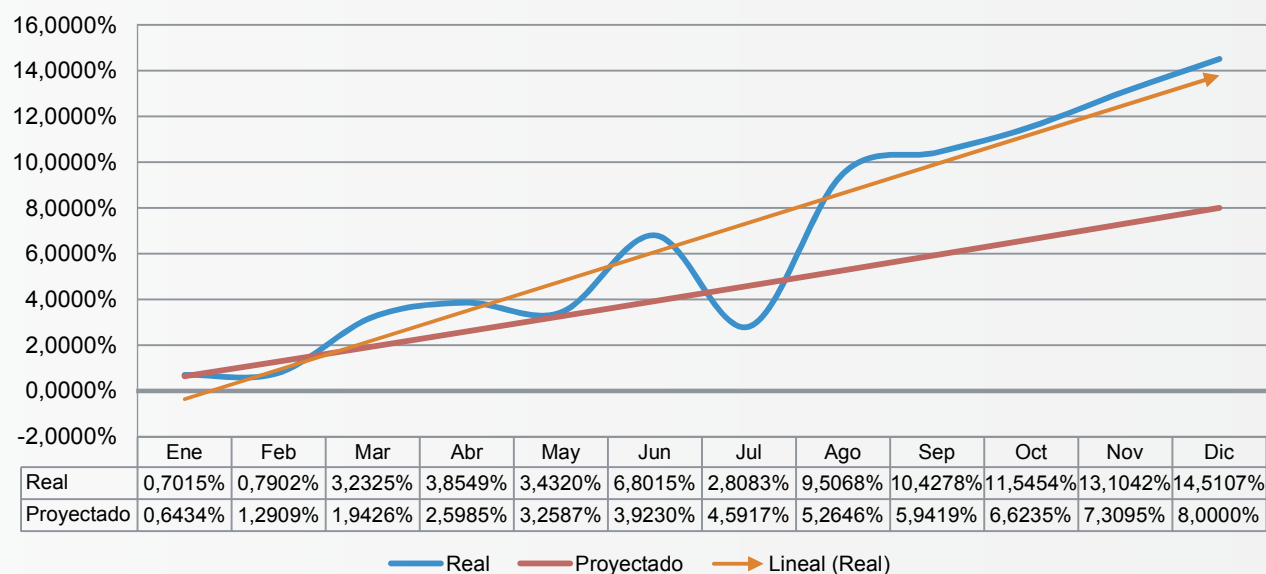
- Dirección Regional de Sucursales Chorotega

Gestión de Cobros

1. Tasa de crecimiento promedio de la morosidad

La cartera de morosidad de la Dirección Regional de Sucursales Chorotega al mes de diciembre del año 2010 ascendía a ¢7,776,153,149.00 y al mes de diciembre 2011 esta suma aumentó a ¢8,904,528,952.00, tomando como referencia que la tasa promedio anual de crecimiento definida por la Gerencia Financiera para el año 2011 correspondía a un 8%, se concluye que la Región aumentó ¢506,286,566.00 con respecto al monto proyectado de crecimiento para el año 2011, es decir la tasa promedio anual de crecimiento fue de un 14.5107%, un 6.5107% más que la tasa proyectada para dicho año.

DIRECCIÓN REGIONAL DE SUCURSALES CHOROTEGA TASA DE CRECIMIENTO DE LA MOROSIDAD PROYECTADO VRS REAL AÑO 2011



Fuente: Elaboración propia, con base en los pendientes de morosidad por antigüedad de saldos, Sicere.

Sin embargo, si tomamos en cuenta el efecto inflacionario del 2011, año en el cual el país finalizó con una tasa de inflación acumulada del 4.64%, según el Banco Central de Costa Rica, la tasa de crecimiento anual de la morosidad en la Región Chorotega fue de un 9.8707%, y la desviación con respecto a la meta fue de un 1.8707%.

La Región Chorotega al mes de diciembre 2011 registraba un total de 7.612 patronos morosos, de los cuales 1.784 se encontraban en estado de activo y 5.828 con estado de inactivo. En términos de morosidad, los patronos activos registraban al cierre de año un total adeudado de ₡2.143 millones y los patronos con estado inactivo ₡6.761 millones.

2. Porcentaje de la deuda del sector privado en cobro judicial

Para el mes de enero, el porcentaje de deuda en cobro judicial era de un 77.41%, el cual fue aumentado a un 84.42% al finalizar el 2011, lo que evidencia el esfuerzo realizado a nivel regional tendiente al logro de esta meta, la cual ha sido definida por la Gerencia Financiera en un 90%. Esta variable es monitoreada por la Dirección Regional mes a mes a través de los listados que remite la Dirección de Cobros, los cuales son trasladados a las sucursales.

CUADRO N° 1
PORCENTAJE DE LA DEUDA DEL SECTOR PRIVADO EN COBRO JUDICIAL
SEGÚN SUCURSAL, AL MES DE 12-2011

SUCURSAL	"COBRO ADMINISTRATIVO"	"COBRO JUDICIAL"	TOTAL	"PORCENTAJE CJ"
1402	125.649.990	1.444.363.747	1.570.013.737	92,00%
1403	27.678.295	194.300.329	221.978.624	87,53%
1404	20.987.879	191.267.440	212.255.319	90,11%
1405	51.893.405	300.155.196	352.048.601	85,26%
1406	6.762.463	141.894.851	148.657.314	95,45%
1407	81.634.980	255.425.349	337.060.329	75,78%
1408	221.947.567	1.184.433.035	1.406.380.602	84,22%
1409	44.856.334	134.828.776	179.685.110	75,04%
1410	45.607.823	337.727.383	383.335.206	88,10%
1411	14.143.092	100.560.251	114.703.343	87,67%
1412	178.544.989	618.738.621	797.283.610	77,61%
1413	128.766.228	462.685.975	591.452.203	78,23%
1414	8.339.956	77.621.885	85.961.841	90,30%
1415	219.442.283	575.309.977	794.752.260	72,39%
1416	10.917.841	71.700.417	82.618.258	86,79%
1420	33.471.205	285.445.738	318.916.943	89,50%
1430	19.971.885	491.199.348	511.171.233	96,09%
1431	10.864.016	19.112.385	29.976.401	63,76%
1432	6.597.907	76.264.947	82.862.854	92,04%
1433	129.810.395	555.031.986	684.842.381	81,05%
1401	1.387.888.533	7.518.067.636	8.905.956.169	84,42%

Fuente: Dirección de Cobros.

3. Porcentaje de la cuota obrera susceptible de certificar como retención indebida

En el 2011 la Dirección Regional de Sucursales Chorotega mediante un Plan de Trabajo especial con las sucursales de la región, logró aumentar el porcentaje de la deuda certificada en la vía penal, pasando de un 59.48% registrado al mes de enero 2011, a un 88% al finalizar el año. Esta variable se monitorea mensualmente a través de los listados que remite la Dirección de Cobros y se comunican a las sucursales, recordando que la meta para esta variable se encuentra definida por la Gerencia Financiera en un 90%.

CUADRO N° 2
PORCENTAJE DE LA CUOTA OBRERA SUSCEPTIBLE DE CERTIFICAR POR RETENCIÓN INDEBIDA SEGÚN
SUCURSAL, AL MES DE 12-2011

SUCURSAL	"COBRO ADMINISTRATIVO"	"COBRO JUDICIAL"	TOTAL	"PORCENTAJE CJ"
1402	40.008.734	162.764.498	182.821.905	89,03%
1403	1.160.263	16.158.337	17.318.600	93,30%
1404	731.788	21.340.741	22.072.529	96,68%
1405	2.103.865	29.200.620	31.304.485	93,28%
1406	404.984	11.765.638	12.170.622	96,67%
1407	7.845.720	22.488.083	30.333.803	74,14%
1408	20.233.266	153.453.805	173.687.071	88,35%
1409	1.422.426	17.514.136	18.936.562	92,49%
1410	5.274.522	55.362.617	60.637.139	91,30%
1411	870.551	9.077.156	9.947.707	91,25%
1412	13.625.612	92.990.532	106.616.144	87,22%
1413	14.665.988	31.544.105	46.210.093	68,26%
1414	259.588	10.255.401	10.514.989	97,53%
1415	19.930.058	38.081.474	58.011.532	65,64%
1416	286.709	6.361.852	6.648.561	95,69%
1420	2.613.646	24.537.368	27.151.014	90,37%
1430	768.347	145.257.652	146.025.999	99,47%
1431	1.128.833	4.277.185	5.406.018	79,12%
1432	407.832	5.140.101	5.547.933	92,65%
1433	11.802.232	61.864.277	73.666.509	83,98%
1401	145.544.964	919.435.578	1.045.029.215	87,98%

Fuente: Dirección de Cobros.

4. Facturación de TI anual que se acumula como morosidad de TI activos

Al mes de diciembre 2011 el porcentaje de la facturación de TI anual que se acumula como morosidad de TI activos fue de un 22.49%, porcentaje inferior al 25% que ha definido la Gerencia Financiera.

5. Tasa de crecimiento promedio mensual de morosidad de TI

Con respecto a esta variable, la Gerencia Financiera ha definido una tasa de crecimiento promedio mensual del 4%, al finalizar el año 2011 se logra, una tasa del 2.8235%.

6. Revisión de los patronos inactivos, para declarar deudas de difícil recuperación

Con respecto a esta meta, se inició este trabajo con una población de 5.015 casos para revisar si calificaban para declarar la deuda como de difícil recuperación, al finalizar el año 2011 se tiene un total de 891 casos para revisar.

CUADRO N° 3
POSIBLES CASOS PARA DECLARAR COMO DEUDA DE DIFÍCIL RECUPERACIÓN
SEGÚN SUCURSAL, AL MES DE DICIEMBRE DE 2011

Sucursal	Información Dir. Cobros
Sucursal Puntarenas	321
Sucursal Esparza	44
Sucursal Miramar	16
Sucursal Chomes	28
Sucursal Bagaces	5
Sucursal Cañas	72
Sucursal Liberia	92
Sucursal Tilarán	14
Sucursal Las Juntas de Abangares	18
Sucursal La Cruz	20
Sucursal Filaldefia	64
Sucursal Nicoya	39



Sucursal	Información Dir. Cobros
Sucursal Jicaral	15
Sucursal Santa Cruz	48
Sucursal Upala	38
Agencia de Cóbano	3
Agencia Nuevo Arenal	20
Agencia Hojancha	1
Agencia Nandayure	4
Agencia 27 de Abril	29
Total	891

Fuente: Dirección de Cobros.

7. Adecuaciones de pago

Se formalizaron un total de 24 arreglos de pago para un monto total de ¢47,048,255.00 y 715 convenios de pago que representan un monto total de ¢1,255,225,909.00

8. Cierres de negocios por mora el pago de las cuotas

En el 2011 se notificaron 1.200 prevenciones motivadas, de las cuales al mes de diciembre se habían recuperado por cancelación 381, para un monto de ¢327,724,529.00, 106 patronos adecuaron un monto total de ¢168,461,715.00 y fueron cerrados un total de 19 negocios para un monto de ¢46,119,862.00.

Gestión de Inspección

Generación de Cuotas Gestión Ordinaria: En la gestión ordinaria de la inspección se destaca las programaciones de fin y principio de año con motivo de la atención de las épocas temporarias como la zafra de la caña, cosecha de melón, naranja, construcción y otras, las cuales impulsan la generación de cuotas obrero patronales y la inclusión

de nuevos trabajadores asalariados en planillas durante los primeros cuatro meses del año, parte del quinto y el último, tal y como se demuestra en el Cuadro N° 1, para lo que se establece como estrategia de abordaje la conformación de equipos de trabajo de inspectores de las sucursales aledañas y la coordinación directa con los actores involucrados como los ingenios, fincas meloneras y de siembra de naranja, entre otras, con el objetivo de mantener un control más cercano sobre los empleadores y los trabajadores contratados.

Es por ello que los efectos se observan con mayor acento en las inscripciones, reanudaciones y actualizaciones de planillas.

En términos generales para el periodo 2011, se obtuvo en cuotas obrero patronales una generación de ¢ 1.241.05 millones de colones.

CUADRO N°4
DIRECCIÓN REGIONAL DE SUCURSALES CHOROTEGA
TOTAL DE RENDIMIENTO EN COLONES POR CONCEPTO DE CUOTAS PRODUCTO DE LA GESTIÓN ORDINARIA
PRODUCTO LABOR DEL INSPECTOR (VER NOTA AL PIE)
AÑO 2011

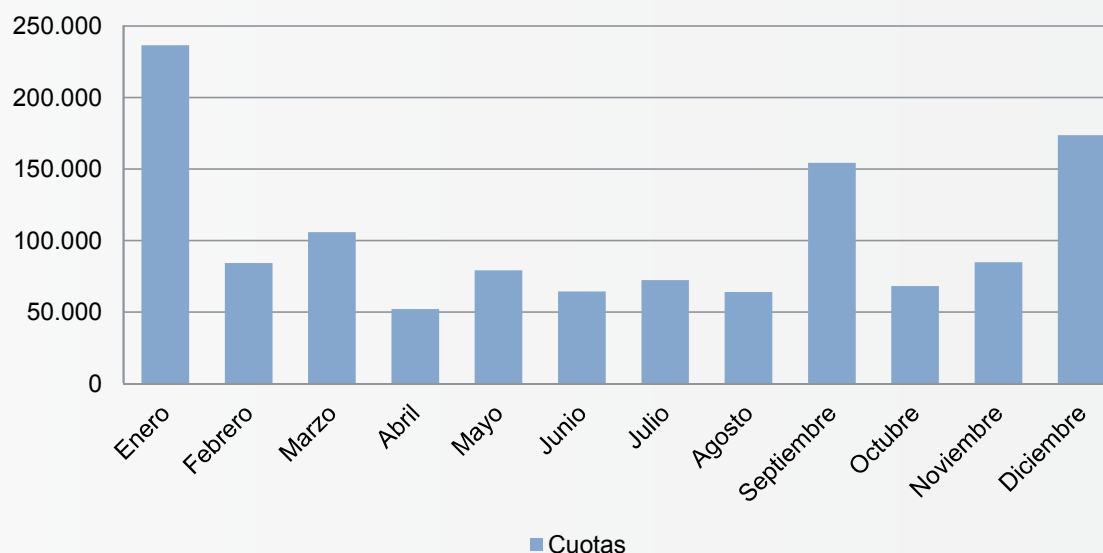
D.R.S.CHOROTEGA	Rendimiento en cuotas (en ¢)				Total
	Inscripciones	Reanudaciones	Actualizaciones	Planillas Adicionales	
Enero	16.724.798,91	20.608.064,77	161.014.559,88	38.334.963,97	236.682.387,53
Febrero	16.217.242,47	12.663.542,80	31.219.709,97	24.260.251,33	84.360.746,57
Marzo	27.396.011,57	20.860.776,24	5.305.968,17	52.347.313,02	105.910.069,00
Abril	14.132.147,72	12.343.420,87	5.889.666,12	19.834.798,20	52.200.032,90
Mayo	17.918.030,86	6.394.568,58	9.294.147,37	45.637.289,04	79.244.035,85
Junio	13.277.525,02	8.554.107,48	5.162.015,21	37.531.941,93	64.525.589,64
Julio	29.857.029,34	7.891.188,26	9.293.428,40	25.423.265,98	72.464.911,98
Agosto	19.482.504,09	14.646.661,75	4.406.806,47	25.586.830,30	64.122.802,61
Septiembre	56.964.051,42	2.621.284,33	10.556.427,03	84.352.450,07	154.494.212,85
Octubre	16.922.085,31	4.285.276,95	5.563.733,31	41.548.494,59	68.319.590,16
Noviembre	17.021.739,68	3.352.799,73	6.560.819,37	58.048.523,37	84.983.882,15
Diciembre	15.816.694,95	15.711.111,78	90.177.364,53	52.041.912,63	173.747.083,88
Total	261.729.861,33	129.932.803,55	344.444.645,83	504.948.034,42	1.241.055.345,12

Fuente: Dirección Regional de Sucursales y Dirección de Inspección.

Nota: Se excluye la gestión efectuada en la plataforma y el Programa PRECIN.

Esto se ilustra en el siguiente gráfico, donde se muestra el comportamiento mensual en la generación de las cuotas obrero patronal de la gestión ordinaria:

**DIRECCIÓN REGIONAL DE SUCURSALES CHOROTEGA
GENERACIÓN MENSUAL DE CUOTAS
(EN MILES)**



Inclusión Trabajadores Asalariados Gestión Ordinaria: Conforme lo indicado la inclusión de nuevos trabajadores en planillas poseen el mismo comportamiento, de la mano con las actividades temporarias, y de otras que en el transcurso del año han surgido pero que no son típicas de la Región, como es el caso de la construcción de la segunda etapa del Hotel Ríu en la zona de Filadelfia de Guanacaste, cuyo abordaje en inspectores en conjunto permitió que en el mes de setiembre se elevara la inclusión de trabajadores en planillas nuevamente, tal y como se ilustra en el Cuadro N° 2.

Gracias a la estrategia aplicada se obtiene una inclusión de trabajadores nuevos asalariados al cierre de diciembre 2011 que ascendente a 16,825.

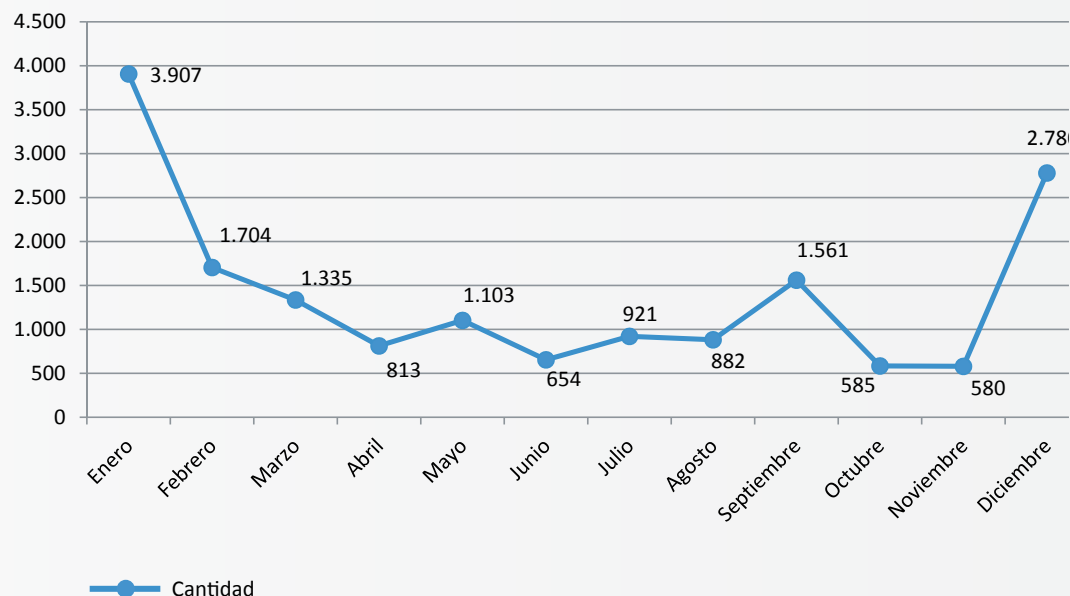
CUADRO N°5
DIRECCIÓN REGIONAL DE SUCURSALES CHOROTEGA NUEVOS TRABAJADORES INSCRITOS, PRODUCTO DE
LA GESTIÓN ORDINARIA PRODUCTO LABOR DEL INSPECTOR (VER NOTA AL PIE)
AÑO 2011

D.R.S. CHOROTEGA	Rendimiento en cuotas por concepto de:			
	Inscripciones	Reanudaciones	Actualizaciones por omisión	Total
Enero	337	614	2.956	3.907
Febrero	382	328	994	1.704
Marzo	756	478	101	1.335
Abril	369	234	210	813
Mayo	500	156	447	1.103
Junio	307	241	106	654
Julio	539	182	200	921
Agosto	429	359	94	882
Septiembre	1.306	68	187	1.561
Octubre	383	112	90	585
Noviembre	390	92	98	580
Diciembre	323	323	2.134	2.780
Total	6.021	3.187	7.617	16.825

Fuente: Dirección Regional de Sucursales y Dirección de Inspección.

Nota: Se excluye la gestión efectuada en la plataforma y el Programa PRECIN.

**DIRECCIÓN REGIONAL DE SUCURSALES CHOROTEGA
CANTIDAD DE TRABAJADORES INCLUIDOS EN PLANILLAS
2011**



Dentro de las estrategias para aminorar la evasión patronal se encuentra la presentación de las denuncia en sede judicial por infracción del artículo 44 de la Ley Constitutiva, en el periodo 2011, se denunciaron 164 patronos por este motivo.

**CUADRO N°6
DIRECCIÓN REGIONAL DE SUCURSALES CHOROTEGA
PATRONOS DENUNCIADOS EN LA VÍA JUDICIAL POR TRANSGRESIONES A LA LEY CONSTITUTIVA DE LA CCSS
AÑO 2011**

Dirección	Número de denuncias en Sede Judicial	Composición %
Enero	4	2%
Febrero	3	2%
Marzo	20	12%
Abril	0	0%



Dirección	Número de denuncias en Sede Judicial	Composición %
Mayo	6	4%
Junio	42	26%
Julio	6	4%
Agosto	4	2%
Septiembre	35	21%
Octubre	8	5%
Noviembre	10	6%
Diciembre	26	16%
Total	164	100%

Fuente: Dirección Regional de Sucursales y Dirección de Inspección.

Inclusión de trabajadores independientes por inspección ordinaria y plataforma: Para el periodo 2011, se logró la incorporación de 867 trabajadores independientes a través de las plataformas de Sucursales que generaron ¢ 19.6 millones y por medio de inspección 318 para un monto en cuotas de ¢ 8.8 millones.

Programa Estratégico de Cobertura de Inspección (PRECIN): Con la labor de los inspectores al PRECIN de la Región Chorotega, se propuso para el periodo 2011, fiscalizar las zonas que se consideraron de mayor producción en generación de cuotas y trabajadores, aunque no tuviera relación con la mayor concentración de centros de trabajo. Es por ello que se trasladó a este equipo de profesionales a los siguientes lugares: Cóbano – Paquera, 27 Abril, Puntarenas, Filadelfia, Nicoya, Santa Cruz, Cañas, Esparza, Tilarán y Guatuso.

Esa planeación se reforzó estableciendo que para los últimos meses del año se dirigiera la labor PRECIN hacia las actividades económicas que generan mayor producción, en respuesta a la necesidad Institucional de obtener recursos económicos.

Esto en conjunto que a partir del mes de noviembre, se estableció un equipo de inspectores PRECIN para la realización de estudios integrales y realización de planillas adicionales, permitió obtener los siguientes resultados:

CUADRO N°7
DIRECCIÓN REGIONAL DE SUCURSALES CHOROTEGA GENERACIÓN DE CUOTAS OBRERO PATRONALES,
PRODUCTO DE LA GESTIÓN PRECIN
AÑO 2011

Dirección	Rendimiento en cuotas 2011				
	Total cuotas	Inscripciones	Reanudaciones	Actualizaciones	Planillas Adicionales
Enero	18.454.035,9	3.284.680,6	2.253.345,0	12.916.010,4	-
Febrero	21.738.623,9	5.886.377,0	1.077.324,0	14.774.922,9	-
Marzo	22.518.252,0	7.700.888,0	1.068.466,0	13.748.898,0	-
Abril	19.825.828,5	2.155.160,0	1.527.814,0	16.142.854,5	-
Mayo	25.218.759,0	7.834.028,3	555.469,3	16.829.261,5	-
Junio	20.346.663,1	7.985.854,0	683.853,0	11.676.956,1	-
Julio	7.818.440,0	2.151.693,0	470.165,0	5.196.582,0	-
Agosto	15.594.605,4	4.232.277,0	1.166.713,4	10.195.615,0	-
Septiembre	11.786.286,3	1.887.323,0	1.227.082,0	8.671.881,3	-
Octubre	6.683.217,4	2.325.952,0	277.750,0	4.079.515,4	-
Noviembre	33.340.955,4	5.837.209,4	1.993.907,0	8.105.010,0	17.404.829,0
Diciembre	13.967.311,0	2.594.781,0	55.761,0	7.676.224,0	3.640.545,0
Total	217.292.977,9	53.876.223,3	12.357.649,6	130.013.731,0	21.045.374,0

Fuente: Dirección Regional de Sucursales y Dirección de Inspección.

La estrategia aplicada conllevó a la inclusión de 3 370 nuevos trabajadores en planillas de patronos y 480 nuevos trabajadores independientes, que en su conjunto suman 3 850 nuevos trabajadores.

CUADRO N°8
DIRECCIÓN REGIONAL DE SUCURSALES CHOROTEGA NUEVOS TRABAJADORES
INSCRITOS, PRODUCTO DE PRECIN
AÑO 2011

Dirección	Total de nuevos trabajadores 2011				
	Total Trabajadores	Inscripciones	Reanudaciones	Actualizaciones por omisión	Afiliaciones T.I
Enero	274	69	32	127	46
Febrero	429	127	23	241	38
Marzo	418	151	26	204	37
Abril	272	55	28	180	9
Mayo	567	173	12	331	51
Junio	365	171	15	154	25
Julio	155	49	10	71	25
Agosto	337	82	25	154	76
Septiembre	263	44	29	141	49
Octubre	207	64	7	85	51
Noviembre	372	119	40	154	59
Diciembre	191	59	1	117	14
Total	3.850	1.163	248	1.959	480

Fuente: Dirección Regional de Sucursales y Dirección de Inspección.

DIRECCIÓN REGIONAL DE SUCURSALES CHOROTEGA
CANTIDAD TRABAJADORES
INSCRITOS, PRODUCTO DE PRECIN
AÑO 2011



Gestión Pensiones

En cuanto a las pensiones de IVM para el periodo 2011, se otorgaron 1 115 en este régimen.

CUADRO N° 9
DIRECCIÓN REGIONAL CHOROTEGA
PENSIONES IVM
2011

Mes	Cantidad	Mes	Cantidad
Enero	92	Agosto	128
Febrero	63	Septiembre	61
Marzo	113	Octubre	92
Abril	60	Noviembre	82
Mayo	175	Diciembre	69
Junio	86		
Julio	94	Total	1115

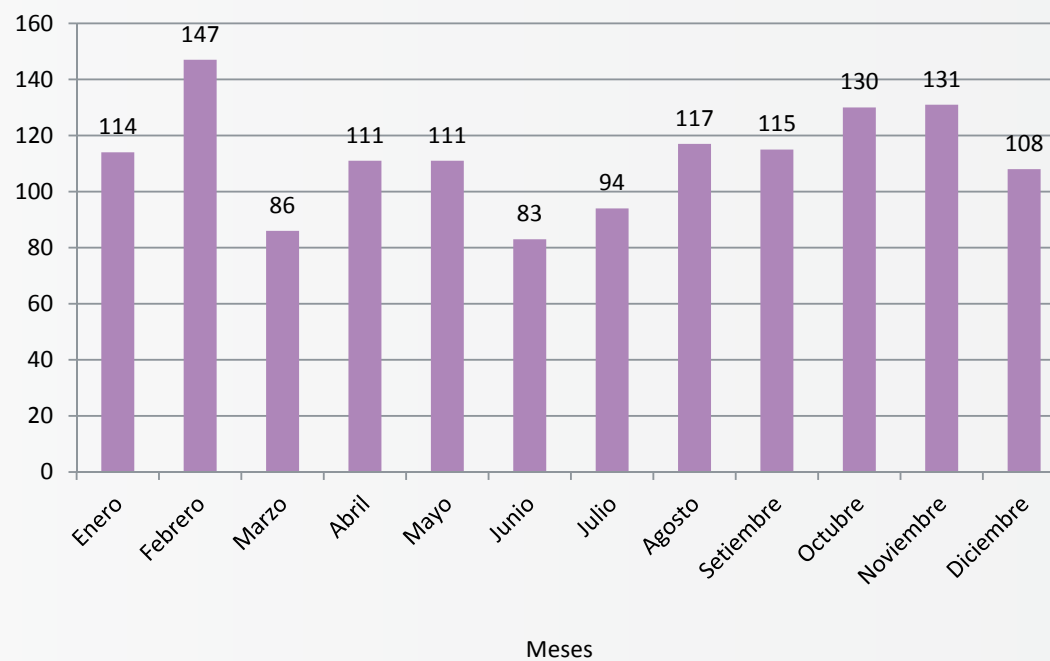
Fuente: Dirección Regional Chorotega.

Sobre las pensiones del Régimen no Contributivo, de acuerdo con la información recopilada en el Sistema Integrado de Pensiones, en el año 2011, se aprobaron 1 347 pensiones en total, de los cuales 636, gracias a las estrategia de trabajo por núcleo que permite mayor rapidez en el análisis de los casos y su atención.

CUADRO N° 10
DIRECCIÓN REGIONAL DE SUCURSALES CHOROTEGA PENSIONES RNC APROBADAS AÑO 2011
SISTEMA INTEGRADO DE PENSIONES

Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
114	147	86	111	111	83	94	117	115	130	131	108	1347

PENSIONES RNC APROBADAS AÑO 2011
HASTA EL 08/12/11





- Dirección Regional de Sucursales Región Brunca

Inspección

Con el objetivo de incrementar la cobertura contributiva y fortalecer las finanzas institucionales, se fiscalizan patronos de actividades no inscritas en la institución, así como la revisión de que los patronos registrados se encuentren a derecho con los reportes de la seguridad social, para ello se cuenta con un equipo de inspectores de Leyes y Reglamentos de labor ordinaria y del PRECIN.

Cobros

Se desarrollan planes estratégicos para la atención del pendiente patronal y trabajador independiente, a través de las diferentes herramientas que la Institución ofrece para combatir la tasa de crecimiento de la morosidad.

Durante el 2011 se gestionan acciones como:

- Trámite de 374 procedimientos de cierre de negocios por morosidad.
- Entrega de 3514 propuestas de adecuación de deudas a patronos y trabajadores independientes.

Área de Gestión Informática

El 2011, es un año de gran apertura en las telecomunicaciones, en coordinación con la Subárea de Redes y Comunicaciones y funcionarios del ICE se logró la instalación de dos nuevos servicios de telecomunicaciones en las Agencias de Ciudad Cortés y Puerto Jiménez, que permite una ejecución más ágil de los diferentes procesos.

Para asegurar la disponibilidad de los sistemas de información, se automatizan los respaldos de las bases de datos y su traslado automático a sitios remotos, sin intervención de funcionarios de las sucursales.

Con el proyecto cero papeles, se logra eliminar la impresión de planillas, comprobantes de pago y reportes, capacitando a patronos y funcionarios de sucursales. Aunado a esto dejamos de laborar tiempo extraordinario por la impresión regional.

- Dirección Regional de Sucursales Huetar Atlántica

Cobros

Con el arduo trabajo realizado a lo largo de las 15 sucursales de la Región Huetar Atlántica, durante el año 2011, la tasa de morosidad obtuvo un cumplimiento éxito de 0.4680%, de una meta propuesta de 0.6434%.

Como resultado de esta labor, se realizaron estrategias para minimizar la morosidad, entre ellas: impulsar los cierres de negocios por mora, notificación oportuna de avisos de cobros a patronos que presente retrasos en el pago de cuotas, además de los arreglos y convenios de pago, que se realizaron como efecto de estas gestiones.

Se notificaron 8,204 avisos de cobro, patronos morosos, por un monto de ₡4,529, 685,373.00. Permitiendo obtener una recuperación de 2,914 casos, por un monto de ₡1,235, 518,968.00.

También se formalizaron efectivamente 426 adecuaciones de pago, y 685 prevenciones motivadas de cierre de negocios por mora, logrando la recuperación de ₡205, 060,290.00, por 183 casos. De igual manera 3.107, casos de demandas presentadas en la vía civil, por un monto total de ₡1.511.769.369.00.

Dentro de los factores que incidieron en la reducción de la morosidad, está que se logró realizar una readecuación de pago del Grupo Banacol, por \$ 2,070,903.00 (dos millones setenta mil novecientos tres dólares americanos).

El Programa Estratégico de Gestión Cobratoria PEGC, durante el año 2011, se trasladó a las diferentes sucursales de la región para brindar un apoyo adicional a la gestión cobratoria.

Inspección

En general, el resultado obtenido se cataloga como excelente, considerando que la actividad productiva de la Región Huetar Atlántica, se concentra especialmente en el cultivo de banano, piña, flores y plantas ornamentales, que a su vez, originan el desarrollo de otras, tal es el caso de las empresas de servicios, transportes y seguridad; sin embargo, producto de la desaceleración económica, gran cantidad de las empresas que a lo largo del tiempo se constituyeron como las empleadoras más significativas de la provincia, hoy día, producto de factores exógenos, se han visto obligadas en algunos casos, a cerrar por completo la actividad, y en otros, aplicar la política de reducción de personal, decisiones que eminentemente repercuten en la inclusión de nuevos trabajadores y la recaudación por concepto de cuotas obrero patronales.

Esta situación en términos estadísticos, se confirma en el Informe Mensual de Coyuntura Económica, por medio del Índice Mensual de Actividad Agropecuaria (IMAGRO), en donde para el lapso de enero a octubre 2011, mostró un crecimiento medio de 1%, inferior en 4.5 puntos promedio al registrado en igual lapso del año previo, producto del menor ritmo de crecimiento de los cultivos de banano y piña y a la caída en la actividad productiva de flores y follaje, entre otras. Es importante indicar, que la actividad de banano, enfrentó condiciones climáticas adversas y una menor demanda en los meses previos.

Cabe agregar, que por las situaciones mencionadas, al realizar un comparativo entre octubre de 2010 (72,009 trabajadores) y octubre de 2011 (68,218 trabajadores), se presenta una disminución de 3,791 trabajadores en la facturación mensual.

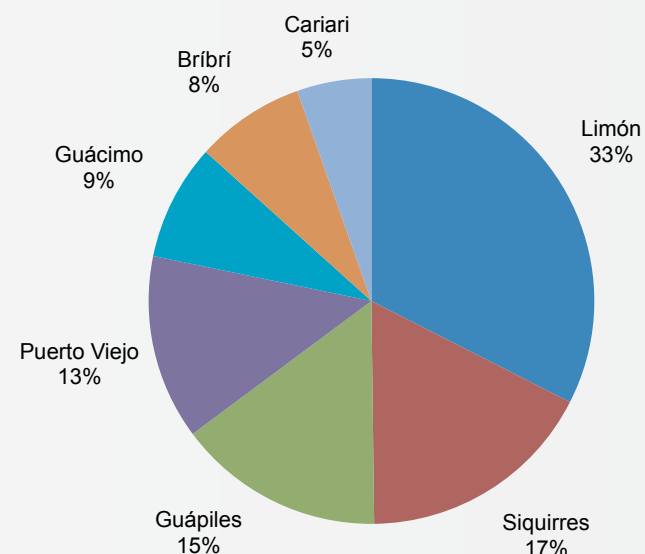
Las razones del incumplimiento, se debe a decisiones patronales producto de la crisis mundial que ha propiciado una reducción de la planilla, especialmente en actividades de la agroindustria y servicios.

Como estrategia inmediata aplicada durante el 2011, se coordinó con los Administradores de las Sucursales con mayor concentración patronal, para que aumentaran las labores de fiscalización de forma trimestral, abarcando aquellas actividades que por su actividad produce cambios de contratación, tanto en el momento del cultivo como en la cosecha.

La meta establecida para el primer semestre del período 2011 fue de ₡ 1.000 millones, para la generación de cuotas obreros patronales, lográndose así ₡ 972.824.022.00 un cumplimiento del 97.28%, producto de las labores realizadas por medio del Servicio de Inspección en inscripciones, reanudaciones, inclusiones y planillas adicionales.

En términos generales, las sucursales que más impactan son las que se detallan en el cuadro adjunto con su aporte de ₡ 489,546,736.84 representan un 66%, de la meta total de la región.

GENERACIÓN DE CUOTA OBRERO PATRONAL



Fuente: Estadísticas de la Sub-Área de Inspección- PRECIN Región Huetar. Atlántica y los Compromisos de Resultados del Año 2011.



De la meta propuesta para el 2011 de incorporar 4 800 centros laborales, se logró completar un total de 4 840 centros de trabajo, lo cual representa un cumplimiento muy satisfactorio de un 100.83%.

Durante el 2011, los Inspectores del Programa Estratégico de Control de Inspección, abarcaron el cantón de Pococí, centro, Puerto Viejo de Sarapiquí, Bríbrí, Cariari y Siquirres.

Un dato relevante de este rubro, se refiere al índice de cumplimiento tanto de patronos como de trabajadores independientes el cual da como resultado para ambos un cumplimiento de un 62.14%.

Área Gestión Informática

Los avances logrados en el área de Informática de la Región Huetar Atlántica, durante el periodo 2011, se pueden destacar en las siguientes áreas:

Telecomunicaciones: Instalación de la Fibra Óptica en las Sucursales de la Sixaola (03/10/2011) y la Fortuna(26/10/2011) a 6 Mbps.

Como beneficios esperados con estas líneas de comunicación, se espera mejoramiento y fortalecimiento de la plataforma tecnológica en, dichas unidades reduciendo el costo y tiempo de los usuarios, en pro de una mejor la atención.

Cableado Estructurado de Red: Se logró que las Sucursales de Ticabán y Cariari contaran con un cableado estructurado de la red, y así cumplir con los estándares institucionales.

Pensiones Régimen No Contributivo (RNC)

Al mes de diciembre del 2011, se aprobaron un total de 763 pensiones nuevas, para un promedio mensual de 63 casos.

Gestión Régimen de Invalidez, vejez y Muerte

A enero del 2011, se contaba con una planilla de 14,324.000 pensionados que significaba un pago mensual de ¢2,113,682,842.95; al finalizar el año, asciende a 15,428.00 pensionados, con una planilla de ¢2,460,139,814.75, lo que significó un aumento neto de 1 104 pensionados y en términos económicos, un aumento de ¢806,010.461.50.

Infraestructura

Mediante proceso de compra directa 2011CD-000028-1501, se efectuó en el tercer trimestre del 2011, la contratación del arrendamiento para el traslado de la Sucursal de Cariari.

- Dirección Regional de Sucursales Huetar Norte

Extensión de la cobertura contributiva

AFILIACIÓN DE TRABAJADORES	2011
Afiliación de Trabajadores Asalariados en Sucursales	12.685
Afiliación de Trabajadores Independientes en Sucursales	11.266
Afiliación de Trabajadores Asalariados por PRECIN	2.805
Afiliación de Trabajadores Independientes por PRECIN	1.116
Totales	27.872

Servicio de Inspección

El equipo de inspectores que prestan servicio en las 14 Sucursales de Región, apoyados con inspectores de la Dirección Regional, además de atender la demanda para controlar la evasión contributiva, participaron en los siguientes trabajos especiales:

- Se hicieron los estudios para la reanudación de 19 convenios especiales de aseguramiento, 18 de los cuales son de Trabajadores Independientes y otro de Asegurados Voluntarios.
- Durante los meses de julio y agosto de 2011, se hicieron muestreos a los convenios especiales de aseguramiento, con el propósito de determinar si los afiliados cumplían los requisitos que establece la normativa, así como verificar la correcta ubicación en la escala contributiva.
- Se realizaron estudios a las planillas que mantienen los equipos de fútbol de la primera y segunda división, a saber, Liga Deportiva Alajuelense, San Carlos, San Ramón, El Carmen, Grecia, Fortuna y El Roble.
- Se hicieron estudios selectivos a las empresas privadas que tienen contratos suscritos con el CONAVI y cuyos trabajadores aún laboran en la Ruta 27, San José – Caldera.

- Se interpusieron 169 denuncias en Sede Judicial a patronos por infracción del artículo 44 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.
- Se tramitaron 11 Prevenciones de Cierres de Negocios por Negativa Reiterada e Injustificada a patronos para que entregara la información solicitada.

Servicio de Inspección: Programa Estratégico Control Inspección

- El equipo de inspectores del PRECIN de la Dirección Regional, se avocó durante el año a extender la cobertura contributiva en la zona de adscripción de la Región, visitando para ello los Cantones de Alajuela, San Ramón, Grecia, Zarcero, Poás, San Carlos, Palmares, Naranjo, Valverde Vega, Atenas, Los Chiles, Garabito y el Distrito de Alfaro Ruiz, San Carlos.
- Durante el 2011, los inspectores continuaron con la implementación de la herramienta georeferencial, a fin de ubicar en el sitio a los patronos y Trabajadores Independientes con actividades económicas en la Región.

Generación de cuotas 2011

Cuotas Obrero Patronales en Sucursales	¢1.394 millones
Cuotas Trabajadores Independientes en Sucursales	¢191 millones
Cuotas Obrero Patronales y T.I. (PRECIN)	¢228 millones
Totales	¢1.813 millones

Las acciones ejecutadas por los inspectores de leyes y reglamentos destacados en las Sucursales, así como del PRECIN, con el fin de extender la cobertura contributiva y reducir la evasión, hicieron posible que se facturaran nuevas cuotas obreras y patronales por la suma de ¢1.813 millones.

Control de la morosidad

La tasa de crecimiento de la morosidad patronal regional al 31 de diciembre de 2011, fue del 1,209%, mostrando el 0,565% por encima de la meta establecida (0,6434%).

No obstante, se detallan las principales resultados y acciones obtenidos en las Sucursales, con el aporte de los funcionarios del Programa Estratégico de Gestión Cobratoria (PEGC) de la Dirección Regional, a fin de controlar el crecimiento de las sumas pendientes de pago y reducir la morosidad.

CONCEPTOS	Logro 2011
Porcentaje de la cartera en Cobro Judicial Patronos Sector Privado	85%
Porcentaje de la cuota obrera susceptible de certificar como Retención Indebida	82%
Porcentaje de la facturación de T.I. anual que se acumula como morosidad de T.I. activos igual o menor al 25%	22%
Tasa de Crecimiento Promedio Mensual de morosidad de T.I. sea igual o menor al 4%	3,29%
Porcentaje de avance en la revisión de los patronos inactivos para declarar deudas de difícil recuperación	83%
Finalizar por incumplimiento los convenios de pago con más de 60 días de atraso	84%
Trasladar a Cobro Judicial los arreglos de pago con más de 2 cuotas de atraso	86%

CIERRE DE NEGOCIOS	Logro 2011
Previsiones Cierre de Negocios por Mora	1.115

APORTE DE LOS GESTORES DE COBROS (PEGC)	CASOS	MILLONES ¢
Notificación Avisos de Cobro Administrativo	15.587	9.819,49
Confección y entrega de Certificaciones de Cobro Judicial	3.693	3.972,65
Recuperación casos en Cobro Administrativo y Judicial	7.324	4.155,58

El promedio de recuperación por cada una de las 12 plazas del PEGC fue de ¢346,29 millones y 610 casos.

OTRAS ACCIONES	CASOS
Entrega de propuestas a patronos morosos para adecuación de deudas	1.584
Revisión de expedientes de Anulaciones Patronales y de Trabajadores Independientes, previa aprobación del Director Regional	1.028
Revisión de expedientes para cierres de negocios por mora	484



Gestión de pensiones

Las Sucursales de la Región cumplieron la meta de otorgar pensiones del Régimen No Contributivo sobre la “Razón entre pensiones nuevas y pensiones retiradas”, es decir que por cada pensión retirada se otorgó una nueva.

Así mismo, se otorgaron 239 nuevas pensiones del Régimen No Contributivo y 40 con fundamento en lo dispuesto en la nueva Ley No. 7125, reformas a las que en su momento hizo referencia el oficio de la Dirección de Administración de Pensiones DAP 792.

Para apoyar la dotación de nuevas pensiones del Régimen No Contributivo, los Trabajadores Sociales destacados en la Dirección Regional confeccionaron 1.218 Informes Sociales y 19 de PCP, estos últimos gracias al préstamo de una plaza de Trabajo Social por parte de la Gerencia de Pensiones.

Gestión informática

Afiliación de patronos en medios magnéticos

En respuesta a la meta de afiliar a la población patronal y fomentar la presentación de planillas en medios magnéticos, Proyecto Cero Papeles, las Sucursales afiliaron el 99% de los patronos adscritos y para lo cual, se crearon las respectivas cuentas de usuario.

Cabe agregar que los medios electrónicos utilizados para la presentación de las planillas son los Sistemas de Autogestión Planilla en Línea, Grandes Clientes y Medios Magnéticos.

Mantenimiento de los sistemas de información

Se cumplió con el propósito de mantener actualizados los aplicativos informáticos institucionales que usan los funcionarios de las diferentes unidades adscritas a la Dirección Regional de Sucursales Huetar Norte. En ese sentido, se dio soporte a los sistemas a la medida tales como SICERE, Pensiones, Presupuesto, FRO, SPIC, SICO, RCPI, así como la administración de las licencias a los Sistemas Operativos y utilitarios de Microsoft y Symantec.

Como parte de las gestiones, se logró aumentar el enlace a 6 megabytes en la Sucursal de Zarcero, quedando pendiente para el 2012 la Sucursal de Los Chiles, con lo cual todas las Sucursales tendrían una conexión de datos al menos de 2 megas.



Capítulo IV

Gestión de servicios de salud

Introducción

La prestación de servicios de salud es la razón de ser de la CCSS. En este capítulo, se realiza una síntesis de los resultados obtenidos durante el 2011, en los diversos programas que atiende y coordina la Gerencia Médica en toda la geografía nacional.

Nuevos EBAIS en la Gran Área Metropolitana

Durante el 2011 se realizó la apertura de 17 EBAIS en el Gran Área Metropolitana. Estos EBAIS benefician directamente la población de las áreas de salud de Escazú, Barva, Carpio-León XIII, Pavas y Desamparados 2, y forman parte de los servicios contratados a proveedores externos de servicios de salud.

Estandarización de servicios

Microbiología

A través de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, se analizó y estandarizó las actividades que ejecutan los microbiólogos y el personal técnico en los servicios de laboratorio clínico en los diferentes niveles de atención; esto con la finalidad de garantizarle a la población un servicio oportuno y de gran calidad.

Este trabajo requirió de un análisis minucioso de los procesos que se realizan en los laboratorios clínicos y contó con la conducción técnica de la Coordinación Nacional de esta disciplina y el apoyo de un Equipo de Calidad (integrado por especialistas en Gestión de Calidad) y de microbiólogos provenientes de los diferentes niveles de atención que posee la CCSS.

Trabajo Social y Psicología

En una orientación similar, se desarrolló el “Proyecto de fortalecimiento organizacional para los Servicios de Trabajo Social del Seguro de Salud, en los tres niveles de atención de la CCSS”.

La finalidad de este proyecto radicó en la organización de los servicios de Trabajo Social de los diferentes niveles de atención de la institución, de modo que se trabaje de forma eficiente, estandarizada y con calidad, alineados con las políticas del modelo de atención integral en salud.

El desarrollo de esta estandarización permitió construir una oferta básica de servicios, lo que permite coherencia y claridad en la atención social de los asegurados.



La Caja Costarricense de Seguro Social aproximó la prestación de servicios a Purral y Bellavista de Goicoechea con la construcción de una sede del Equipo Básico de Atención Integral en Salud (EBAIS), que cuenta con un área de construcción de 900 metros cuadrados y una inversión de \$798 millones.



Estrategias similares de estandarización de los servicios se desarrollaron en el área de psicología, a través de la coordinación nacional de esta disciplina.

Atención Odontológica

En materia de atención odontológica, durante el 2011 se concretó la Guía Institucional de Atención Integral a la Salud Bucodental donde se desarrolla, desde la perspectiva de equidad y sostenibilidad institucional, las prestaciones por nivel de atención y grado de complejidad. Además, el documento incluye anexos protocolarizados sobre promoción de la salud, prevención de la enfermedad, medidas de bioseguridad y control de infecciones, cáncer oral, entre otros temas.

Asimismo, se editó el Manual Familiar de Salud Bucodental el cual permitirá a la población costarricense contar con una valiosa herramienta que les brinde conocimientos básicos e indispensables sobre la salud bucodental. Este documento está disponible a través del portal en internet de la CCSS.

Atención integral a las personas

Se desarrollaron diversas acciones y estrategias en el ámbito de la atención integral a las personas. Entre estas figuran la implementación de los planes institucionales de atención de enfermedades cardiovasculares (las cuales constituyen las principales causas de morbilidad y mortalidad en la población adulta), del Síndrome Coronario Agudo, de Atención de Sobrepeso y Obesidad, y el plan para la Reducción de la Sífilis Congénita, con el fin de lograr la meta regional para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de las Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe.

También se elaboraron las guías de atención nutricional del paciente hospitalizado y de práctica clínica de cáncer de mama, utilizada para estandarizar la atención en toda la red de servicios en esta patología.

Atención domiciliar

El año 2011 se constituyó como un periodo fructífero en cuanto a atención domiciliar, esto por cuanto se estableció la atención domiciliar articulada en red, cuyas bases se encuentran en el documento del “Subsistema de hospitalización, atención y apoyo domiciliar de la CCSS articulado en red para la persona y su sistema familiar”.

Se oficializó el carné de atención en salud en el domicilio, lo que facilitará el registro de las atenciones brindadas por parte del personal de salud en el hogar y el correcto seguimiento de estas por parte de los asegurados.

Además, se implementó el primer curso en línea: “Introducción a la Atención Domiciliar”, impartido a través de la Plataforma de Aprendizaje en Línea del CENDEISS, y la capacitación a equipos de salud de los tres niveles de atención a fin de implementar modalidades de atención en el domicilio en torno a las necesidades locales. De este proceso de capacitación se han desprendido variopintas iniciativas en beneficio directo de la población asegurada: atención domiciliar en insuficiencia renal crónica con diálisis peritoneal ambulatoria, secuelas de AVC, úlceras por presión, síndrome de inmovilidad, esquizofrenia.

Salud mental

Durante el año anterior, se implementaron diversas estrategias en materia de salud mental, a fin de favorecer el bienestar integral en los diversos grupos poblacionales que atiende la institución. Así, en este periodo, se elaboró el Plan Táctico Institucional 2012-2018 de Salud Mental y se implementaron acciones en todas las regiones programáticas para promocionar la salud mental durante la niñez y adolescencia, esto en el marco del denominado Proyecto Costa Rica – México.

Además, se brindó capacitación al recurso humano, en las diversas regiones del país, en materia de adicciones y se implementó el II Plan Nacional de Violencia Intrafamiliar. Asimismo, se capacitó al personal administrativo a través del curso “Atención al usuario adulto mayor” y de los cinco módulos dentro del curso de gestión para la atención del adulto mayor, esto con el fin de mejorar la calidad de atención a esta población.

Se inició la implementación del Plan Táctico Institucional 2012-2018 de accesibilidad a los servicios de salud de la CCSS de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas, y se implementó, a nivel operativo, el manual técnico para la atención integral de este grupo.

Finalmente, se elaboró el manual técnico de Pautas de Atención de personas con Trastornos Mentales y del Comportamiento.

Promoción de la Salud

Bajo el lema: “Acciones positivas para proteger la salud”, se realizó, en el mes de agosto de 2011, el I Simposio Institucional de Promoción de la Salud. Esta actividad permitió al personal de la CCSS intercambiar experiencias desarrolladas en el campo de la Promoción de la Salud, en los diferentes niveles de atención de la Seguridad Social.

Además, quedó demostrado que las estrategias de educación, comunicación y participación social, son fundamentales para el éxito de las acciones en Promoción de la Salud y se evidenció



Pacientes de la zona sur recobraron su visión, tras ser operados de catarata por un equipo de especialista de la Clínica Oftalmológica de la CCSS, en la que realizaron de 102 cirugías en un fin de semana en el hospital de Ciudad Neily.



que la articulación interinstitucional y el trabajo interdisciplinario, se requieren para lograr un mayor impacto y sostenibilidad en las acciones que realiza la CCSS.

Vigilancia epidemiológica

Durante el 2011, se logró fortalecer los conocimientos que poseen los funcionarios en la red de servicios de salud, ésto permitirá contar con una mayor capacidad de respuesta y atención oportuna de riesgos de importancia en salud pública mediante procesos de capacitación a la red de vigilancia epidemiológica: setenta profesionales capacitados en epidemiología básica, treinta en epidemiología intermedia y tres profesionales egresados a nivel de maestría en epidemiología

Además, se fortalecieron los canales de difusión de la información (boletines, revistas, presentación científica de investigaciones), de manera que se logró difundir la evidencia científica a la sociedad civil y comunidad científica tanto mediante boletines como series de dengue e infecciones nosocomiales. Ejemplo de esta difusión lo constituye la presentación de treinta estudios epidemiológicos en VI Conferencia Regional de Epidemiología de la América.

VIH-sida y otras infecciones de transmisión sexual

En el 2010-2011 se registraron en nuestra institución 607 casos de VIH y sida, 442 casos nuevos por VIH, y 165 en fase sida, el 82% ocurrieron en hombres y un 18% en mujeres. La mayoría de estos casos se dieron en población adulta joven, entre los 20 y 45 años de edad.

En este periodo no se registraron casos nuevos en el grupo de 0-9 años de edad, consecuencia del alto desempeño de las intervenciones realizadas en los procesos de prevención de la transmisión materno infantil (PTMI) por las unidades de atención integral a las personas, las clínicas del VIH-sida y el Hospital Nacional de Niños.

Según la distribución por provincia, el 50% de los nuevos casos por VIH y sida ocurrieron en San José, seguida por Alajuela y Heredia con un 9% y 8.3% respectivamente.

La provincia con menor registro de casos por VIH fue Guanacaste con 3% y por sida fue Limón con un 5%.

En el caso de la sífilis, según el Sistema de Notificación obligatoria del Ministerio de Salud, la incidencia de esta enfermedad, en todas sus formas, muestra tasas entre 2,5 y 3,0 por 10.000 habitantes y la sífilis congénita entre 1,2 y 1,5 por 1000 nacimientos. Tres de las regiones de salud muestran tasas de 2-3 veces más altas que la nacional.



El estudio de PTMI realizado por nuestra institución en conjunto con el Ministerio de Salud, mostró una incidencia de sífilis gestacional de 1,9%; así mismo, la prueba del VDRL se le indicó al 91,5% de las mujeres en control prenatal y un 91,4% se la realizaron.

Como parte de las acciones que en este tema desarrolla la CCSS se formuló una Estrategia de Prevención del VIH-sida e Infecciones de Transmisión Sexual y un Plan estratégico-local, éste último constituido por un paquete de intervenciones para lograr la eliminación del VIH neonatal y la sífilis congénita (20012-2013) y un fortalecimiento de la calidad y cobertura en los programas de atención prenatal, del niño y la niña, y salud sexual y reproductiva.

Dicho plan dio inicio en dos de las regiones de salud con las tasas más altas de sífilis congénita y prevalencia del VIH, siendo el plan extenderlo paulatinamente a diversas áreas de salud del primer nivel de atención definidas como prioritarias, como los son: Limón, Heredia y Guanacaste.

Asimismo, mediante la coordinación y alianza formal con los organismos internacionales de USAID-PASCA, USAID-CAPACITY y USAID-PASMO y ONUSIDA se está formulando una estrategia de cooperación técnico-financiera para fortalecer los procesos de monitoreo y evaluación de estos procesos y mejorar la cobertura y acceso a estos programas en poblaciones donde la Institución no tiene cobertura.

Durante 2010-2011 se fortaleció el acceso a la prevención, en materia de condones extra fuertes para hombres que tienen sexo con hombres (HSH) vigilado y monitoreado el abastecimiento de los ARV, y desconcentrado funciones de control y seguimiento de la prestación integral de servicios a las personas con la infección por el VIH.

Con el proyecto y participación de USAID-CAPACITY, se fortaleció el desempeño de los equipos técnicos de los hospitales Nacional de Niños, San Juan de Dios, México, Monseñor Sanabria, Fernando Escalante Pradilla, San Carlos y clínica Marcial Fallas.

Por su parte, en cuanto al tema de violación sexual y prevención del VIH, la CCSS, en coordinación con el Poder Judicial, ONUSIDA y OPS, editó el Protocolo Interinstitucional para la Prevención del VIH e ITS en personas abusadas sexualmente, facilitando la coordinación y abordaje integrado de varias instituciones estatales y la dispensación estandarizada de ARV como profilaxis pos-exposición al VIH.

En lo referente a la estrategia de Vigilancia y Control Centinela de Infecciones de Transmisión Sexual (VICITS) en poblaciones de alto riesgo, la CCSS desarrolla una estrategia con el apoyo técnico-financiero de la Universidad del Valle de Guatemala (UVG) y el Ministerio de Salud a fin de establecer un sistema de vigilancia en poblaciones de alto riesgo a ITS-VIH que describa las tendencias de ITS, VIH y de comportamientos sexuales y guiar el desarrollo de intervenciones de prevención y control.

Esta estrategia se implementará en la Unidad de prevención y control de ITS y VIH y en la clínica Ricardo Moreno Cañas a partir del segundo trimestre del año 2012. Para la consecución de este propósito se implementará



un programa de prevención basado en los datos de la vigilancia, se fortalecerá la capacidad instalada mediante equipos y programas de cómputo brindados por la UVG y la evaluación del impacto del programa usando datos de prevalencia de ITS, VIH y de comportamiento mediante un sistema de registro compatible con las plataformas institucionales y coordinado con el Área de Estadística en Salud.

Farmacoepidemiología

Durante este año, la institución procuró el desarrollo de acciones y estrategias que aseguraran el cumplimiento de la Política Institucional de Medicamentos, tanto en lo referente a la accesibilidad de los medicamentos como en su uso racional.

Entre las acciones, encabezadas por la Dirección de Farmacoepidemiología, destaca:

- Participación como investigadores con la contribución de país en dos estudios multicéntricos internacionales: el primero sobre la utilización hospitalaria de antibióticos carbapenémicos y el segundo sobre el abordaje farmacoterapéutico con antihipertensivos en pacientes ambulatorios.
- Se realizó una investigación sobre la enfermedad diarreica por rotavirus par el análisis de las necesidades de país respecto de la vacuna contra rotavirus.
- Se implementó un programa institucional para el análisis de falla terapéutica de medicamentos, para atender señales surgidas en el contexto de la atención clínica.
- Participación en el Encuentro Sur-Sur: “Conociendo las Alternativas para la Adquisición Eficiente y Sostenible de Anticonceptivos en el Sector Público”. Esta participación fue relevante para la CCSS y el país pues se presentó a varios países de América el modelo institucional (reconocido internacionalmente) de compra de anticonceptivos en el contexto del Uso Racional de Medicamentos.
- Se apoyó la elaboración del Proyecto de Factibilidad Sobre Farmacovigilancia Terapéutica, herramienta de vital importancia que servirá como un instrumento para alertar a los profesionales prescriptores sobre reacciones adversas, interacciones terapéuticas y duplicidades terapéuticas, y traduce una disminución en los costos en salud.
- Se participó en la delegación de la Seguridad Social a Cuba, con el fin de establecer convenios, con ese país, en materia de innovación tecnológica y transferencia, esto con el fin de aumentar fuentes de suministro de medicamentos biotecnológicos y fortalecer el recurso humano en este campo.

- Se impartió curso de Farmacología Geriátrica dirigido a profesionales médicos y farmacéuticos con el fin de brindarles apoyo en el manejo integral de la población adulto mayor. Dicho curso fue desarrollado por la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Norte.

Atención del Cáncer

En el 2011, se realizaron esfuerzos tendientes a elaborar el Plan Institucional para la Atención del Cáncer en la CCSS. El Plan comprende los temas relacionados con la implementación del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red de la CCSS, la declaratoria de interés y prioridad institucional del tema de cáncer y el Informe de la Contraloría General de la República sobre el abordaje del cáncer en Costa Rica, así como lo contenido en el documento “Perfil de la Atención del Cáncer en la CCSS”, especialmente lo relacionado con la implementación de los departamentos de hemato-oncología; también tiene el insumo del Plan Nacional Contra el Cáncer que se está revisando en conjunto con el Ministerio de Salud.

Para la elaboración del PIAC se ha utilizado la metodología del marco lógico, la cual consiste en identificar los problemas y alternativas de solución, en la que se analiza la situación existente y se diseñan estrategias para resolver los problemas, además de elaborar un plan operativo práctico para la ejecución de las estrategias.

Se realizaron dos talleres: el primero, cuyo objetivo fue identificar las brechas, barreras y problemas en el proceso de la atención del cáncer y proponer soluciones que sirvan de insumo para diseñar las estrategias del plan para un período de 5 años. En el segundo sus objetivos fueron: validar los árboles de problemas elaborados a partir de los insumos generados en el primer taller y continuar con la aplicación de la metodología del marco lógico para elaborar, a partir de las causas de los problemas encontrados, los objetivos, metas e indicadores de la matriz que forma parte del Plan.

En paralelo se trabajó en el documento que contextualiza la descripción del Plan y como producto del segundo taller se originaron los insumos para que actualmente se cuente con las matrices de los objetivos propuestos que se vinculan con el Plan Nacional para el Control del Cáncer ajustado que se ha trabajado con el Ministerio de Salud de manera operativa y concreta. Se espera contar con la primera versión para validación en el mes de enero 2012.

Convenio CCSS-ALIARSE. En el mes de julio se firmó un convenio entre la CCSS y la Fundación para la Sostenibilidad y la Equidad (ALIARSE) con el fin de que ésta contribuya a la detección temprana del cáncer de mama por medio del Proyecto “Alianza clínica móvil contra el cáncer de mama”. Así, en conjunto con nuestra Institución, se definirá el itinerario del equipo móvil y se canalizarán los casos sospechosos para el diagnóstico definitivo y el respectivo tratamiento. En estos momentos se está en el ensamblaje del equipo móvil por parte de ALIARSE.



Como parte de la estrategia institucional para vencer el cáncer, la CCSS adquirió equipos para el diagnóstico y tratamiento de los tumores de estómago y colon.



Gira de especialistas

Visita de médicos oftalmólogos al hospital de Ciudad Neilly.

Como parte de las estrategias implementadas para coadyuvar en la disminución de las listas de espera, personal de la Clínica Oftalmológica y de la Dirección de Centros Especializados de la Gerencia Médica, realizaron una visita al hospital de Ciudad Neilly, con el fin de operar a pacientes que padecían de cataratas y que poseían una espera de larga data.

Esta visita benefició a un grupo de cien asegurados de las comunidades de Golfito, San Vito de Coto Brus, Ciudad Cortés y Ciudad Neilly, que fue seleccionado de acuerdo con su complejidad y urgencia.

demás, se valoró a un grupo de pacientes que poseen lesiones de retina, a quienes se les realizaron todos los exámenes preoperatorios y las valoraciones cardiológicas necesarias para programarles su respectiva cirugía en la Clínica Oftalmológica.

Donación de equipos oftalmológicos

Durante 2011, la Clínica Oftalmológica donó un autorrefractómetro al hospital de Ciudad Neilly, con el fin de agilizarle la consulta tanto al oftalmólogo como al optometrista de ese centro médico.

También se le donó al hospital de la Anexión un facoemulsificador y un microscopio oftalmológico con el fin de que reemplazaran los equipos obsoletos con los que contaban. Lo anterior, contribuirá en brindar una mejor atención a los pacientes que requieran una cirugía de catarata y así reducir las referencias de estos pacientes a la Clínica Oftalmológica.

Formación de citotecnólogos

Durante los años 2010 y 2011, con la colaboración de los patólogos del Laboratorio Nacional de Citologías, se formaron un total de diecisiete citotecnólogos, personal de salud que, con la ayuda de un microscopio, examina muestras de células a fin de detectar anomalías que pueden indicar infecciones, cáncer u otras enfermedades.

Cabe señalar que dichos técnicos se graduaron en el mes de febrero del 2012, por lo que se espera que en el mes de marzo, se incorporen a laborar al Laboratorio Nacional de Citologías, para contribuir con la reducción de los tiempos de análisis y reporte de cada citología que se envía a ese centro, lo que permitirá coadyuvar en la detección temprana del cáncer cervico-uterino.

Resectorización de las áreas de salud y sectores del país

La correcta planificación de los servicios de salud es vital para asegurar a la población un sistema de seguridad social robusto y adecuado a sus necesidades reales. Por esta razón, durante 2011, la realización de estudios, análisis y criterios técnicos, fundamentados en el análisis de los servicios y su proyección, fueron tarea fundamental para la Gerencia Médica.

En este sentido, se realizó la resectorización de las áreas de salud y sectores del país, tomando como base los segmentos censales para la nueva conformación de las áreas de salud con sus sectores en las regiones del país.

Este proceso de resectorización dio inicio con las primeras ocho áreas de salud. Siendo muestra del trabajo coordinado y eficaz desarrollado entre los funcionarios de los niveles central, regional y local de nuestra institución. Así, las áreas de salud que iniciaron el proceso de re-sectorización durante el año 2011 fueron:

- Florencia.
- Valle La Estrella.
- Garabito.
- Ciudad Quesada.
- Aguirre.
- Esparza.
- Desamparados 2.
- Cartago.



La Caja Costarricense de Seguro Social inauguró en el 2011, el primer Centro de Resonancia Magnética de la Seguridad Social, mediante el cual se tendrá un diagnóstico más preciso de las lesiones que afectan a los asegurados y efectuar pruebas avanzadas de resonancia magnética, que hasta ese momento, no se realizan en el país.

Programa Salud Mental Niñez Familia y Psiquiatría Infantil

Durante el 2011, se llevaron a cabo visitas de intercambio técnico y científico con instituciones mexicanas a fin de conocer y aprender localmente la experiencia sistematizada que se realiza en esa nación en materia de programas de salud mental e intercambiar conocimientos a nivel intersectorial e interinstitucional.

Además, se realizaron dos talleres de asesoría con la participación de expertos mexicanos, lo que permitió capacitar a noventa funcionarios, y un seminario impartido por tres expertos mexicanos que contó con la asistencia de ciento veinte funcionarios. Este esfuerzo contó con la participación



de trabajadores de diversas áreas de salud y hospitales de las diferentes provincias del país, quienes además cumplen con los criterios de interdisciplinariedad (psiquiatría, psicología, pediatría, trabajo social, medicina y enfermería) de los niveles local, regional y nacional.

Consentimiento Informado

Nuevo reglamento

La Comisión de Consentimiento Informado, coordinada por el Área de Bioética, elaboró durante 2011 el nuevo “Reglamento del Consentimiento Informado en la Caja Costarricense de Seguro Social”. Este constituye un instrumento que fortalece el cumplimiento, por parte de la Institución, de las declaraciones y normas relacionadas con los Derechos Humanos, especialmente el derecho a la intimidad, a la autodeterminación física y a la autodeterminación informativa, y el respeto a la dignidad de las personas.

El texto fue validado por miembros de los Comités Locales de Bioética, funcionarios de instancias institucionales relacionadas con la bioética y representantes de los usuarios de los servicios de salud.

Este nuevo reglamento regula la materia ético-legal del proceso de consentimiento informado, en los centros asistenciales de primer, segundo y tercer nivel de la CCSS.

Se espera que esta herramienta legal entre en vigencia una vez que sea revisada por la Dirección Jurídica de la institución y aprobado por nuestra Junta Directiva.

Estudios observacionales

Se presentó la propuesta de “Modificación y Adición a la Normativa para la Aprobación de Estudios Observacionales en los centros asistenciales de la Caja Costarricense de Seguro Social, la cual regula las condiciones en que se pueden realizar, en los servicios asistenciales de la Institución, las investigaciones observacionales de tipo genético, multicéntricas y/o con patrocinio externo, así como las investigaciones observacionales propias del quehacer institucional. Además, se crea el Comité Ético-Científico Institucional (CECI) y establece sus funciones, entre ellas, el análisis de las citadas investigaciones.

Esta normativa facultará los estudios observacionales con fuentes de financiamiento externas a la CCSS, vacío que existía en el ámbito institucional por no poder ser aprobadas, este tipo de investigación por parte de los Comités Locales de Bioética.



La CCSS se encuentra a la espera del análisis de la Dirección Jurídica en este apartado.

Bioética

Capacitación. Durante el periodo en resumen, el Área de Bioética desarrolló el programa de capacitación dirigido a miembros de comités de bioética y a funcionarios que se desempeñan como docentes en la Institución.

Este programa está conformado por diez cursos:

- Introducción a la Bioética.
- Buenas Prácticas de Investigación.
- Metodología de la Investigación.
- Medicina Basada en la Evidencia.
- Bioética Clínica.
- Investigación Cualitativa.
- Habilidades de Comunicación.
- Fundamentos de Bioética.
- Consentimiento Informado.
- Guías de Práctica Clínica.

En el año 2011 participó un total de 319 funcionarios.

Aunado a este programa, un total de diez funcionarios de la CCSS obtuvo el título de Maestría en Bioética. Este programa es impartido por la Universidad Nacional y la Universidad de Costa Rica. Todos estos funcionarios fueron becados por la institución para cursar este programa de estudios.

Comités Locales de Bioética Clínica. Los hospitales San Juan de Dios y Max Peralta de Cartago conformaron sus comités de bioética especializados en bioética clínica.



Estos hospitales, junto al hospital Nacional de Niños, se unen a la iniciativa institucional de conformar grupos especializados en este ámbito de la bioética, específicamente en el análisis bioético de casos clínicos y de documentos de normalización técnica (guías de práctica clínica y protocolos de atención).

Aunado a esto, a estos equipos de trabajo les corresponderá impulsar la aplicación del consentimiento informado una vez que se apruebe el reglamento sobre este tema.

Además, conjuntamente con los comités de bioética en investigación, realizan funciones de educación continua y divulgación de la bioética. En los otros centros asistenciales, el CLOBI realiza funciones tanto en el ámbito de la investigación como de la bioética asistencial.

Se realizó el II Encuentro de Comités de Bioética Clínica, con la participación de todos los miembros de estos comités. En esta actividad los comités compartieron la experiencia que han desarrollado en el análisis de casos clínicos y se presentó una propuesta de proyección de un comité de bioética en el primer nivel de atención mediante un proyecto de detección temprana de hiperplasia benigna de próstata y cáncer de próstata, la cual se implementará en el 2012, en el Área de Salud de Oreamuno de Cartago.

Base de datos sobre resultados finales de las investigaciones. El trabajo conjunto entre el Área de Bioética y la Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social (BINASSS) permitió el desarrollo de la base de datos BIOETICA, que contiene los resultados de las investigaciones biomédicas realizadas en los centros asistenciales de la Caja Costarricense de Seguro Social; con información recopilada a partir del año 2009 a la fecha.

Esta base de datos incluye un resumen de dichas investigaciones y, en algunos casos, el texto completo del trabajo final presentado por el investigador. BIOETICA se puede acceder tanto desde el portal de BINASSS (www.binasss.sa.cr), como desde el del CENDEISSS (www.cendeisss.sa.cr).

Capacitación

Atención primaria en salud renovada. En el contexto del proyecto que vienen implementando el CENDEISSS para la promoción de la estrategia de Atención Primaria en Salud Renovada, la Subárea de Desarrollo Profesional, a través de la Coordinadora del Consejo de Educación Permanente en Farmacia, ha venido participando con la Organización Panamericana de la Salud en la conceptualización e implementación de la Atención Primaria en Salud Renovada (APSR) en los servicios de Farmacia. Así, durante el año 2011, se realizó el Taller Validación de la Guía sobre APSR y Servicios Farmacéuticos que convocó a 36 profesionales de farmacia.

Formación de Auxiliares de Enfermería y ATAPS. Durante el año 2011 la institución realizó un ingente esfuerzo para continuar con la formación de auxiliares de enfermería y Asistentes Técnicos de Atención Primaria en Salud; así, en este periodo se formaron 99 auxiliares de enfermería y 42 ATAPS.



Formación de técnicos en salud. En el año 2011, se encontraban en formación 93 estudiantes en el área de las tecnologías en salud. Se graduaron en este periodo 17 técnicos en Disección y 16 Diplomados en Citología. A diciembre se habían graduado 11 de los 27 estudiantes que cursan el Diplomado en REDES.

Además, en este periodo iniciaron su formación un grupo de técnicos en electrocardiografía. La formación de dichos técnicos es cubierta por la Universidad de Costa Rica.

Adicionalmente, se realizó la actualización del estudio de necesidades de formación de los técnicos en gastroenterología. Se prevé que esta formación se sustente con fondos del Proyecto de Fortalecimiento de la Red Oncológica.

De igual forma se realizó la actualización del diagnóstico de necesidades de formación de técnicos de oftalmología.

Formación de médicos especialistas. La formación de especialistas en ciencias de la salud se rige bajo un convenio con la Universidad de Costa Rica que incluye un total de cincuenta y cuatro especialidades médicas, psicología clínica y el Programa de Posgrado en Odontología General Avanzada.

Gracias a este esfuerzo conjunto, durante 2011, se graduaron un total de 207 especialistas en las disciplinas mencionadas. Estos profesionales reforzaron la oferta de servicios que posee la institución en los centros hospitalarios de todo el país.

**CANTIDAD DE MÉDICOS GRADUADOS EN LAS
DIFERENTES ESPECIALIDADES DURANTE EL AÑO 2011**

ESPECIALIDAD	CANTIDAD
Anatomía Patológica	6
Anestesiología Pediátrica	1
Anestesiología Y Recuperación	17
Cardiología	4
Cardiología Pediátrica	1
Cirugía General	14
Cirugía Pediátrica	1
Cirugía Plástica Y Reconstructiva	1
Cirugía Oncológica	1
Dermatología	4
Endocrinología	3
Gastroenterología	4
Geriatría y Gerontología	8
Ginecología Oncológica	3
Ginecología y Obstetricia	8
Hematología	2
Hematología Pediátrica	1
Infectología	1
Medicina Crítica y Terapia Intensiva	2
Medicina de Emergencias	7
Medicina Familiar y Comunitaria	12
Medicina Física y Rehabilitación	5
Medicina Interna	19
Medicina Materno Fetal	2
Neonatología	1
Neumología	4
Neurocirugía	1

ESPECIALIDAD	CANTIDAD
Neurología	1
Oftalmología	3
Oncología Médica	4
Oncología Quirúrgica	1
Ortopedia y Traumatología	8
Otorrinolaringología	2
Pediatría	15
Psicología Clínica	3
Psiquiatría	8
Radiología E Imágenes Médicas	16
Radioterapia	4
Reumatología	1
Urología	5
Vascular Periférico	3
TOTAL	207

Fuente: Subárea de Posgrados y Campos Docentes del CENDEISSS.

Programa Aprendizaje en Red. El Programa Aprendizaje en Red inició su gestión en agosto de 2008 y en el 2009 comenzó a desarrollar y gestionar cursos de capacitación en línea para funcionarios de la Institución. A la fecha, los cursos en línea se han posicionado gracias a los múltiples beneficios que brindan a la institución y a sus trabajadores, entre ellos:

- Flexibilidad: que permite la capacitación del personal dentro o fuera de la jornada laboral.
- No existe afectación de los servicios.
- Disminución de costos en traslados, viáticos y sustituciones.
- Reducción del tiempo de desplazamiento.

Además, esta modalidad de capacitación promueve la innovación y el desarrollo de las competencias tecnológicas de los funcionarios y brinda un espacio para el intercambio en el ámbito nacional, lo que enriquece la labor del recurso humano, mejorando su gestión.

Durante el 2011, un total de 1111 funcionarios obtuvieron su certificado de aprovechamiento en las diversas capacitaciones que se brindan bajo esta modalidad, tal como se observa a continuación:

**CANTIDAD DE FUNCIONARIOS CAPACITADOS Y APROBADOS POR
CURSO PROGRAMA APRENDIZAJE EN RED**

Curso	No de funcionarios con el curso aprobado
Introducción a la Atención en el Domicilio	87
Atención al usuario adulto mayor	116
Promocionando Estilos de Vida Saludables	73
SQL Server	83
Desarrollo de las capacidades para la Renovación de la APS	132
Introducción a la gestión para la atención en salud de las personas adultas mayores	53
Módulo de adscripción del SIAC	30
Gestión de la Capacitación y Formación	15



Curso	No de funcionarios con el curso aprobado
Módulo Fundamentos Medicina Familiar del curso de Posgrado Gestión Local en Salud.	64
Módulo de Vigilancia Epidemiológica del curso de Posgrado Gestión Local en Salud.	66
Módulo Promoción de la salud del curso de Posgrado Atención Integral en salud	44
Diseño de Actividades Educativas en línea	26
Curso Virtual de Tutoría en Línea	101
Participación Social y Juntas de Salud	65
Seguridad Social: Retos y perspectivas en Costa Rica	116
Control Interno	15
Contratación administrativa	25
Total de funcionarios	1.111

Internado rotatorio universitario y cursos de servicio social. Se gestionó el examen de internado para la distribución de campo docente para el uso de las instalaciones de la CCSS, durante el 2012, para un total de 619 estudiantes de las diversas escuelas de medicina de las universidades nacionales.

En el caso de microbiología aplicaron sesenta y tres estudiantes para el internado rotario universitario y treinta y dos de farmacia.

Respecto a los cursos de inducción al Servicio Social para Profesionales en Ciencias de la Salud, se realizaron dos cursos durante el año, con el fin de brindar conceptos básicos en relación con el proceso de modernización de la CCSS y la reforma del sector salud, además de brindar conocimientos de las normas y procesos básicos de la institución.

Salud en las regiones

Durante 2011, el trabajo realizado por las diversas Direcciones Regionales de Servicios de Salud permitió mejoras en la oferta de servicios que brinda la institución a lo largo y ancho de todo el país. Este esfuerzo se puede resumir de la siguiente manera:



Región Brunca

Con el fin de mejorar la capacidad resolutive de los diferentes Hospitales de la Región Brunca se adquirió el siguiente equipo:

- Hospital Escalante Pradilla / Mamógrafo - Endoscopio superior e inferior.
- Hospital de Golfito / Gastroscopio - Ultrasonido.
- Hospital Ciudad Neily / Lavadora Industrial - Ultrasonido para Rayos X - Ultrasonido para Ginecología - Entrada de Mamógrafo.
- Hospital San Vito / Equipo de Ultrasonido.

Por su parte, respecto a la infraestructura se construyeron los siguientes establecimientos de salud, con el fin de mejorar la prestación y la accesibilidad de los servicios:

- Coto 47 (Las Fincas) - Área de Salud de Corredores.
- Río Nuevo - Área de Salud Pérez Zeledón.
- Sierpe - Área de Salud Osa.

Región Central Norte

En la región Central Norte, que incluye parte de la provincia de Alajuela y Heredia:

- Se ampliaron los servicios de salud en el EBAIS de Belén y Vara Blanca con la consulta odontológica.
- Se creó el Banco de Leche del Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega, con un costo de ₡79.602.000.
- En el Hospital San Vicente de Paúl:
 - o Se constituyó la Clínica de Mama, dirigida a las mujeres portadoras con cáncer y a mujeres en general para prevenir el cáncer de mama.
 - o Se implementó el Proyecto de Programa de Pantallas en el Servicio de Farmacia que permite gestionar en forma automatizada las filas para trámite de medicamentos.

- 
- o Se implementó la Clínica del Bebé, proyecto dirigido a las madres de recién nacidos, en el que se les brinda orientación individual sobre hábitos de higiene bucal para los bebés.
 - o Talleres dirigidos a pacientes con bolsa de colostomía sobre cuidados, higiene, control y otros.
 - o Programa de visita domiciliar, dirigido a pacientes con egreso del servicio de medicina interna con patologías crónicas, para lograr el manejo ambulatorio, se le brinda educación a la familia en el abordaje al paciente para evitar el reingreso y optimizar las condiciones de egreso.
 - Hospital San Francisco de Asís:
 - o Remodelación de planta física y equipo de aire acondicionado con aporte del Club de Leones de Grecia con un costo de ¢8.000.000.
 - o Compra equipo de mamografía con imágenes digitalizadas con aporte de la Junta de Protección Social con un costo de ¢133.748.000.
 - Hospital San Rafael de Alajuela:
 - o Apertura de la consulta de cardiología pediátrica con la incorporación de un médico especialista.
 - o Implementación de la firma digital en jefaturas médicas y administrativas.
 - Área de Salud Grecia:
 - o Apertura de consulta Farmacológica en la Clínica Central, en la Sede de EBAIS Santa Gertrudis y Tacares.
 - o Apertura de una consulta en Psicología con apoyo de la Sede Regional, dirigido a adolescentes.
 - o Apertura de una consulta de mama.
 - La apertura del Servicio de Electrocardiografía en el Área de Salud Heredia Cubujuquí.
 - La instalación de una unidad odontológica en el EBAIS de Los Ángeles, en el Área de Salud San Rafael.
 - El inicio de la construcción del EBAIS Sarchí Sur, en el Área de Salud Valverde Vega.
 - Contratación de servicios en mensajería para traslado de medicamentos, en el Área de Salud Heredia Virilla.

Región Central Sur

- Se logró la compra del inmueble para la Sede del EBAIS de Tarrazú.
- Se realizó el Festival Regional de Prevención y Promoción en Salud “Muévete por un corazón sano” con la participación de más de 1.000 personas.
- Se implementó y autorizó el uso de medicamentos en Red de uso exclusivo de especialistas con alto consumo en las Áreas de Salud para las subredes de los hospitales William Allen y Max Peralta Jiménez.

Región Huetar Atlántica

Con el fin de mejorar la capacidad resolutive de los diferentes hospitales de la Región Huetar Atlántica se adquirió el siguiente equipo:

- Equipos de Ultrasonido, con una inversión de ₡75.987.432,00.
- Colposcopio con video, con una inversión de ₡8.170.963,00.

Además, se desarrolló el proyecto para dotar de nuevas salas quirúrgicas al Hospital de Guápiles, con equipamiento en ortopedia y oftalmología.

Por su parte, en el caso específico del Hospital Dr. Tony Facio Castro, inversión en Infraestructura y equipamiento:

- Ventilador Neonatal - \$46.000.
- Sistema de Análisis y Monitoreo - \$20.000.
- Lavadora Industrial - \$209.400.
- Planta Eléctrica - \$114.450.
- Tanque Almacenamiento Diesel - ₡57.115.00.
- Equipo de Ultrasonido uso general - \$70.450.
- Remodelación del Servicio Sala de Partos - ₡55.000.000.

Respecto a la infraestructura se construyeron los siguientes establecimientos de salud, con el fin de mejorar la prestación y la accesibilidad de los servicios:

Área de Salud Talamanca	EBAIS de Amubri (donación de embajada Americana)	\$494.427
	EBAIS de China Kicha	¢593.827.000
Área de Salud Matina	EBAIS de Estrada (con aporte de la Embajada de Japón y recursos institucionales)	¢109.999.545 Aporte de la CCSS
Área de Salud Cariari	Sede Visita Periódica - Colorado Sur	¢103.080.482

Región Huetar Norte

- En esta región, se desarrolló el festival de la Paz y del Proyecto Cultural de PAN en la Región con la promoción de estilos de vida saludable.
- Se construyó e inauguraron los puestos de visita periódica en Veracruz y la Virgen de los Chiles.
- Se conformó y creó el Sector de Gamonales en el área de salud Ciudad Quesada y se dotó al Hospital los Chiles con un equipo laparoscópico completo y un equipo de radiodiagnóstico, lo que mejorará su capacidad resolutive.

Región Chorotega

- Se promovió la realización de procedimientos de compras en forma agrupada con la interacción de la Dirección Regional y la participación de los tres hospitales y las diez áreas de salud, en los siguientes rubros: equipo de cómputo, equipo médico y unidades de aire acondicionado.
- Se reforzó el primer nivel de atención con la formación de doce plazas de auxiliares de enfermería para laborar en el hospital Enrique Baltodano Briceño, el hospital de la Anexión, el área de salud de La Cruz y el área de salud de Carrillo. Además, se crearon 107 plazas para atender las necesidades de la ampliación del hospital Enrique Baltodano Briceño.
- Se realizó la apertura del programa de Diálisis Peritoneal Domiciliar y Hospital de Día.

Región Pacífico Central

Durante el periodo en revisión y con el fin de mejorar la prestación y la accesibilidad de los servicios, se realizaron las siguientes acciones:

- Se construyó el Puesto de Visita Periódica de San Juan de Parrita, en el Sector de Palo Seco.
- Se recibió la visita de la Brigada Médica presente por el barco de origen chino “Arca de Paz”.
- Primer Nivel de Atención: tanto para la consulta de medicina general como para medicina especializada.

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS REALIZADOS BARCO ARCA DE PAZ

Especialidad	Procedimiento realizado	Cantidad
Cirugía general	Colecistectomías	9
	Hernioplastías Inguinal y Umbilical	10
TOTAL		19
Oftalmología	Extracción de Catarata con colocación de Lente Intraocular	14
TOTAL		14
O.R.L.	Corrección del Tabique Nasal	1
	Amigdalectomía	1
TOTAL		2
Vascular periférico	Varicetomía Derecha	1
	Ligadura de Safena	1
TOTAL		2
Ortopedia	Laminectomías	3
	Libeación de Túnel Carpal c/ apertura vaina	1
	Remoción Dedo Supernumerario	1
TOTAL		5
Ginecología	Dilatación y Curetaje Mioma Uterino	1
	Salpingectomía Bilateral	1
	Esterilización Laparoscópica	1
TOTAL		3
TOTAL PROCEDIMIENTOS		45

- 
- En consultas ambulatorias, gracias a la misión china, se beneficiaron las comunidades de Fray Casiano, área de salud de Chacarita y el área de salud de Barranca. Se brindaron las siguientes consultas:

Medicina General: 2940 consultas.

Optometría: 2353 consultas.

Odontología: 1201 consultas.

Pediatría: 2147 consultas.

Dermatología: 130 consultas.

Cardiología: 27 consultas.

Total: 8799 consultas.

- En atenciones correspondientes al segundo nivel, se citaron 202 pacientes para cirugía, se atendieron 113, 91 se reportaron ausentes, se programaron 78 cirugías programadas y 35 rechazadas.
- Mientras que en el rubro de capacitaciones, el personal de la región se capacitó en Medicina Táctica, Equipos desplegables para Atención de Desastres, Introducción a la Cooperación Internacional para Desastres, Curso de Prevención de Enfermedades Crónicas, Pulmonares relacionadas al uso del tabaco, TRIAGE para Enfermería, Curso Enfermedades Infecciosas, Diarrea y Vacunas, Curso de Toxicología Clínica y Manejo de paciente post operados, para un total de 271 personas.

Participación de la población en el proceso de construcción de la salud

Durante el periodo 2011, la institución realizó un ingente esfuerzo por cumplir con lo dispuesto en la Ley de Desconcentración de Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social No. 7852 y llevar a cabo el proceso electoral para escoger las Juntas de Salud para el periodo 2012-2013.

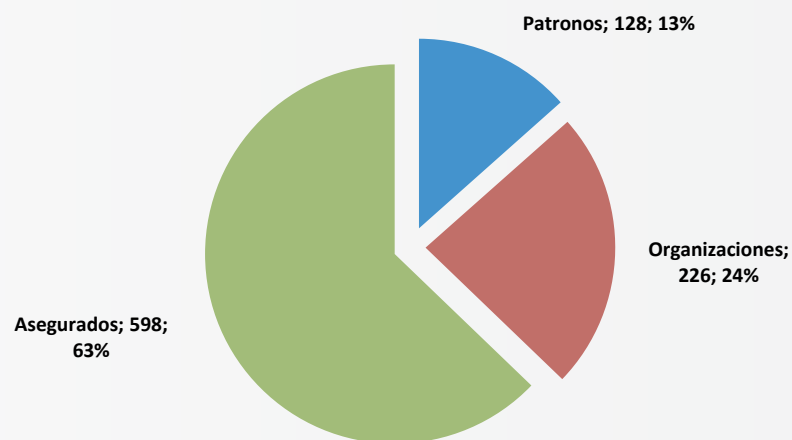
Estos entes auxiliares garantizan la participación ciudadana en el desarrollo de estrategias que permitan mejorar la atención de la salud y el desempeño administrativo y financiero de los centros de salud; a la vez que colaboran con la administración activa de estos en la definición de las prioridades y políticas generales en diversos campos del accionar administrativo.

El proceso electoral 2011, requirió de una serie de coordinaciones que iniciaron al despuntar el periodo y que incluyeron:

- La adecuada difusión del proceso electoral, tanto en el ámbito interno como externo de la CCSS.
- La coordinación con los centros médicos para asegurar el proceso electoral.
- La revisión del proceso desarrollado en forma conjunta con las Juntas de Salud en ejercicio.
- El establecimiento de una alianza con la Dirección Institucional de Contralorías de Servicios, para supervisar el proceso de elección en cada hospital y área de salud, de manera que se asegurara la atención de las obligaciones reglamentarias existentes sobre este tema.

Las elecciones se celebraron el 5 de octubre de 2011 y se obtuvieron los siguientes resultados:

**TOTAL DE CANDIDATOS INSCRITOS POR SECTOR A NIVEL NACIONAL,
ELECCIÓN MIEMBROS DE JUNTAS DE SALUD DEL PERIODO 2012-2013**

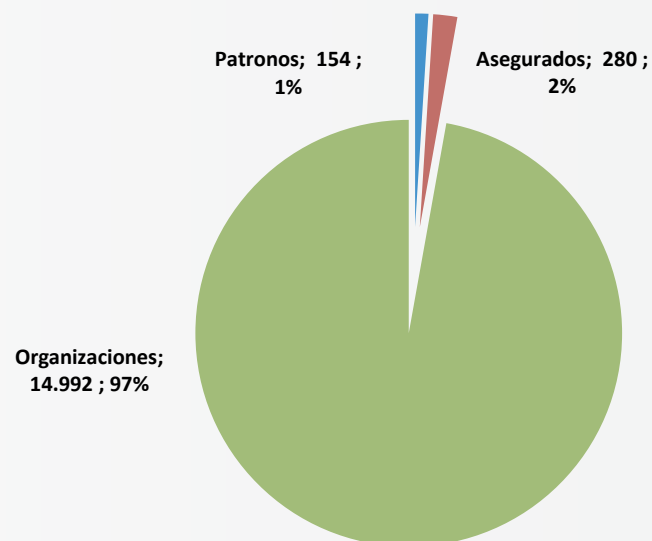


Fuente: AGLDJS, según actas de apertura y cierre de elecciones de miembros de juntas de salud, el día 05 de octubre de 2011.

De acuerdo con el gráfico 1, en la elección de miembros de Juntas de Salud del año 2011, se inscribieron un total de 952 candidatos o personas que aspiraban por un puesto en estos entes, de los cuales 486 fueron hombres y 466 mujeres. Estas cifras incluyeron los tres sectores participantes (patronos, asegurados y organizaciones pro salud); sin embargo, tal como se verá más adelante, existió un predominio de candidatos del sector asegurados.

La cantidad de votos totales emitidos ascendió a 15.426, distribuidos entre los tres sectores (patronos, organizaciones pro-salud y asegurados) de la siguiente forma:

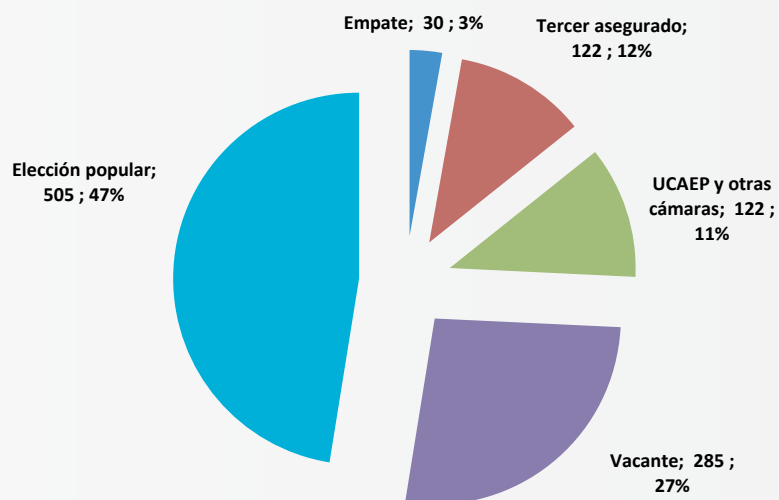
**GRÁFICO 2. VOTOS EMITIDOS A NIVEL NACIONAL TODOS LOS SECTORES
ELECCIÓN MIEMBROS DE JUNTAS DE SALUD
PERIODO 2012-2013**



Fuente: AGLDJS, según actas de apertura y cierre de elecciones de miembros de juntas de salud, el día 05 de octubre de 2011.

El gráfico 2 muestra que el sector de asegurados obtuvo 14.992 votos para un porcentaje del 97% del total de votos emitidos en la elección de miembros de Juntas de Salud. Mientras que en la elección del sector patronal, se registró un total de 154 votos (que representan el 1% del total) y en la escogencia de los representantes del sector de organizaciones pro-salud se contabilizaron 280 votos (que representan un 2% del total de votos emitidos).

**GRÁFICO 3. MEDIOS DE ELECCIÓN, ELECCIONES DE MIEMBROS DE JUNTAS DE SALUD
2011, RESULTADOS NACIONALES**



Fuente: Suministrada por AGLDJS, según actas de apertura y cierre de elecciones de miembros de juntas de salud, el día 05 de octubre de 2011.

El gráfico 3 muestra los resultados obtenidos a nivel nacional una vez transcurrida las elecciones. Tal como se observa, del total de 966 plazas que requerían ser adjudicadas en todo el país, mediante elección popular se eligieron 505 espacios, los cuales representan el 52% de los puestos de juntas de salud a nivel nacional.



Treinta puestos resultaron con empates (4 en patronos, 17 en organizaciones y 9 en asegurados), mientras que 285 plazas resultaron vacantes (158 en patronos, 106 en organizaciones pro-salud y 21 en asegurados, espacios que constituyen el 30% de los puestos en Juntas de Salud).

La UCCAEP y otras cámaras propusieron el 2% de las plazas que se requieren en Juntas de Salud para un total de 24, las cuales se distribuyen únicamente en el sector patronos de Hospitales Nacionales y Especializados.

Finalmente 122 plazas que representan el 13% de los escaños requeridos en Juntas de Salud, fueron definidas mediante la modalidad denominada “Tercer asegurado”, regulada en el Art. 19 del Reglamento de Juntas de Salud, edición enero de 2011.

Estas Juntas de Salud iniciarán su periodo en el mes de enero de 2012 y sus planes de trabajos estarán vinculados a la planificación institucional, en los diferentes niveles de atención.



Capítulo V

Logística Institucional

Introducción

Han transcurrido cuatro años desde la creación de la Gerencia de Logística en el año 2008, tiempo en el cual se han 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.

Resultados 2011

El esquema de rendición de cuentas de la Gerencia de Logística, se basa en sus indicadores del desempeño, los cuales muestran los resultados de las operaciones logísticas relacionadas con las áreas de abastecimiento (abastecimiento, inventario, nivel de gasto y control de calidad), es decir, son aquellas prácticas e implementaciones que responden de forma directa al objetivo sustantivo de la Institución en cuanto a los servicios asistenciales de salud aunque en apariencia, se haga de modo indirecto.

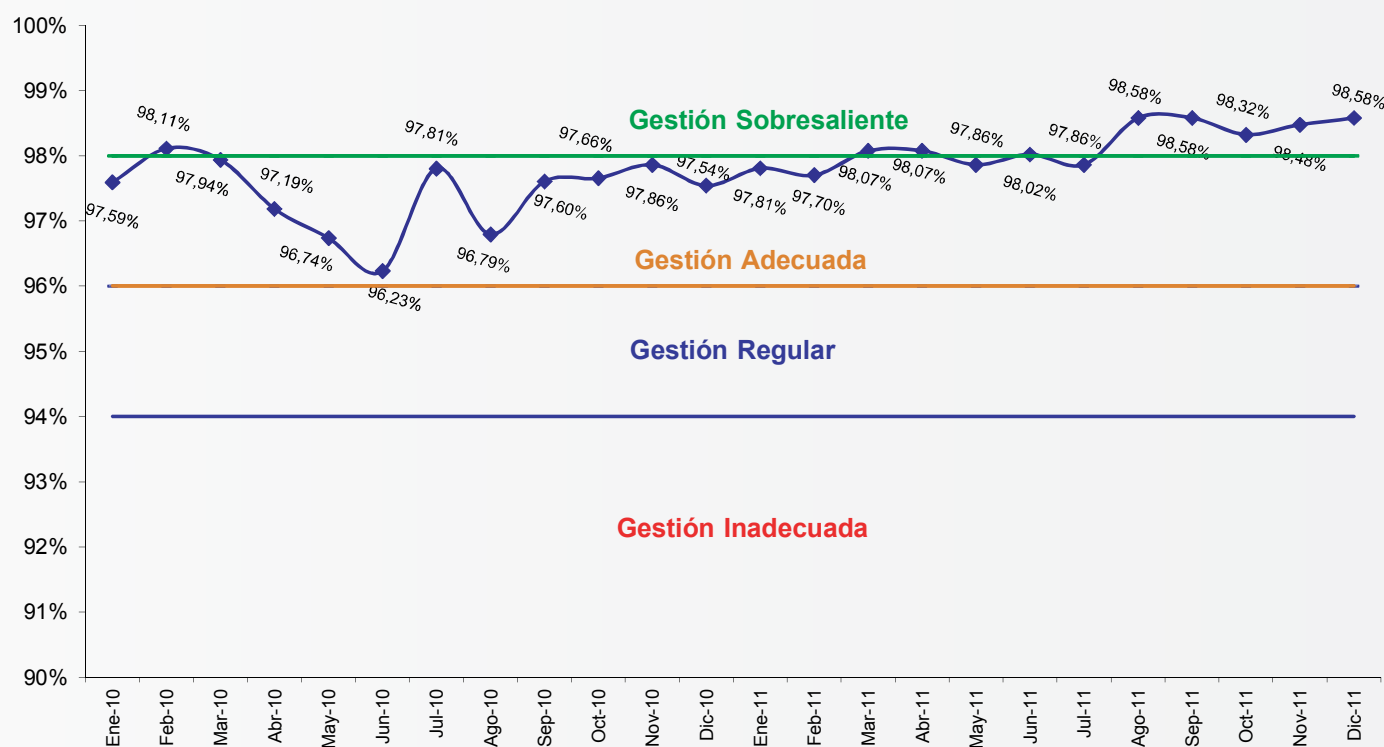
Con el objeto de identificar nuevas ventanas de mejora en la cadena de abastecimiento y profundizar los resultados alcanzados en el año 2011, se incorporan los siguientes elementos estratégicos:

- a) Planificación y Programación de las compras, por medio de cálculos veraces para las cantidades a comprar; además se programa aumentar las entregas, así como la rotación de los insumos y una mejor asignación de los productos.
- b) Se incorpora al proveedor a la Cadena de Abastecimiento, de tal manera que pueda diseñar su producción conforme a las necesidades de la Institución.
- c) En materia de compras, más del 50% del total de las compras se encuentran bajo la modalidad de compras prorrogables lo cual incide positivamente sobre los costos de operación del proceso de compras.
- d) Diseño del Plan de Trabajo de Corto Plazo de la Gerencia Logística que tiene por objetivo efectuar un análisis de los procesos de planificación, compra, almacenamiento, distribución y sistemas de información con el objeto de responder en forma eficaz y oportuna a las crecientes exigencias de los usuarios de la Cadena de Abastecimiento Institucional.
- e) Asesoría directa a las unidades evaluadas, paralelo al mejoramiento de la gestión en contratación administrativa.
- f) Revisión y mejora de los procedimientos con el fin de simplificarlos e incrementar productividad.

Indicadores de Abastecimiento

El tema del abastecimiento, se constituye como uno de los elementos estratégicos para apoyar la gestión de los servicios de salud, donde la participación activa de la cadena de abastecimiento institucional contribuye al buen funcionamiento del sistema; sin embargo, se deben establecer parámetros que midan la gestión, tal y como se muestra en el siguiente gráfico:

GRÁFICO NO. 1 PORCENTAJE DE ABASTECIMIENTO TOTAL DE MEDICAMENTOS E INSUMOS MÉDICOS DATOS MENSUALES 2010 Y 2011

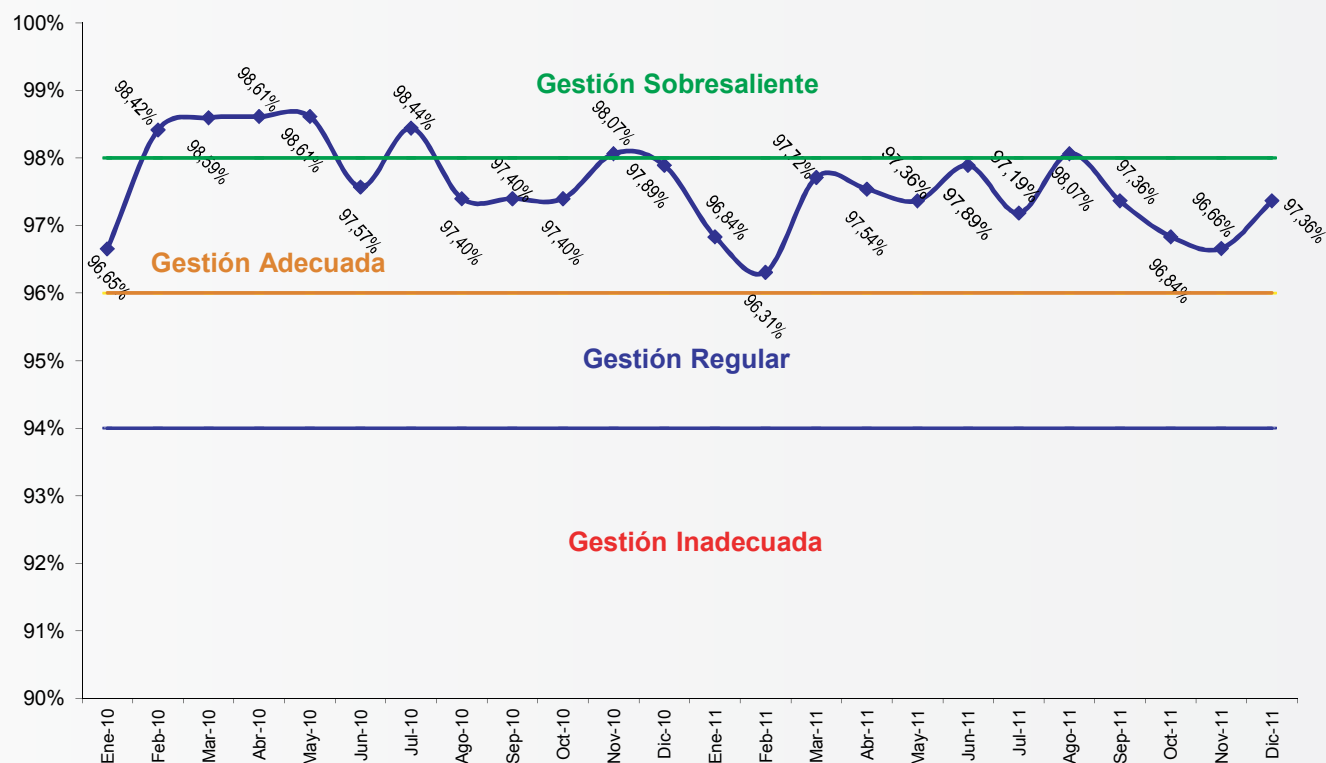


Fuente: Dirección Técnica de Bienes y Servicios. GL.

En concordancia con el punto anterior, el gráfico No. 1 muestra el nivel total de abastecimiento de medicamentos e implementos médicos durante el año 2011, alcanzado porcentajes entre 98% equivalente a estar dentro del parámetro de “Gestión Sobresaliente”; el mantener estos porcentajes garantiza la calidad de los servicios de salud y el acceso a los medicamentos.

Al segregar el indicador total de abastecimiento, el siguiente gráfico muestra el nivel de dotación de medicamentos, que durante el año 2011, mostró un promedio de 97.26%, lo cual se ubica dentro de la “Gestión Adecuada”.

GRÁFICO NO. 2 PORCENTAJE DE ABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS DATOS MENSUALES

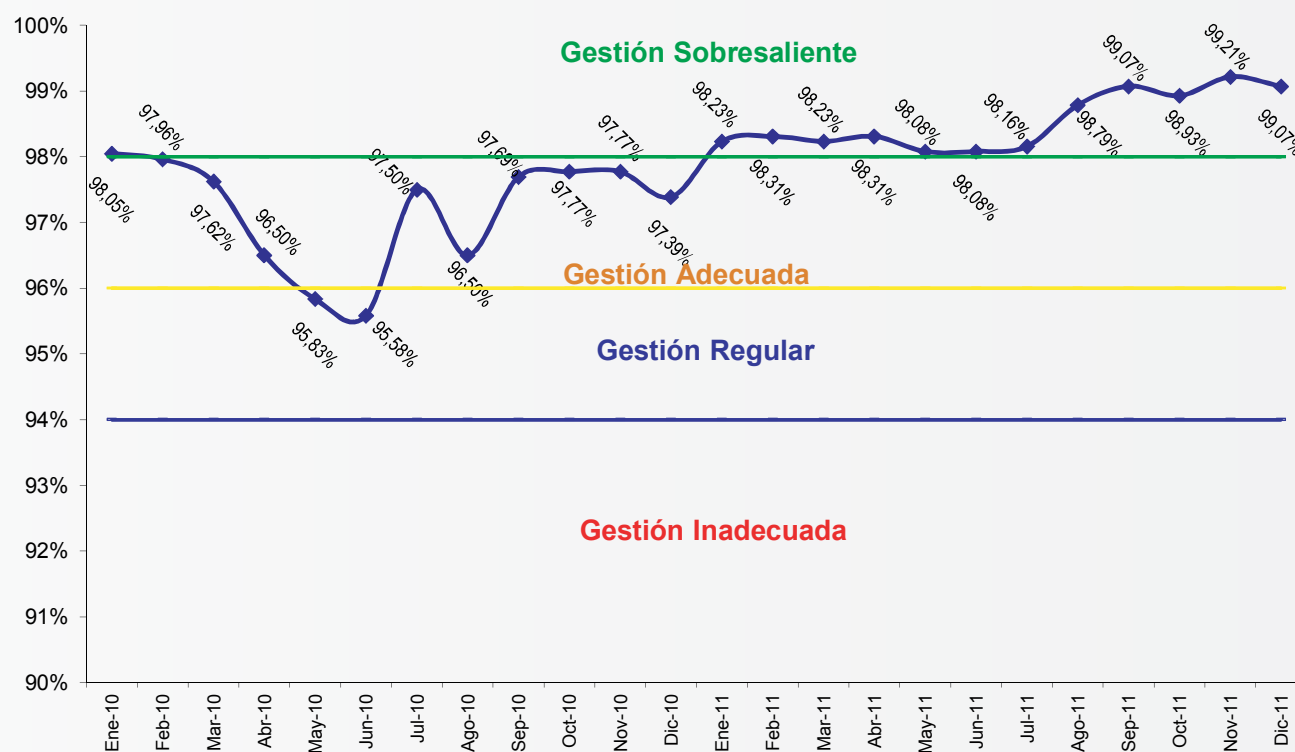


Fuente: Dirección Técnica de Bienes y Servicios. GL.

Un elemento que incide en el resultado del abastecimiento en medicamentos son los concursos declarados infructuosos, una de las razones fundamentales de ello son los incumplimientos contractuales por parte de los proveedores. A pesar de esto, los resultados obtenidos son consecuencia del fortalecimiento del proceso de planificación y programación de compras, incorporando nuevas variables para determinar la demanda, aunado a estrategias de entrega y rotación del inventario.

En relación con el suministro de implementos médicos (ver gráfico No. 3), el porcentaje mensual de abastecimiento ha presentado variaciones importantes, promediando el 98.54% para el año 2011 y ubicando su gestión como “sobresaliente”.

GRÁFICO NO. 3 PORCENTAJE DE ABASTECIMIENTO DE LOS IMPLEMENTOS MÉDICOS DATOS MENSUALES



Fuente: Dirección Técnica de Bienes y Servicios. GL.

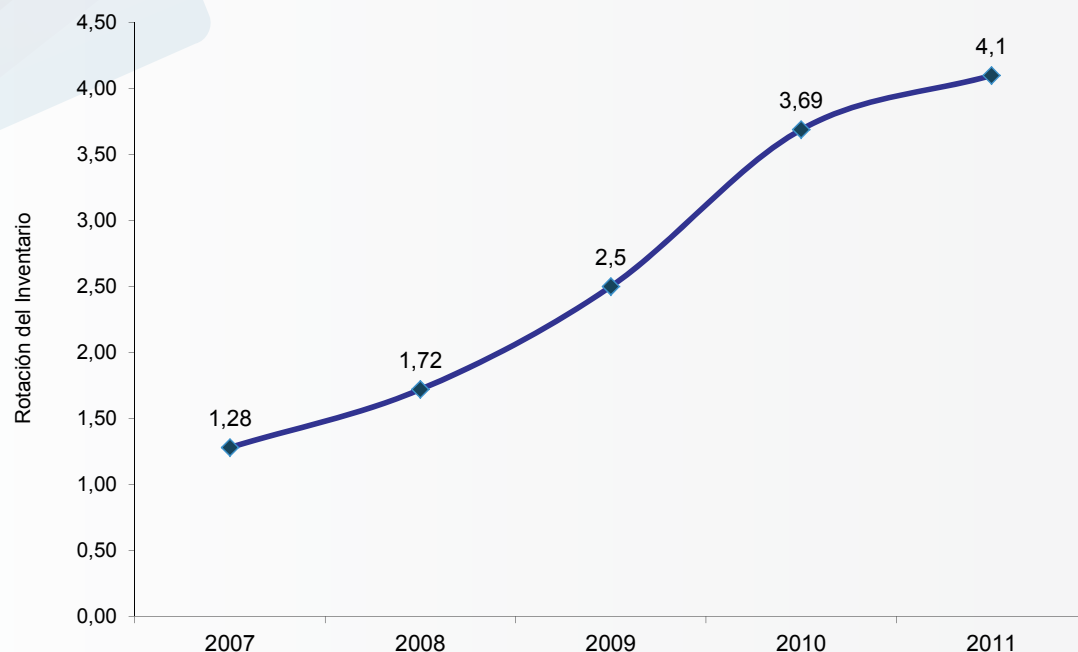
Indicador de Rotación

La rotación del inventario es uno de los parámetros utilizados para el control de gestión o la función logística y se constituye como un indicador que mide la calidad de la gestión de los abastecimientos, pues representa la frecuencia media de renovación de las existencias, en este caso de las compras.

En el caso de una institución de Seguridad Social, se pueden considerar como una inversión de capital en bienes de consumo (medicamentos, implementos médicos y papelería) que apoya los servicios sustantivos de salud, por lo que se debe apoyar en una buena gestión financiera, donde, en los últimos años, se han diseñado políticas de entregas más frecuentes y con tamaños más pequeños, que reducen los costos del inventario y se aprovecha el recurso para aumentar el abastecimiento.

Producto de esta gestión, el siguiente gráfico ilustra el comportamiento promedio del indicador “Rotación del Inventario” durante el periodo comprendido del año 2005 al 2010, en el cual se observa una eleva tendencia en los últimos cuatro años, pasando de una rotación de 1.28 (2007) a 4.1 veces (2011), lo cual es equivalente a pasar de 286 a 89 días en el 2011.

GRÁFICO N° 4: INDICADOR ROTACIÓN DEL INVENTARIO (PROMEDIO SIMPLE ANUAL)



Años	Rotación del inventario	Días de inventario
2007	1,28	285,16
2008	1,72	212,21
2009	2,5	146
2010	3,69	98,92
2011	4,1	89,02

Fuente: Dirección de Aprovisionamiento de Bienes y Servicios.

Como se puede observar durante el periodo en estudio y en comparación a años anteriores, la mejora de este indicador es la consolidación de las políticas de optimización del inventario dada la mejora en las buenas prácticas de las compras, mayor rotación de las entregas y mejoras en la logística de distribución. Finalmente, el mantener niveles adecuados en la rotación de los inventarios, reduce el riesgo de vencimientos de productos y los costos de oportunidad de mantener en exceso mercancías en almacenamiento.

Costo total de la cadena de abastecimiento

Los indicadores financieros, reportan los costos de los recursos asociados a los procesos de logística de la cadena de abastecimiento, además de identificar los costos de ejecución de actividades específicas, tal y como se observa en cuadro No. 1:

CUADRO N° 1 COSTOS DE LA CADENA DE ABASTECIMIENTO DATOS EN RAZONES Y PORCENTAJES

Concepto	2011	2010	2009	2008	2006
Costo logístico como % del Gasto Seguro Salud	0,8%	1,1%	1,2%	1,5%	1,7%
Costo logístico versus Valor del Producto Distribuido	10,3%	11,8%	15,5%	17,6%	17,4%
Compras versus Distribución	0,96	0,94	1,01	1,28	0,87
Rotación del Inventario Medio	4,1	3,82	2,01	1,79	1,13
% Abastecimiento Medicamentos	97,4%	97,4%	97,9%	97,0%	95,4%

Fuente: Construido con datos del SIGES y la Dirección Actuarial.

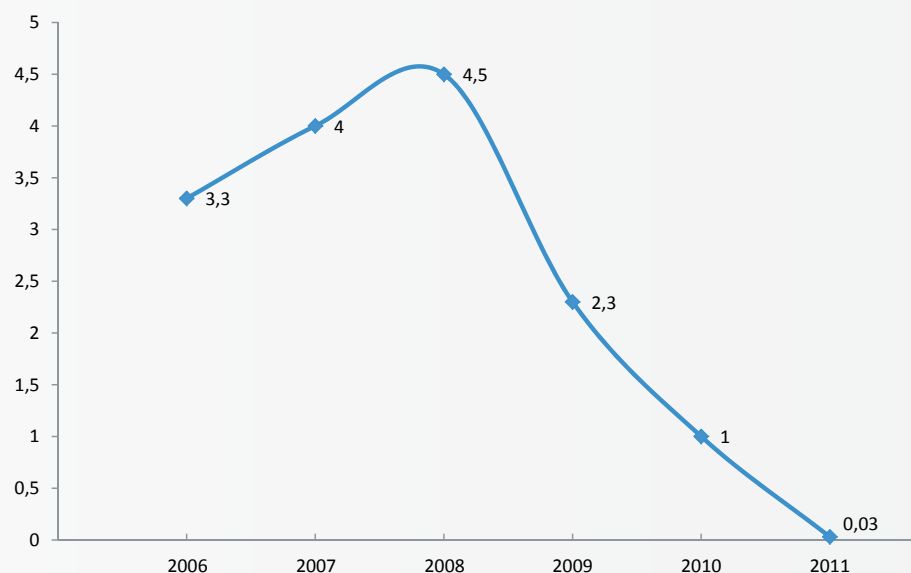
Como se puede observar en el cuadro anterior, el costo total del Seguro de Salud como proporción del gasto del Seguro de Salud disminuye de 1.7% en el 2006 a 0.8% en el 2011 y como porcentaje del valor del despacho de productos del Almacén General el costo logístico decrece del 2010 al 2011, pasando de 11.8% a 10.3%.

Indicador de control de calidad de medicamentos

Este indicador, se construye entre el número de lotes de medicamentos valorados y el número de lotes rechazados, que presentan un incumplimiento en las especificaciones establecidas sean físico, químicas y microbiológicas, de manera que podría poner en riesgo su uso o eventualmente la salud del paciente.

Al respecto, el gráfico siguiente muestra el comportamiento porcentual de los lotes rechazados, durante el periodo 2006-2011:

GRÁFICO N° 4 PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS RECHAZADOS POR CONTROL DE CALIDAD



Fuente: Laboratorio de Normas y Control de Calidad de Medicamentos. DTBS.

Como se puede observar durante el 2011, se constituye el de menor producto rechazado, lo cual representa una sensible mejora en la calidad de los medicamentos adquiridos por la Institución, lo cual es producto de la gestión de proveedores y de las condiciones técnicas.

De acuerdo con los resultados que muestran la “Gestión Logística”, la institución ha dado un paso firme hacia adelante para garantizar a los usuarios el acceso a los medicamentos.



Capítulo VI

Acción en la gestión administrativa



Introducción

Al hacer una revisión del desempeño gerencial durante el año 2011, la Gerencia Administrativa evidencia importantes resultados. Destacan aquí la consecución de proyectos y actividades de relevancia institucional.

El accionar de la gerencia ha estado orientado al logro de su Visión: “Contribuir a que la Institución cuente con un sistema administrativo institucional fuerte y renovado, mediante la implementación de modelos de organización y gestión flexibles y de calidad, que contribuyan con un desempeño eficiente y efectivo de los programas de atención integral en salud, pensiones y prestaciones sociales”.

De igual forma, ha sido orientador del accionar, el alcance de los objetivos de la Visión 2025 “Una Caja Renovada hacia el 2025” y del “Plan Estratégico Institucional 2010-2015”.

Aunque es sumamente amplio y diverso el conjunto de actividades realizadas por la Gerencia, en un esfuerzo de síntesis seguidamente se detallan las que se consideran más relevantes y representativas del aporte hacia la Institución y sus usuarios durante el periodo 2011.

Compra Servicios en Salud

El año 2011 permitió consolidar importantes proyectos y procesos en el marco de la compra de los servicios de salud. Los adelantos en el cambio hacia una evaluación del desempeño en los servicios, a la vez que las mejoras en la articulación PAO-Presupuesto y Compromiso de Gestión, forman parte de esta iniciativas en la que la Gerencia Administrativa, por Intermedio de la Dirección de Compra de Servicios de Salud, avanza para mejorar la calidad y prestación de los servicios de salud en todo el país.

1. Evolución del marco de la compra de servicios de salud de la producción de servicios ligada a la asignación de recursos financieros, hacia la evaluación del desempeño de los servicios de salud.

Este enfoque permite cambiar la orientación ligada a la producción y al seguimiento de programas de salud hacia un enfoque para mejorar el desempeño de la prestación de servicios de salud con una óptica más integrada, desde diferentes dimensiones.

Por otra parte, logramos migrar de un énfasis en los procesos ligado al cumplimiento de criterios de normas, guías y lineamientos técnicos, hacia la medición de resultados intermedios de la prestación de servicios de



salud. Además se incorporaron los elementos esenciales que permiten a los tomadores de decisiones valorar la adecuación a las expectativas planteadas.

2. Articulación PAO-Compromiso de Gestión – Presupuesto

Este aspecto lo integran las diferentes Direcciones involucradas en el desarrollo de una herramienta única de programación local denominada Plan de Gestión Local.

Esta herramienta articula el Compromiso de Gestión en su diseño, negociación y evaluación con el plan anual operativo y con el presupuesto, conservando de cada uno de estos instrumentos y procesos su propia identidad, pero conformando juntos para cada unidad prestadora de servicios de salud un plan de gestión local.

3. Negociación del Compromiso de Gestión en el nuevo marco de la evaluación del desempeño de los servicios de salud

En el periodo se dio paso a la negociación del Compromiso de Gestión 2010- 2011, proceso en el que participaron 134 establecimientos de salud, a saber: 29 hospitales, 2 clínicas especializadas, 103 áreas de salud.

4. Capacitación equipos evaluadores

Durante el año se capacitó a 37 equipos evaluadores de las siete regiones establecidas por la CCSS la cual fue dirigida a los funcionarios de la institución que participan en el proceso de evaluación de los servicios de salud cada año, con el propósito de unificar criterios de evaluación, en el llenado de los instrumentos de evaluación (Instrumento de Evaluación IEAS/IEH, Formularios Electrónicos y Acta de Evaluación) diseñados para la recolección de los datos, con el propósito de facilitar esta labor.

5. Evaluación periódica anual del Compromiso de Gestión

Como todos los años, se realizó la evaluación anual a 134 establecimientos de salud a nivel institucional. Los resultados de la evaluación se orientan a que los tomadores de decisiones visualicen intervenciones correctivas en apoyo a las unidades de salud en todo el país.

6. Elaboración del Informe General del Desempeño de los Servicios de Salud

La elaboración del Informe general de desempeño de los servicios de salud, es un instrumento de valor realizado durante el año 2011. En este informe se recogen los resultados de las intervenciones evaluadas tanto en Áreas de Salud como en Hospitales, indicando algunas recomendaciones de mejora y destacando elementos importantes a considerar para la toma de decisiones.

7. Resultados de la Evaluación del Desempeño de la Prestación de Servicios de Salud de las Áreas de Salud durante el año 2010

En el marco de la evaluación del desempeño se detallan en la siguiente tabla las diez áreas de salud con mayor índice de desempeño.

Área de Salud	Índice de Desempeño.*
Barranca	0,782
Puriscal	0,778
Palmares	0,768
San Ramón	0,763
Pérez Zeledón	0,761
Esparza	0,759
Valverde Vega	0,756
Turrialba	0,753
Los Santos	0,752
Zarcero	0,744

*Medida resumen relativa que integra las intervenciones en salud que se desarrollan en la prestación de servicios del Primer Nivel de Atención y las cuales son evaluadas en los Compromisos de Gestión.

El índice de desempeño incluye todas las áreas de salud institucionales además de las gestionadas por la Universidad de Costa Rica (UCR). Se excluyó el Área Catedral Noreste por las características de la metodología aplicada. En total, el Índice incluye a 92 Áreas de Salud.

Nota:

- Mayor información se puede encontrar en el Documento “Análisis del Desempeño de la Prestación de Servicios de Salud. Informe de Evaluación Compromisos de Gestión 2010” que puede ser consultado en:

http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Gerencia_Administrativa/DireccionComprasServiciosdeSalud/CompromisosGestion/Tablnformes/Informe_de_Evaluacion_2010.pdf

- Los aspectos técnicos de la formulación del índice se pueden consultar en el Documento “Índice de Desempeño de la Prestación de Servicios de Salud” disponible en:

http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Gerencia_Administrativa/DireccionComprasServiciosdeSalud/Dise-noCompra/Indice%20de%20desempe%F1o.pdf

8. Resultados de los Hospitales Generales con mejor porcentaje en la evaluación del Compromiso de Gestión

HOSPITAL	CALIFICACIÓN OBTENIDA
Tomás Casas	94,73
Los Chiles	91,01
Fernando Escalante Pradilla	91,68
San Carlos	90,30
Enrique Baltodano Briceño	89,13
Guápiles	88,18
Monseñor Sanabria	88,16
Golfito	87,56
La Anexión	86,95
Carlos Luis Valverde Vega	86,94

Nota aclaratoria: Existe una diferencia en el manejo de la información de los resultados de la evaluación del desempeño de la prestación de los servicios de salud en Áreas de Salud y para Hospitales por las siguientes razones.

Institucionalmente existe un modelo readecuado de atención que define la forma de prestar los servicios en el primer nivel de atención en salud, las actividades prioritarias a realizar etc. Caso contrario en hospitales se carece de un modelo hospitalario de atención. Esto ha permitido que en el primer nivel de atención se haya podido evaluar desde el 2010, una serie de intervenciones técnicas que permiten medir el desempeño institucional.

9. Publicaciones

En el año 2011, se efectuaron una serie de estudios y publicaciones entorno a temas de salud, que aportan datos e informaciones de gran importancia para la planificación de los servicios y dentro de salud, de los cuales seguidamente se presentan una breve resumen.

Anemia y exclusión social: la situación de los niños y niñas entre 6 y 24 meses de edad, según áreas de salud en Costa Rica

El estudio establece la proporción de niños y niñas de 6 a 24 meses con anemia por deficiencia de hierro según áreas de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Esta información se obtuvo de una muestra de 5.379 infantes que acudieron a los servicios de salud en el año 2010 y que fueron tamizados con hemograma. El análisis muestra que la proporción de niños con anemia (PNA) en este grupo poblacional continúa siendo un problema de salud pública moderado a nivel nacional, pero que es estadísticamente diferente entre las regiones geográficas del país, y que se convierte en un problema severo en comunidades económicamente excluidas, con una proporción de casos que dobla aproximadamente a la media nacional.

Sífilis Neonatal

La infección la sífilis es un problema importante de salud pública que afecta a las mujeres y sus recién nacidos de manera directa y por extensión al conjunto de la comunidad en América Latina y el Caribe. En ALC la mediana de seroprevalencia de sífilis en mujeres embarazadas es de 3,9%, con un rango variable entre países del 0,7% al 7,2%. Particularmente en Costa Rica la Sífilis Congénita constituye un problema de salud pública, ya que se reportan más de 0,5 casos por 1.000 nacidos vivos. Razón por la cual desde la evaluación del desempeño de los servicios de salud se consideró la Prevención de la Sífilis Congénita una intervención necesaria.

Específicamente se desarrollaron 2 intervenciones; tamizaje por sífilis en la dimensión de acceso y prevención de la sífilis congénita en la dimensión de continuidad. Con siguientes indicadores para cada intervención.

- Porcentaje de mujeres embarazadas con resultado y valoración del primer VDRL.
- Porcentaje de mujeres embarazadas con serología VDRL positivo abordadas adecuadamente.



Para ofrecer un mejor acceso a los servicios de salud, la CCSS inauguró un puesto de visita periódica en La Cruz-Guanacaste.



Los resultados obtenidos posteriores a la evaluación realizada en el año 2010, fueron los siguientes:

- El porcentaje de VRDL interpretado a nivel institucional no supera el 80%, preocupan regiones: Región Huetar Norte, Huetar Atlántica y Región Central Norte.
- Durante la evaluación del indicador de Tamizaje de VDRL se detectaron 15 casos VDRL positivo que no fueron reportados.
- El 78% de las casos reportados como VDRL positivos se concentran en 3 regiones: Huetar Atlántica 32%, Central Sur 25% y Central Norte 21%.
- En las primeras 4 regiones según orden de frecuencia, al menos un Área de Salud supera en 10 el no de casos VDRL positivo.
- Las regiones Brunca y Huetar Atlántica tienen el mayor porcentaje de casos VDRL positivo abordados de manera inadecuada.
- Al menos 31 Áreas de Salud se encuentran en alta o mediana vulnerabilidad, aspecto que debe de ser considerado de ser revisado seriamente por las autoridades responsables.
- La mayoría de los cantones de la provincia de Limón están en los grupos de alta o mediana vulnerabilidad.

Hipertensión Arterial

La finalidad de este análisis es analizar las cifras tensionales de una muestra representativa de personas hipertensas atendidas en el primer nivel de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el año 2010, para identificar el porcentaje de hipertensos con control adecuado de esta enfermedad en la Institución y las particularidades en las Regiones y Áreas de Salud de todo el país.

Para esto se utilizaron los resultados de la Evaluación de Compromiso de Gestión de Servicios de Salud, de Primer Nivel de Atención en Salud en la Caja Costarricense de Seguro Social, pero sin contar con las unidades de Compra Externa, en el 2010. Lo anterior debido a un cambio en el enfoque del proceso de evaluación que nos lleva, de la evaluación de procesos en la atención médica, a la evaluación de resultados de las atenciones a los pacientes hipertensos, conocido como enfoque del desempeño.

A nivel país, este documento pretende brindar información para valorar condicionantes a modificar, para que la persona hipertensa logre y mantenga cifras de presión arterial idóneas, contribuyendo a disminuir el riesgo de mor-



bimortalidad, mejorando la calidad de vida y disminuyendo la discapacidad de las personas con esta enfermedad crónica.

En este análisis fue importante el identificar a la Diabetes Mellitus y la Obesidad como variables que se asocian con los niveles de incumplimiento de los hipertensos. De tal manera que el alcanzar cifras óptimas de presión arterial en los hipertensos está relacionado directamente con la presencia o no de estas variables.

Al analizar las variables de cumplimiento, Obesidad y Diabetes Mellitus, en las Áreas de Salud, mediante análisis de conglomerados, el comportamiento varía entre los grupos, observación importante al analizar la Hipertensión Arterial, desde la óptica de los Servicios de Salud.

Como ejemplo, bajo niveles similares de Obesidad y Diabetes Mellitus, la variable cumplimiento entre grupos se comporta diferente, observación que abre un espacio para plantearse hipótesis relacionadas, ya sea a otros factores que podrían estar influyendo en el cumplimiento, o a que hay grupos que no están alcanzando el nivel de cumplimiento que deberían alcanzar.

Además hubo Áreas de Salud, cuyo promedio de personas hipertensas con Diabetes Mellitus sobre-agregada está por debajo del promedio encontrado a nivel nacional, lo que haría pensar en que; la prevalencia en estas Áreas es menor y hay que estudiar los determinantes de este comportamiento, o que hay un subregistro que hay que corregir.

Atención del Adulto Mayor en el primer nivel de la CCSS

La importancia del estudio sobre el adulto mayor es valorar el acceso que realmente tiene esta población a los servicios de salud e identificar los puntos débiles en la atención en este grupo etario para crear estrategias de mejora en las diferentes Áreas de Salud del país.

El estudio demostró que en general se tiene una buena cobertura de atención integral para los adultos mayores, sin embargo, hay variaciones entre las diferentes regiones. Asimismo en cuanto a la cobertura de vacunación se deben establecer acciones para mejorar el acceso del adulto mayor a una actividad preventiva tan importante como esta sobre todo, en algunas regiones donde las coberturas son muy bajas.

Rendimiento de quirófanos en los hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social

En la CCSS hay 23 hospitales generales y cinco especializados que cuentan con sala de operaciones. Se incluye la información de 21 hospitales generales, ya que no se obtuvo datos en dos de ellos. Además, se separa la infor-

mación de los centros especializados que realizan únicamente actividad quirúrgica en el ramo oftalmológico. Se encuentra que en general, la mayoría de los centros logra el rendimiento meta de uso de quirófano (promedio de 5 horas por día) de acuerdo con los registros aportados por los centros en relación con el tiempo efectivo y los días hábiles disponibles, sin embargo, no es despreciable la cantidad global de días no utilizados, situación que debe analizarse.

El rendimiento de los quirófanos debería medirse considerando el tipo de procedimiento y su complejidad por lo que es necesario implementar en la institución, un sistema automatizado y estandarizado para el registro de la información de sala de operaciones, lo cual, a su vez conduce a la revisión del indicador que se incluye en el Compromiso de Gestión.

Desarrollo de la Cultura Organizacional

Para fortalecer el proceso de institucionalización de la cultura organizacional, durante el año 2011, se realizaron las siguientes actividades.

INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA CULTURA ORGANIZACIONAL TALLERES INTERACTIVOS Y SESIONES DE TRABAJO 2011

Actividades y objetivo	Cantidad de actividades	Cantidad de funcionarios (as) participantes
1. Talleres y sesiones de trabajo. Institucionalización de la Cultura Organizacional. Meta del PAO 2011.	109	729
2. Sesiones de trabajo Divulgación del Modelo de Cultura Organizacional - Cursos de Inducción y Reinducción de las unidades de Gestión de Recursos Humanos.	74	1776
3. Talleres interactivos de temas socio-administrativos. Motivación, actitud positiva, liderazgo, trabajo en equipo, resolución de conflictos, inteligencia emocional, manejo del estrés.	134	2804
4. Videoconferencias. Divulgación del Modelo de Cultura Organizacional, sensibilización al cambio y desarrollo institucional y exposición de temas socio administrativos: motivación, actitud positiva, liderazgo, trabajo en equipo.	7	Interconexión de los sitios con el sistema de video conferencia.
TOTAL	324	5309



Sistemas Administrativos

Sistema Institucional de Control Interno y Sistema Específico de Valoración de Riesgos Institucional

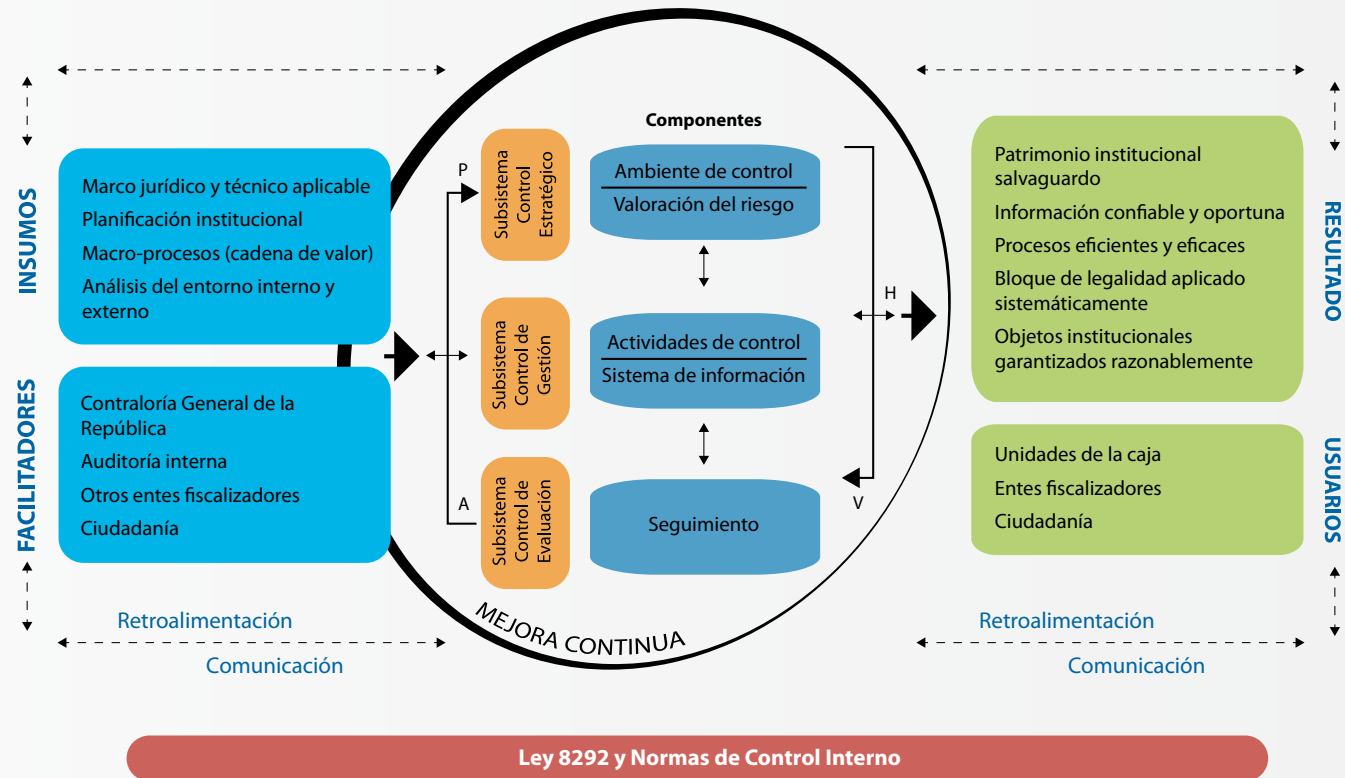
El control interno es un aspecto esencial en el funcionamiento de la Institución, ya que permite la implementación y fortalecimiento tanto del Sistema de Control Interno como del Sistema Específico de Valoración de Riesgos, que contribuyeron a detectar desviaciones en el logro de los objetivos y establecer acciones correctivas.

La Gerencia Administrativa, con el apoyo de la Dirección de Sistemas Administrativos, como ente técnico en este tema, desarrolló varios productos que se basaron en la revisión, actualización y elaboración de los instrumentos ya existentes (metodologías, guías, instructivos, herramientas, informes, etc.), la continuidad del acompañamiento y asesoría (capacitaciones, cursos, talleres, charlas, videoconferencias, asesorías y consultas) además de la incorporación de aspectos innovadores como la gestión por procesos (mapa de procesos- metodología, guía, instructivo y herramienta).

Estas tareas contribuyeron al alcance de los siguientes logros que respondieron tanto a lo programado en la planificación operativa y a productos adicionales:

- Actualización del Modelo del Sistema de Control Interno de la Caja Costarricense de Seguro Social (actualización a la propuesta del año 2010).

MODELO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL



Fuente: Dirección Sistemas Administrativos, CCSS.

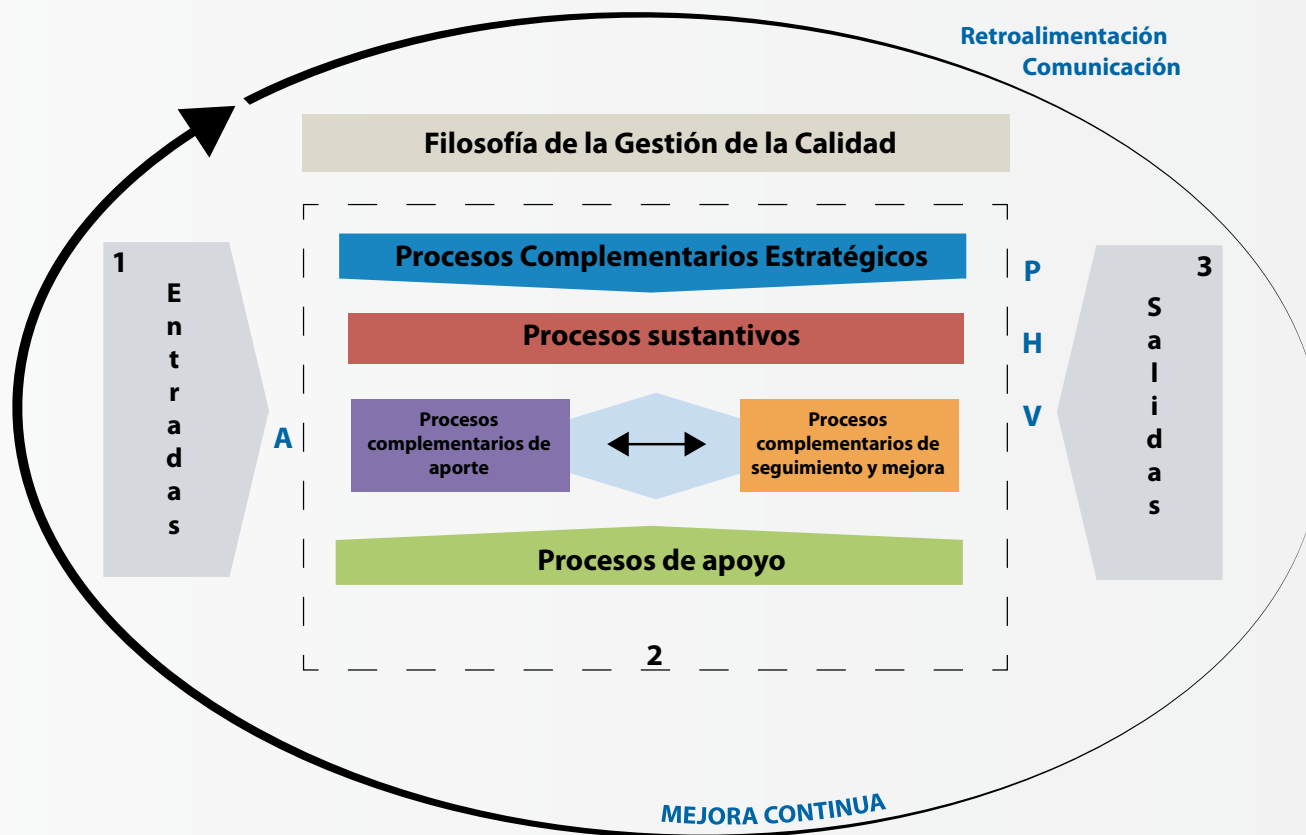
- Redefinición de la Estrategia de Implementación del Sistema de Control Interno Institucional (lineamientos).
- Documento sobre Lineamientos Institucionales de Control Interno elaborado y Política Institucional de Riesgos actualizada.
- 800 funcionarios, aproximadamente, capacitados en los diferentes temas del control interno.

- 
- 33 capacitaciones brindadas en los diferentes temas del control interno.
 - Construcción de Mapas de Procesos (14 talleres, 2 capacitaciones).
 - Procesos (2 capacitaciones presenciales).
 - Valoración de Riesgos (9 capacitaciones).
 - Autoevaluación (3 capacitaciones presenciales y 2 videoconferencias).
 - Control Interno (1 capacitación presencial).
 - Informe de Autoevaluación del Sistema de Control Interno Institucional 2010 entregado.
 - Herramienta para la Autoevaluación del Sistema de Control Interno Institucional 2011 actualizada (más práctica, ágil, sencilla).
 - Revisión y actualización del Mapa de Riesgos Institucional.
 - Valoración de Riesgos en sus tres ámbitos de aplicación (Procesos, Portafolio de Proyectos y Proyectos y Planificación Estratégica Institucional) sistematizada y actualizada.
 - Integración de las metodologías de valoración de riesgos (Procesos, Portafolio de Proyectos y Proyectos y Planificación Estratégica Institucional).
 - Actualización y automatización de las Herramientas de Valoración de Riesgos (Mapas de Riesgos).
 - Elaboración del Instructivo para la utilización de la herramienta de valoración de riesgos (mapas de riesgos).
 - Conducción y asesoría técnica en la elaboración de Mapas de Procesos de las distintas unidades institucionales (Direcciones de Sede, Direcciones Regionales de Servicios Médicos, Direcciones Regionales de Sucursales, Hospitales-Nacionales, Especializados, Regionales y Periféricos, Centros Especializados, Áreas de Salud -tipos 1, 2 y 3 y Sucursales -tipos 1, 2, 3 y 4).
 - Modelos de Mapas de Procesos elaborados a nivel institucional.

Cabe señalar que un logro sustancial, sobre el que ya se tienen aportes, es la construcción del Mapa de Procesos. En este campo, se elaboró y se ha venido capacitando a las distintas unidades ejecutoras en la metodología sobre

la elaboración de mapa de procesos. Aunado a esto, se desarrolló una herramienta automatizada con su respectivo instructivo para facilitar la tarea de elaborar los mapas en cada unidad. A la fecha, se tienen los modelos de mapas de procesos que servirán de base para la formalización de cada uno de los mapas de procesos y así, permitir elaborar los mapas de procesos gerenciales y la cadena de valor institucional.

ESTRUCTURA MAPA DE PROCESOS



Fuente: Dirección Sistemas Administrativos, CCSS.



Simplificación de Trámites y Mejora Regulatoria

A nivel institucional, la Gerencia Administrativa ha cumplido con la función de asesoría y apoyo técnico a las unidades de la Institución para la ejecución de proyectos en simplificación de trámites de cara al usuario externo, con el criterio de que sean de “Alta Prioridad Institucional”.

En el 2011 se realizaron las siguientes actividades:

- Conformación de la Comisión en Simplificación de Trámites y Mejora Regulatoria, equipo de trabajo encargado de gestionar, por gerencia, en esta materia.
- Estrategias en Simplificación de Trámites: Propuesta de lineamientos para la simplificación de trámites de acuerdo con la nueva reforma de la Ley 8220.
- Listado de trámites de consulta frecuente por parte de los usuarios.
- Diseño de la Guía en Simplificación de Trámites.
- Sensibilización en materia de Simplificación de Trámite (talleres).

Bienestar Laboral

Se promovió un clima laboral de beneficio para los trabajadores de la institución, con el objetivo de que éste, se vea traducido en una mejor productividad y prestación de los servicios institucionales. Se articularon acciones en áreas como la realización de estudios para la mejora de las condiciones de trabajo, clima organizacional y psicología entre otros. Además, se implementaron acciones en materia de asesoría laboral, negociación de conflictos, salud ocupacional, ética y valores y deporte y recreación.

Estudios de condiciones de trabajo

Durante este periodo, se realizaron 15 estudios de condiciones de trabajo, los cuales por su nivel de complejidad tienen en promedio 2 visitas de campo y 1 mes para el procesamiento de los datos y elaboración del informe.



Estudios de grupos ocupacionales

- Estudio Integral de Condiciones de Trabajo de Médicos Anestesiólogos de la Caja Costarricense de Seguro Social.
- Estudio Factores psicosociales y ergonómicos que influyen en los síntomas y la incapacidad laboral por trastornos músculo-esqueléticos en el personal de enfermería de los Hospitales San Vicente de Paul, Guápiles y México, y personal de Oficinas Centrales. El estudio conlleva la realización de actividades de seguimiento mediante el desarrollo de talleres.

Estudios de clima organizacional

Se efectuó el estudio de clima organizacional en la Gerencia de Pensiones y además el seguimiento respectivo de los estudios de clima organizacional de los hospitales de Turrialba, México, Nacional de Niños y Dr. Chacón Paut.

Estudios para reubicación de funcionarios. Se realizaron 68 casos activos para una posible reubicación por estado de salud del funcionario.

Estudios de puestos de trabajo

Se realizaron 24 estudios de puestos de trabajo (8 en hombres y 16 en mujeres).

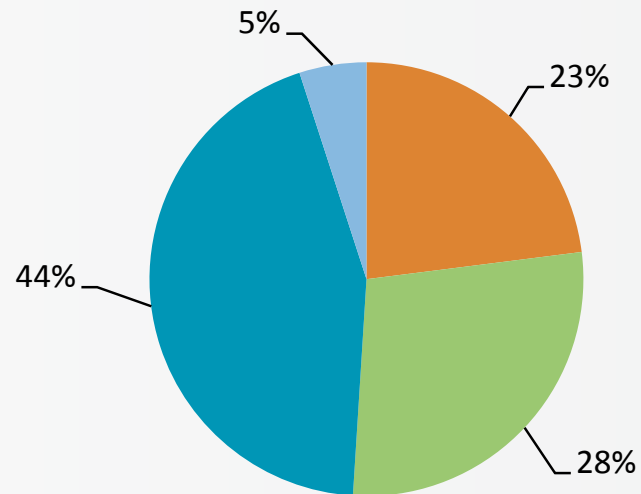
Estudios en Psicología

Como parte del Programa Calidad de Vida del Trabajador, se atendieron 258 consultas de funcionarios.

Asesorías en materia laboral

En este periodo se efectuaron en materia laboral 1170 asesorías, mediante las cuales se brindó orientación y asesoría legal en materia de empleo y relaciones de trabajo de manera personalizada, escrita, telefónica y por correo electrónico, tanto a jefaturas representantes de la administración activa, como a trabajadores que requirieron ser orientados en temas de esta materia.

ASESORÍAS REALIZADAS POR EL ÁREA DE ASESORÍA LABORAL ENERO A NOVIEMBRE 2011



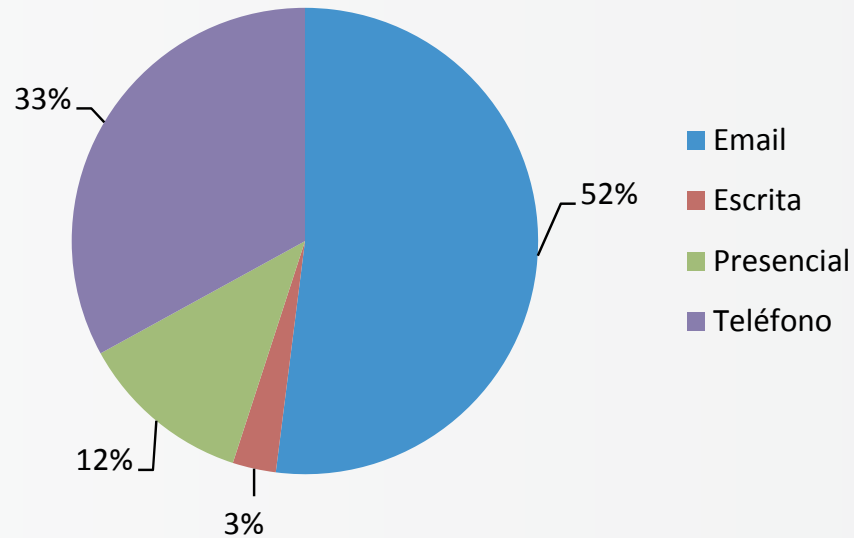
■ Asesorías correo electrónico ■ Asesorías personalizadas
■ Asesorías telefónicas ■ Asesorías escritas

Fuente: Base de datos ASO, 2011.

Asesoría en materia de Salud Ocupacional

También se ejecutaron 200 asesorías a los diferentes niveles jerárquicos en los temas relacionados con la salud ocupacional, en temas variados como proceso de reubicación laboral, especificaciones técnicas de sillas ergonómicas, aspectos relacionados con comisiones de salud ocupacional, vacaciones profilácticas, casos del INS, patología laboral, entre otros.

TIPO DE ASESORÍA EN MATERIA DE SALUD OCUPACIONAL, 2011



Fuente: Base de datos ASO, 2011.

Asesorías a Grupos de Apoyo Técnico (GAT)

Se realizaron 259 asesorías por las profesionales que componen el Programa de Atención a Situaciones Socio-laborales, en forma personal, escrita, vía electrónica y telefónica en los siguientes temas:

- Integración del equipo del trabajo G.A.T.
- Procesos de divulgación GAT (Estudios de Clima Organizacional).
- Procesos de investigación realizados por el G.A.T.

- 
- Procesos de registros de compromisos.
 - Acciones y proyectos conllevados por G.A.T.
 - Procesos de medición del impacto.
 - Procesos de cierre de investigaciones.
 - Sistematizaciones del proceso.
 - Procesos de desarrollo del equipo de trabajo.
 - Procesos de evaluación y acreditación de los G.A.T.

Consejos legales

Organización, coordinación, participación y ejecución de 10 sesiones de los Consejos Legales en Materia de Empleo y Relaciones de Trabajo. En dichos Consejos se analizaron diversas temáticas, entre ellas se indican: Dedicación Exclusiva, Incapacidades, Normativa de Relaciones Laborales, Reglamento sobre Acoso Sexual, Elementos del Acto Administrativo, Procedimiento Administrativo Disciplinario.

Red de Salud Ocupacional

A fin de dar cumplimiento con lo estipulado en el Título IV del Código de Trabajo, se ha creado una Red Institucional de Salud Ocupacional, la cual está conformada por 40 profesionales en Salud Ocupacional, los cuales se reúnen en forma mensual bajo la conducción del Área de Salud Ocupacional, en los que se abordan diferentes temáticas y se elaboran lineamientos en la materia.

Estos profesionales están distribuidos tanto en el Área de Salud Ocupacional como en diferentes centros de trabajo, conformando 15 Oficinas de Salud Ocupacional, que a la vez dan apoyo y seguimiento a las 177 Comisiones de Salud Ocupacional.

Licitación para la compra de equipo de transporte (Ambulancias-vehículos-motocicletas)

En el periodo 2011, se realizó la entrega de un total de 58 vehículos, de los cuales 14 corresponden a ambulancias tipo C de soporte básico, 18 vehículos de uso operativo y 26 motocicletas, según el siguiente detalle.

ADQUISICIÓN RECURSO VEHICULAR

Tipo de vehículo	Cantidad	Monto
Ambulancia tipo C	14	\$724.467,06
Vehículo uso operativo	18	\$482.134,39
Motocicleta	26	\$99.069,00
Total	58	\$1.305.670.45

Recolección Institucional de Desecho Electrónico

Para el mes de febrero se logró materializar la primera campaña con la participación de aproximadamente 70 unidades médicas, administrativas y financieras a nivel nacional, quienes dispusieron de 13.487 equipos cuyo peso representó 51.002.40 kg.

La logística establecida para esta recolección y siguientes, radica en involucrar a las Comisiones de Gestión Ambiental establecidas en las diferentes unidades de la institución, a fin de que participen de manera activa en conjunto con otras dependencias, lo que agrega un valor importante en la concientización de desechar de manera responsable con el ambiente, este tipo de equipos.

La segunda campaña, se llevó a cabo en el mes de octubre, con resultados igualmente muy favorables, cuyos datos reflejan la captación de 14.028.26 kg según información por parte de la empresa Hope Proyectos Ambientales como responsable de las actividades programadas.

La tarea de disponer este tipo de residuos a una empresa que garantice un proceso ambiental y socialmente responsable, minimiza los daños en la salud de la población así como al medio ambiente, por lo que se considera



oportuno aprovechar al máximo el instrumento legal suscrito con la empresa HOPE Proyectos Ambientales S.A., por el bien de nuestra ecología y un futuro más prometedor para nuestras generaciones.

Establecimiento de Gafete Único

En el mes de abril, se publicó el “Manual de uso y trámite para la confección de gafetes de identificación para los funcionarios (as) de la CCSS, en el cual se determinó el diseño y la nomenclatura de cada uno de los gafetes de identificación, basados en las siguientes consideraciones:

- El gafete de identificación es el documento de referencia para los funcionarios de la institución ante terceros (usuarios de nuestros servicios), por lo tanto, se requería de un diseño homologado que facilitara nuestra identificación visual ante terceros.
- Incrementar elementos de seguridad, de tal forma que se minimizaran los riesgos de falsificación al contar con un único diseño.
- Mejorar la cultura organizacional, aumentando el sentido de pertenencia de los funcionarios de la Institución.
- Estandarizar la información contenida en el gafete, para que no se sobrecargue y permita fácilmente la lectura de aquella de mayor interés.
- La diferencia del tamaño en las fuentes utilizadas en el gafete, permite resaltar el nombre del funcionario captando la atención del lector, logrando que éste pueda ubicar con mayor facilidad el nombre del portador de este documento.

Para el año 2011 se proyectó la confección de 15.000 gafetes, y se confeccionaron en este periodo 26.367.

Aspectos jurídicos

En la Gerencia Administrativa se cuenta con el órgano superior consultivo responsable de la atención de asuntos en materia jurídica y la representación judicial en defensa de los intereses de la Institución, es la Dirección Jurídica. Otorga el apoyo y la asistencia profesional a la Junta Directiva y a las autoridades superiores mediante la emisión de criterios técnico jurídicos para la toma de decisiones estratégicas y de impacto institucional.



En el ámbito asesor su función es emitir criterios jurídicos de manera eficiente y oportuna con el fin de asesorar a la administración activa en la toma de decisiones. Dentro de los logros de la Dirección se destaca una reducción en el tiempo de respuesta de las consultas jurídicas formuladas por las diferentes unidades de la institución, acortando en un 95% el tiempo de espera de criterios jurídicos solicitados, los cuales ascienden a un total de 830.

La función de la Dirección en el ámbito judicial consiste en el ejercicio de la representación judicial y la dirección profesional de los procesos judiciales en los que la Caja sea parte o manifieste interés de acuerdo con lo que al efecto disponga el ordenamiento jurídico. Además ejerce la representación extrajudicial en aquellos casos en que la administración así lo requiera. Con el fin de lograr una especialización técnica dentro de la Subárea de Gestión Judicial, se organizaron diferentes grupos de trabajo dentro de los cuales destacan: constitucional, laboral, penal y contencioso administrativo. El total de procesos judiciales a cargo de la Dirección Jurídica ascienden a 12681 aproximadamente, de los cuales ingresaron durante el año 2011 un total de 3036 juicios nuevos.

Red Jurídica Institucional

Durante el 2011, se consolidó la “Red Jurídica Institucional”, la cual está conformada por el conglomerado de abogados institucionales de niveles de gestión local, regional y central. Con ella se establecen canales efectivos de coordinación entre la Dirección Jurídica y los demás abogados institucionales, con el fin de reforzar funcionalmente las actividades de asesoría y gestión judicial apoyando técnicamente la toma de decisiones mediante la homogenización de criterios de asesoría jurídica y modelos de respuesta en la tramitación judicial, con el fin de brindar una respuesta efectiva, eficaz y unificada a la administración activa. La organización de dicha estructura es a través de Consejos de Gestión Jurídica, 5 a nivel regional y 1 a nivel intergerencial.

Este modelo fue implementado, en razón del acuerdo de Junta Directiva en el Artículo 10º de la sesión N° 8331, celebrada el 12 de marzo de 2009.

Metodología de implementación de la red. Se realizaron giras previas para la implementación de la Red Jurídica Institucional de la siguiente manera:

- Una primera gira para dar a conocer el modelo de la Red Jurídica Institucional.
- La segunda gira para divulgar la aprobación del modelo y la metodología a seguir para conformar los Consejos Regionales de Gestión Jurídica.

- La tercera gira, en la que se llevó a cabo sesiones de trabajo para la conformación de los Consejos Regionales de Gestión Jurídica, los cuales quedaron conformados con al menos 10 abogados de la región y con un coordinador, el cual es nombrado por los miembros del Consejo.

La culminación de esta tercera fase dio como resultado la conformación de los consejos regionales de la siguiente manera:

Consejo Regional	Fecha de conformación	No. de abogados que los conformaron
Consejo Regional Chorotega y Pacífico Central	20 de abril	05
Consejo Regional Central Sur	28 de abril	10
Consejo Regional Central y Huetar Norte	05 de mayo	10
Consejo Regional Brunca	12 de mayo	08
Consejo Regional Atlántico	18 de mayo	10
Consejo Intergerencial	21 de setiembre	06

En el año 2011 se realizó la segunda elección de los miembros de los Consejos en las fechas de conformación respectiva.

De igual forma, se realizaron un total de 51 sesiones las cuales fueron debidamente programadas por los Consejos de Gestión Jurídica, emitiendo un total de 243 criterios unificados, en las cuales existió una amplia participación activa de parte de la administración dentro del seno de los Consejos Regionales de Gestión Jurídica.

Se elaboró un Instructivo de Organización de los Consejos Regionales e Intergerencial de Gestión Jurídica que conforman la Red, cuyo propósito es servir de guía operativa a los Consejos, para el mejor desarrollo y optimización de sus sesiones.

Desarrollo de actividades de capacitación

Mediante el programa de capacitación desarrollado por la Dirección Jurídica se realizaron actividades de capacitación en diversos temas, las cuales se conforman de dos componentes:

- 
- La capacitación interna, que se desarrolla por profesionales de la Dirección Jurídica y dirigida a funcionarios de otras Unidades.
 - Videoconferencias Jurídicas, en las cuales se desarrollaron diversos temas de índole jurídica.

Acciones para la igualdad y equidad de género

El Programa para la Equidad de Género es una instancia de la Gerencia Administrativa que tiene como objetivo principal la transversalización del enfoque de género en el quehacer institucional. Los logros en este campo han dejado ver pasos muy positivos en la construcción de una organización más igualitaria y equitativa desde la perspectiva del género. Por esta razón es rescatable resaltar algunos de sus logros en el año 2011:

- Se elaboró el Plan de Acción de la Política Institucional para la Igualdad y Equidad de Género, siendo un evento de fundamental importancia ya que permitirá operacionalizar los objetivos propuestos en la Política la cual, según referencias del Fondo de Población de las Naciones Unidas, es la primera política de género en una institución de seguridad social en América Latina y el Caribe, por lo que se puede afirmar que la CCSS está siendo pionera en este tema en la Región. Es importante rescatar que el diseño del plan de acción se constituyó en un proceso participativo en el que se consultó a personas de toda la institución (nivel central, regional y local), además de expertas y expertos en el tema de género, externos a la institución.
- Actualmente el Programa para la Equidad de Género de la CCSS, tiene la coordinación de la Red Nacional de unidades de Género.

Acciones para la atención y preparación para emergencias

La atención de emergencias y la preparación institucional para éstas, han sido parte de los objetivos impulsados por la Gerencia Administrativa e implementados por el Programa Institucional de Emergencias, algunos de los logros en este campo son:

1. Compromisos de Gestión

Los funcionarios del Programa Institucional de Emergencias (PIE) recopilaron 110 certificaciones de las evaluaciones de Compromisos de Gestión en las siete direcciones regionales del país, a través de éstas se certificó la existencia de Planes de Emergencia, según el formato institucional en los hospitales y áreas de salud.

2. Evaluaciones de Seguridad en Establecimientos de Salud

Se aplicó el instrumento de OPS “Índice de Seguridad para establecimientos de mediana y baja complejidad” en el CAIS de Buenos Aires y en la Clínica de la Cuesta, como parte de la validación del país de este instrumento y para acceso a beneficios del proyecto DIPECHO (Comunidad Europea).

3. Emergencias atendidas

- Incidente fronterizo Barra del Colorado (principalmente en el mes de marzo).
- Motín de la reforma con toma de rehenes (el 11 de mayo de 2011). Donde fallecieron dos custodios y un reo.
- Alertas por amenazas de Bomba, entre ellas están la del Hospital San Juan de Dios, Clínica Dr. Marcial Fallas, Clínica de Siquirres, Hospital México, Hospital Calderón Guardia, Ebais de Guararí; y en algunas más de una ocasión, según reportes del Sistema 911. Como ejemplo:
 - El 17 de mayo se dio la movilización de los cuerpos policiales y judiciales así como de los funcionarios del Programa ante la posible existencia de explosivos en las instalaciones de estos centros médicos.
 - el 19 de Mayo se coordina con la directora del área de salud de Siquirres, por amenaza de bomba recibida, hasta completar su levantamiento.
 - El 13 de mayo se participó en las acciones tomadas para la evaluación inicial de centros de salud, posterior al sismo con epicentro en Puriscal. Sismo en Puriscal, con una magnitud de 5.9 grados.
 - El 6 de septiembre se coordina con la jefatura de guardia que fungía como dirección del hospital de Alajuela, por amenaza de bomba recibida, hasta completar su levantamiento.
- Del 10 al 16 de octubre, se participó en coordinaciones con las regiones Pacífico Central, región Chorotega y región Brunca , en las inundaciones por sistema de baja presión hidrometeorológica que afectó la zona Pacífica de Costa Rica.
- En el mes de diciembre se dio seguimiento a incendio en el Servicio de Urgencias del Hospital Monseñor Sanabria.

4. Equipos regionales y de hospitales nacionales para la protección de la Salud mental en desastres establecidos

En el periodo 2011, se conformaron cuatro equipos de Salud Mental en Desastres en los siguientes lugares: Hospital de las Mujeres, Centro Nacional de Rehabilitación, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y Hospital Monseñor Sanabria.

Por otra parte, el 17 de noviembre, se realizó el taller para la consolidación de los equipos de salud mental en los hospitales Metropolitanos. Participaron: Hospital San Juan de Dios, Hospital Nacional de Niños, CENARE, Hospital Nacional Psiquiátrico, Hospital de Geriatria y Gerontología. En total hay un Equipo Técnico Institucional Nacional en Apoyo Psicosocial y Desastres y 7 equipos hospitalarios en los centros metropolitanos.

5. Otras actividades

- Participación en la misión humanitaria a bordo del Barco Hospital de la Marina de los Estados Unidos, USNS COMFORT.
- Participación en taller interinstitucional sobre “Entornos Seguros ante Desastres”, coordinado por OPS en Paso Canoas, Puntarenas. Noviembre 2011.
- Participación en el marco del proyecto fronterizo DIPECHO para mejorar la seguridad ante desastres en el mes de diciembre, donde fue donado equipo al Área de Salud Corredores.

Fortalecimiento del recurso humano

La Gerencia Administrativa, a través de la Dirección de Administración y Gestión de Personal, ha establecido una serie de lineamientos estratégicos con el fin de fortalecer y desarrollar el capital humano institucional y de esta forma mejorar e innovar la gestión de los sistemas de salud, pensiones y la administración en general.

Con el propósito de asociar la visión y las estrategias institucionales, con la administración y gestión del recurso humano, nuestra orientación va dirigida a lograr procesos más eficientes, eficaces y oportunos, así como el desarrollo de trabajadores con un mayor desempeño y satisfacción laboral, todo con el objetivo final de mejorar la calidad de los servicios prestados a los asegurados.



Se fijaron los principales lineamientos en términos de gestión del talento humano, empleo y salarios; para orientar las acciones que ejecutan las distintas unidades de la Institución.

Política Integral de Recursos Humanos: Gestión, Empleo y Salarios 2011

El fortalecimiento del recurso humano en la institución, se desarrolla bajo políticas específicas en materia de empleo, salarios y gestión, tal y como se describen a continuación:

- Políticas que regulan los aspectos esenciales ligados con el empleo haciendo énfasis en los procesos de planificación, creación de plazas, reclutamiento, selección y contratación, así como la promoción de la estabilidad laboral de los trabajadores.
- Políticas en materia salarial que procuran mantener el balance apropiado entre el principio básico de sostenibilidad financiera, el equilibrio salarial interno y la competitividad externa, velando a su vez, por la permanente actualización del sistema de pago de nómina salarial.
- Políticas vinculadas con la gestión del recurso humano, dirigidas a la integración y articulación del sistema institucional de gestión de recursos humanos, bajo criterios de calidad, oportunidad, con procesos sistematizados más eficientes y eficaces.

Aspectos en materia de Empleo

Planificación de Recursos Humanos

La planificación de recursos humanos es una función relevante a nivel institucional ya que se relaciona con la provisión del personal adecuado para dar sostenibilidad a los diversos servicios que ofrece la CCSS. Dada la magnitud y heterogeneidad del quehacer institucional, así como de su población laboral, la planificación demanda una amplia coordinación con diferentes instancias internas y externas, y por tanto, tienen una participación en el proceso. Lo anterior, representa un reto importante para la administración, en lo que respecta a su aplicación, su alcance y abordaje, por lo que requiere de un desarrollo paulatino.

Para el año 2011, la institución desarrolló las siguientes acciones estratégicas:

- Diseño de una metodología para determinar las necesidades de recurso humano en los diversos centros de trabajo que funcionan a nivel institucional.

- Confección del “Manual para la elaboración de estudios técnicos de recursos humanos” el cual incorpora la metodología e instrumentos técnicos, que permitirán a las unidades contar con una guía para desarrollar estudios de necesidades de personal en las áreas o servicios que lo requieren.
- Mejoramiento de la herramienta de cargas de trabajo y elaboración de un instructivo para promover su adecuado manejo, la cual fue diseñada de manera automatizada para facilitar la realización de los estudios de personal, la recolección y análisis de la información.
- Implementación y validación de la metodología e instrumentos para el estudio de necesidades de personal en diferentes unidades de trabajo.

Creación de Plazas

Respecto del tema de creación de plazas, para el 2011, se proyectó un incremento máximo de 2%, con base en la planilla de cargos fijos del año 2010, el cual correspondió a un total de 750 (compuesto de 645 plazas nuevas mediante financiamiento central y 105 financiadas con la conversión de recursos presupuestarios locales), y desglosado de acuerdo con los régimen de seguros, según se muestra en el siguiente cuadro.

CUADRO N° 1
CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL DISTRIBUCIÓN DE PLAZAS CREADAS EN EL AÑO 2011
SEGURO SALUD Y SEGURO DE PENSIONES

Concepto	Plazas Creadas
Seguro de Salud	
Plazas Financiamiento Local	645
Plazas Financiamiento Central	105
Sub-Total Seguro de Salud	750
Seguro de Pensiones	0
Total General	750

Fuente: Elaborado con información suministrada por la Dirección de Presupuesto.

Con el fin de fortalecer la prestación de servicios institucionales, las 750 plazas nuevas, se distribuyeron, según las necesidades, en los siguientes grupos ocupacionales, como se indica en el siguiente cuadro.

CUADRO N° 2
CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL PLAZAS CREADAS SEGÚN TIPO DE
NOMBRAMIENTO A DICIEMBRE 2011

Grupo y Subgrupo Ocupacional	Total general	Tipo de Nombramiento	
		Interino	Propiedad
Administrativos			
Profesionales	8	8	
Secretarias y Oficinistas	7	7	
Enfermería y Servicios de Apoyo			
Auxiliar de Enfermería	236	236	
Tareas de Apoyo	121	120	1
Tecnologías en Salud	84	84	
Profesionales en Ciencias Médicas			
Enfermera Licenciada	56	56	
Farmacéuticos	2	2	
Médico Asistente	6	6	
Médico Asistente Especialista	187	187	
Médicos en Funciones Administrativas	1	1	
Microbiólogos Químicos Clínicos	1	1	
Nutrición	1	1	
Odontólogos	6	6	
Psicólogos Clínicos	1	1	
Servicios Generales			
Mantenimiento	1	1	
Servicios Varios	18	18	
Transportes	2	2	
Vigilancia y Limpieza	12	12	
Total general	750	749	1

Fuente: Base de datos de la Dirección de Administración y Gestión de Personal.

De acuerdo con el archivo de presupuesto de la planilla salarial a diciembre 2011, la Institución contaba con 45,955 códigos presupuestarios (plazas), utilizadas por los 49,817 trabajadores registrados en el mes antes mencionado, la diferencia se debe a que la CCSS tiene un grupo de funcionarios interinos, que sustituyen al personal fijo por diferentes circunstancias como son: vacaciones, incapacidades, permisos con y sin goce de salarios, etc.

Para ilustrar mejor el total de plazas que existen en la Institución, se adjunta el cuadro número 3 que contiene la distribución por grupo y subgrupo ocupacional, el cual demuestra que el grupo con mayor número de plazas es el de Enfermería y Servicios de Apoyo, con un 40.1% del total de plazas. Este grupo ocupacional es de gran necesidad e importancia, ya que su función se ve directamente relacionada con la prestación directa del usuario, tal es el caso de auxiliares de enfermería y tecnólogos en salud.

CUADRO N° 3
CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE PLAZAS POR
GRUPO Y SUBGRUPO OCUPACIONAL A DICIEMBRE 2011

Grupo y Subgrupo Ocupacional	Cantidad de plazas	Porcentaje	
		Grupo	Total
Total general	43.955		
ADMINISTRATIVOS	8.783		20,0
Jefaturas	997	11,4	2,3
Profesionales	3.282	37,4	7,5
Puestos Superiores	24	0,3	0,1
Secretarias y Oficinistas	1.883	21,4	4,3
Supervisores	244	2,8	0,6
Técnicos	2.353	26,8	5,4
ENFERMERIA Y SERVICIOS DE APOYO	17.642		40,1
Auxiliar de Enfermería	5.954	33,7	13,5
Profesionales en Enfermería (Dipl o Bach)	59	0,3	0,1
Tareas de Apoyo	4.228	24,0	9,6
Tecnologías en Salud	7.401	42,0	16,8



Grupo y Subgrupo Ocupacional	Cantidad de plazas	Porcentaje	
		Grupo	Total
PROFESIONALES EN CIENCIAS MÉDICAS	10.710		24,4
Enfermera Licenciada	3.215	30,0	7,3
Farmacéuticos	725	6,8	1,6
Médico Asistente	1.481	13,8	3,4
Médico Asistente Especialista	2.395	22,4	5,4
Médico Residente	894	8,3	2,0
Médico Servicio Social	128	1,2	0,3
Médicos en Funciones Administrativas	651	6,1	1,5
Microbiólogos Químicos Clínicos	538	5,0	1,2
Nutrición	115	1,1	0,3
Odontólogos	497	4,6	1,1
Psicólogos Clínicos	69	0,6	0,2
Químicos	2		0,005
SERVICIOS GENERALES	6.820		15,5
Mantenimiento	927	13,6	2,1
Servicios Varios	4.249	62,3	9,7
Transportes	678	9,9	1,5
Vigilancia y Limpieza	966	14,2	2,2

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

Reclutamiento, selección y contratación

En lo que corresponde a reclutamiento y selección, la Institución se ha enfocado en lograr como objetivo principal, la contratación de personal idóneo para los diversos puestos organizacionales, para lo cual en el 2011, se redactó una propuesta para crear el Reglamento de Ingreso y Nombramientos Interinos, el cual será acompañado de un



instructivo que reúna todos los procedimientos que se deriven de éste, con la intención de reforzar los procedimientos utilizados para atraer candidatos potencialmente calificados y capaces de ocupar cargos competitivos de acuerdo con las necesidades de la Institución e impulsar la carrera administrativa.

Asimismo, se continuó con mecanismos innovadores para la atracción de personal con la participación en la “Expo-empleo 2011” y en la cual la Caja revalidó dos distinciones del año anterior: mejor charla y mejor empleador.

Aspectos en materia salarial

En la “Política Integral de Recursos Humanos: Gestión, Empleo y Salarios 2011”, se establece como política general en materia salarial, la siguiente:

“La política salarial de la CCSS para el corto, mediano y largo plazo, en el plano económico – financiero estará debida y adecuadamente articulada con el comportamiento del entorno económico y la sostenibilidad financiera. Así mismo, y además de la búsqueda permanente del equilibrio interno y la competitividad externa, en su formulación se sustenta en la productividad y satisfacción del usuario, como mecanismos fundamentales para el mejoramiento de la eficiencia en la gestión de ingresos y gastos.”

En este sentido, se definen cuatro políticas específicas relacionadas con la sostenibilidad financiera, el equilibrio salarial interno, la competitividad salarial externa y la actualización del sistema de pago de nómina salarial.

Sostenibilidad financiera

En lo referente a la política específica de “Sostenibilidad Financiera”, se definen dos objetivos estratégicos, el primero enfocado en establecer un control permanente de la situación financiera del Seguro de Salud, donde se estableció como límite máximo de la relación remuneraciones/ egresos totales para el año 2011, un porcentaje equivalente a un 65.3%, calculado con base en las proyecciones de liquidaciones presupuestarias de la Dirección de Presupuesto, lo cual alcanzó un 67%¹ aproximadamente.

El segundo consiste en mantener el nivel real de retribución salarial del personal, procurando mejorar su posición de conformidad con las posibilidades económicas y financieras de la institución, para cuyos efectos, se consideraron los decretos ejecutivos emitidos por el Gobierno Central en el año 2011, con el propósito de aplicar dos aumentos salariales, uno correspondiente al 2,33% para el primer semestre 2011 y el otro de un 2.78% para el segundo semestre.

¹ Porcentaje calculado con base en los datos preliminares de los Egresos 2006-2012, Dirección de Presupuesto.

Adicionalmente, en el primer semestre del 2011, se aplicó a los profesionales en ciencias médicas un ajuste complementario de un 2% para la categoría 1 y un 3% para la categoría 2 y siguientes de los puestos médicos, odontólogos, farmacéuticos, microbiólogos y psicólogos clínicos, de conformidad con el acuerdo de Junta Directiva referido en el artículo 13° de la sesión N° 8433 del 25 de marzo 2010 y la Resolución No. DGSC-151-2011 emitida por la Dirección General de Servicio Civil.

Equilibrio salarial interno y competitividad externa

Durante este año, con el fin de promover un ordenamiento integral de la estructura de puestos de la escala administrativa, la institución desarrolló las acciones estratégicas relacionadas con la contratación externa para la realización de un estudio integral de puestos, proceso que actualmente se encuentra en la etapa de adjudicación.

Gastos en servicios personales

Los gastos en servicios personales de los regímenes de Salud y Pensiones de este año, se detallan en los siguientes cuadros:

CUADRO N° 4
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL, SEGURO DE SALUD Y SEGURO DE
PENSIONES DISTRIBUCIÓN DEL GASTO EN SERVICIOS PERSONALES AÑO 2011
(CIFRAS EN MILES DE COLONES)

Conceptos Salariales	Total	Régimen	
		Seguro Salud	Seguro Pensiones
Remuneraciones Básicas	282,850,188.44	280,307,047.3	2,543,141.2
Sueldos para cargos fijos	252,760,641.30	250,316,578.7	2,444,062.6
Jornales	142,521.47	142,521.5	0.0
Servicios especiales	1,042,800.54	1,042,800.5	0.0
Suplencias	28,904,225.14	28,805,146.5	99,078.6
Remuneraciones Eventuales	118,899,525.31	118,831,199.4	68,325.9
Tiempo extraordinario	97,579,336.39	97,564,741.9	14,594.5
Recargo de funciones	15,252.79	15,252.8	0.0



Conceptos Salariales	Total	Régimen	
		Seguro Salud	Seguro Pensiones
Disponibilidad laboral	14,676,655.89	14,623,558.1	53,097.8
Compensación de vacaciones	6,609,502.36	6,608,868.8	633.6
Dietas	18,777.88	18,777.9	0.0
Incentivos Salariales	362,946,090.97	360,239,821.1	2,706,269.9
Retribución por años servicio	135,262,835.17	134,316,214.6	946,620.5
Restricción al ejercicio liberal de la profesión	69,845,862.35	69,019,456.2	826,406.2
Décimo tercer mes	57,855,232.44	57,462,083.5	393,149.0
Salario escolar	50,227,593.46	49,880,680.9	346,912.5
Otros incentivos salariales	49,754,567.55	49,561,385.9	193,181.7
Contrib. Patr. al Desarrollo y la Seg. Social	14,516,717.20	13,963,425.0	553,292.1
Contrib. Patr. Seguro de Salud de la CCSS	454,893.30	0.0	454,893.3
Contrib. Patr. Instit Nac de Aprendizaje	10,546,448.55	10,472,676.4	73,772.1
Contrib. Patr. Banco Popular	3,515,375.34	3,490,748.6	24,626.7
Contrib. Patr. Fondos Pensiones y Otros Fondos de Capitalización	85,275,976.10	84,891,554.4	384,421.7
Contrib. Patr. Seguro Pensiones de la CCSS	34,374,625.52	34,374,625.5	0.0
Aporte Pat. Rég. Obligatorio Pens. Comple.	17,685,184.87	17,534,804.0	150,380.8
Aporte Patr. Fondo Capitalización Laboral	21,211,714.59	21,063,814.9	147,899.7
Contrib. Patr. otros fondos administ. Por entes públicos	3,199,320.37	3,175,329.0	23,991.4
Contr. Patr. a fondos administ. Por entes privados	8,805,130.75	8,742,981.0	62,149.8
Remuneraciones diversas	26,170.65	26,073.14	97.51
Otras remuneraciones.	26,170.65	26,073.1	97.5
TOTAL	864,514,668.7	858,259,120.4	6,255,548.3

Fuente: Informe de Liquidación Presupuestaria Dic-2011. Dirección Presupuestaria.

En ambos regímenes, el gasto ascendió a ¢864.514.668,7 compuesto por las diferentes cuentas presupuestarias de servicios personales. El rubro en el que más dinero se invierte es el de incentivos salariales, que incluye principalmente pago de anualidades y restricción al ejercicio liberal de la profesión; el otro rubro es el relacionado con remuneraciones básicas, especialmente sueldos por cargos fijos y suplencias.

En el cuadro estadístico siguiente, se presenta que por concepto salarial se tiene que para el Seguro de Salud, durante el año 2011, se registra un gasto ordinario de ¢649.157.988,3 siendo la partida de cargos fijos la más significativa con ¢250.316.578,7, que representa el 46% del total del gasto por Servicios Personales.

CUADRO N° 5
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL, SEGURO DE SALUD DISTRIBUCIÓN DEL
GASTO ORDINARIO EN SERVICIOS PERSONALES, SEGÚN CUENTA SALARIAL AÑO 2011
(CIFRAS EN MILES DE COLONES)

Conceptos Salariales	Gasto Ordinario	
	Monto	% del total
Sueldos para Cargos Fijos	250,316,578.7	38.6
Sueldos Personal Sustituto	28,805,146.5	4.4
Aumentos Anuales	134,316,214.6	20.7
Sobresueldo Aumento Salarial	13,478,546.1	2.1
Zonaje	5,026,397.6	0.8
Sobresueldos	3,587.5	0.0
Dedicacion Ley de Incentivos Médicos	31,304,518.2	4.8
Dedicacion Exclusiva	33,001,846.9	5.1
Salario en Especie	3,658,632.3	0.6
Peligrosidad	2,394,280.2	0.4
Asignacion para Vivienda	1,187,649.1	0.2
Bonificación Adic. Prof. Ciencias Méd.	9,487,395.7	1.5
Remuneración por Vacaciones	6,172,047.2	1.0
Dif. Aplic. Escala Salarial	3,144.2	0.0
Carrera Profesional	13,718,792.4	2.1
Disponibilidad Administrativa	1,960,925.3	0.3
Sobresueldo por Traspaso	555,188.4	0.1
Incen. Eco. Insp. Ley Reglam.	0.0	0.0
Plus Salarial Abogados	47,772.4	0.0



Conceptos Salariales	Gasto Ordinario	
	Monto	% del total
Compensación Vacaciones	436,821.6	0.1
Sueldos Servicios Especiales	1,042,800.5	0.2
Jornales Ocasionales	142,521.5	0.0
Remuneraciones por Recargo	15,252.8	0.0
Retri.Ejec. Liber. Profesional	4,713,091.1	0.7
Salarios Escolar	49,880,680.9	7.7
Sueldo Adicional	57,462,083.5	8.9
Otros Servicios Personales	26,073.1	0.0
Total Servicios Personales	649,157,988.3	100.0

Para el Seguro de Pensiones el gasto durante el año 2011 fue de ¢5, 317,834.5 siendo los rubros de Sueldos para Cargos Fijos y Aumentos Anuales, los más representativos con un 46 y 17.8 por ciento del Total de Servicios Personales.

CUADRO N° 6
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL, SEGURO DE PENSIONES DISTRIBUCIÓN DEL
GASTO ORDINARIO EN SERVICIOS PERSONALES, SEGÚN CUENTA SALARIAL
(CIFRAS EN MILES DE COLONES)

Conceptos Salariales	Gasto Ordinario	
	Monto	% del total
Sueldos para Cargos Fijos	2,444,062.6	46.0
Sueldos Personal Sustituto	99,078.6	1.9
Aumentos Anuales	946,620.5	17.8
Sobresueldo Aumento Salarial	27,475.2	0.5
Sobresueldos	118.0	0.0
Dedicacion Ley de Incentivos Médicos	98,912.1	1.9



Conceptos Salariales	Gasto Ordinario	
	Monto	% del total
Dedicacion Exclusiva	619,340.9	11.6
Bonificación Adic. Prof. Ciencias Méd.	38,408.1	0.7
Remuneración por Vacaciones	633.6	0.0
Dif. Aplic. Escala Salarial	18.6	0.0
Carrera Profesional	127,161.8	2.4
Disponibilidad Administrativa	53,097.8	1.0
Tiempo Extraordinario	4,573.1	0.1
Recargo Nocturno	0.0	0.0
Extras Corrientes Médicos	10,021.3	0.2
Compensación Vacaciones	0.0	0.0
Retri.Ejec. Liber. Profesional	108,153.2	2.0
Salarios Escolar	346,912.5	6.5
Sueldo Adicional	393,149.0	7.4
Otros Servicios Personales	97.5	0.0
Total Servicios Personales	5,317,834.5	100.0

Fuente: Dirección de Presupuesto CCSS 2011.

La cuenta más afectada en cuanto al gasto, es la de Tiempo Extraordinario con un 26,6% 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 figuran las guardias médicas (26.6%) y el recargo nocturno (18.9), como los rubros que más incrementan la cuenta de tiempo extraordinario (cuadro 7).

CUADRO N° 7
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL, SEGURO DE SALUD DISTRIBUCIÓN DEL
GASTO EXTRAORDINARIO, SEGÚN CONCEPTO SALARIAL
(CIFRAS EN MILES DE COLONES)

Conceptos Salariales	Régimen Seguro Salud	Porcentaje del Total
Tiempo Extraordinario	29,320,944.9	26.6
Recargo Nocturno	20,812,746.2	18.9
Guardias Médicas	29,185,459.4	26.5
Disponibilidad Médicos	12,662,632.7	11.5
Días Feriados	3,932,334.1	3.6
Guardias Médicas Residentes	9,580,302.5	8.7
Extras Corrientes Médicos	4,381,556.3	4.0
Extras Disponibilidad Médicos	986.9	0.0
Dietas	18,777.9	0.0
Cirugía Vespertina	350,411.6	0.3
Total Servicios Personales	110,246,152.5	100.0

Fuente: Dirección de Presupuesto CCSS 2011.

Procesos de planilla

En cumplimiento a la política específica de la “Actualización del sistema de pago de nómina salarial”, a partir de la segunda catorcena de noviembre de 2011, se inició el paralelo para migrar el Sistema de Planillas SPL del ambiente IBM-390 al ambiente PC’s (Net exprees), a fin de contar con una alternativa más eficiente en términos de tiempos y con un nivel de riesgo operativo menor en el proceso de pago de salarios de los funcionarios de la Institución.

Este proceso culmina en mayo del año 2012, periodo en el cual la Institución implementaría la nueva funcionalidad del actual Sistema de Planillas SPL en microprocesadores.

Proceso del rebajo de salarios y pago de subsidios durante periodos de incapacidad

A efectos de implementar lo acordado por la Junta Directiva en el artículo 24º de la sesión N° 8511, celebrada el 09 de junio del año en curso, en el que acoge el dictamen de la Procuraduría General de la República, número C-118-2011 de fecha 31 de mayo de 2011, en el cual se indica que el pago concedido por la CCSS a sus trabajadores como beneficio especial durante los periodos de incapacidad constituyen un subsidio y en consecuencia debe eliminarse su reporte en calidad de salario, se realizaron las siguientes acciones:

- Dado que la Institución en calidad de ente asegurador cuenta con el Sistema Registro, Control y Pago de Incapacidades (RCPI) para hacer efectivo el pago de los subsidios a todo asegurado, se debió incorporar la operativa de pago de subsidios de los funcionarios de la Institución en dicho sistema, es así como funcionarios de la Dirección Administración y Gestión de Personal participaron entre los meses de junio y agosto del 2011 en el proceso de ajustes de índole técnico que requería el RCPI.
- Se coordinó con las instituciones bancarias que prestan el servicio de depósito de salarios, a efectos de incorporar en el RCPI las cuentas clientes de los funcionarios que al mes de junio 2011 se encontraban reportados en el sistema de depósito de salarios, con el fin de facilitar al funcionario gestiones adicionales ante las Sucursales, instancias pagadoras de subsidios.
- En aras de llevar un proceso con el menor impacto posible para los funcionarios de la Institución, la Dirección Administración y Gestión de Personal desde el mes de junio 2011 procedió a informar y capacitar informando a las jefaturas y encargados de las Oficinas de Gestión de Recursos Humanos sobre el proceso a aplicar en el pago de subsidios por periodos de incapacidad.

Aspectos en materia de gestión del recurso humano

Fortalecimiento y agilización de procesos operativos de gestión

Como parte del fortalecimiento de los procesos operativos relacionados con recursos humanos, en el año 2009, se inició a nivel de oficinas centrales, la implementación de la herramienta denominada Sistema Operativo de Gestión de Recursos Humanos (SOGERH), la cual permite la confección electrónica de acciones y movimientos de personal y boletas de vacaciones, lo que facilita la elaboración, registro y control de las mismas. Actualmente se cuenta con 89 unidades a nivel de oficinas centrales, de un total de 101, que se encuentran utilizando dicha herramienta.



Adicionalmente, se logró implementar este instrumento en unidades como el hospital Monseñor Sanabria, hospital Nacional de Geriatria y Gerontología, área de salud Belén Flores, área de salud Goicoechea 2 y área de salud de Tilarán.

Fortalecimiento y consolidación de la Red de Gestión Recursos Humanos

Con el propósito de promover la comunicación interactiva entre la Dirección de Administración y Gestión de Personal, la Red de Gestión de Recursos Humanos y los trabajadores, a través de mecanismos que faciliten la participación activa y el intercambio ágil y oportuno de información, durante el año 2011, se realizaron siete reuniones nacionales de la Red, y se efectuaron 11 videoconferencias.

A partir de marzo del 2011, se implementó las videoconsultas como mecanismo para fomentar la comunicación y participación, donde las Oficinas de Recursos Humanos, semanalmente, cuentan con un espacio para la atención de consultas sobre temas específicos en materia de recursos humanos, atendidas por funcionarios expertos pertenecientes a las diferentes áreas y subáreas de la Dirección de Administración y Gestión de Personal.

Con el propósito de fortalecer los conocimientos y destrezas del personal de las diferentes oficinas de Recursos Humanos en la aplicación de la normativa institucional, en el campo de la administración salarial, y como parte de un proceso de estandarización y mejora continua en la gestión, eficaz y eficiente del trámite, registro, control y pago de los diferentes procesos, conceptos salariales y extremos laborales, a partir del mes de agosto, se inició el desarrollo del Programa de Capacitación dirigido a la Red de Gestión de Recursos Humanos, con una población para esta primera etapa de 210 funcionarios que cuentan con una antigüedad laboral menor de 5 años.

Gestión de servicio al cliente mediante el centro de atención virtual

Como parte de la estrategia de mejora en los servicios a los usuarios y ofrecer canales de comunicación y posibilidades de una asesoría ágil y oportuna, mediante el Centro de Atención Virtual, durante el año 2011, se logró dar respuesta a un total de 3 758 consultas realizadas por parte de oficinas de recursos humanos y personal en general, para lo cual se hizo uso de distintas herramientas y medios informáticos y de comunicación tales como: el portal de recursos humanos, correo electrónico, teléfono, entre otros.

Gestión técnica legal de la Normativa en Recursos Humanos

Con el objeto de mejorar la base normativa de recursos humanos, se desarrollaron acciones tendientes a consolidar el equipo de trabajo encargado de definir y homologar criterios interpretativos, depurar y organizar lineamientos internos y brindar soporte técnico a los procesos de reformas normativas.

Innovación tecnológica en materia de recursos humanos

La Dirección de Administración y Gestión de Personal continuó desarrollando herramientas tecnológicas para facilitar procesos y simplificar trámites relacionados con recursos humanos:

- Desarrollo del transitorio de nombramiento en propiedad de jefaturas administrativas.
- Desarrollo e implementación de la segunda etapa del Sistema de concursos (SNAC), en el cual se incluyó el tratamiento total de los participantes y del concurso en si, por lo que, en este momento el concurso y los resultados del mismo son totalmente administrados por el sistema.
- Desarrollo del módulo de separación del archivo de adelantos de planilla.
- Desarrollo e implementación del módulo de consulta de títulos del Ministerio de Educación Pública.
- Avance en el desarrollo del Sistema de Información Gerencial y su unificación con el Sistema de Información Estadística, incluso con elementos de su segunda etapa.
- Diseño de la página de la Subárea de Estadística en Recursos Humanos.
- Desarrollo del Sistema de Requerimientos Estadísticos (SIRE), para llevar en forma eficiente la administración y control de todas las solicitudes de generación de información a nivel estadístico.
- Desarrollo de la primera etapa de rediseño del Sistema de Control y Evaluación de la Nómina (SCEN), en el cual se puso a disposición de las Oficinas de Recursos Humanos los reportes sobre nómina salarial y se están cargando archivos con información del SPL que serán desplegados en la Red; como por ejemplo información sobre embargos de salario, carrera profesional y tiempo extraordinario.
- Rediseño del módulo de Consulta en Línea, en cuanto a la consulta detallada del salario del Sistema de Planillas, la solicitud de constancia salarial e información sobre proyección de la pensión.
- Aplicación de nuevos requerimientos para el Sistema de Evaluación del Desempeño.

Fortalecimiento y seguimiento en la aplicación de la herramienta “Evaluación del Desempeño”

La aplicación del Sistema de Evaluación del Desempeño a nivel de todas las unidades de la Institución, se efectuó de manera sistematizada, incorporando todas las unidades en dicho sistema.

Indicadores Laborales. Durante el 2011, se elaboró una guía para el diseño de indicadores en los procesos sustantivos, la cual va dirigida a las diferentes jefaturas de la Institución, quienes promueven estilos de administración basados en la planeación, la medición de resultados y la toma de decisiones. Para la realización de esta guía, se requirió investigación y realimentación con otras unidades de la Caja Costarricense del Seguro Social y otras instituciones públicas. Dicha guía establece las diferentes etapas por desarrollar para obtener los indicadores.

Comunicación Organizacional

Impulso a nuevas tecnologías

La Dirección de Comunicación mantuvo y fortaleció, durante el 2011, el programa “Manitas Limpias”, una estrategia que reúne a socios estratégicos y personal de salud, bajo la conducción de personal de comunicación y que ha contribuido de manera significativa en la reducción de diarreas. Esta estrategia dirigida a estudiantes de primaria, fue complementada con una campaña multimedios y acciones de prensa durante todo el año.



Siempre en la línea de crear nuevos productos inauguramos el programa de Arterapia, el cual se realiza por primera vez en el país y que culminó con la conformación de un coro de pacientes en el hospital Chacón Paut. Este proyecto se ejecuta gracias a una alianza estratégica con la Universidad Nacional y los servicios de Psicología de los hospitales Chacón Paut y el Hospital San Vicente de Paúl en la provincia de Heredia.

Este año desarrollamos la primera fase de la campaña integrada de medicamentos con muy buenos resultados y entre los aspectos que incluyó fue el establecimiento del Día R una exposición itinerante en diferentes unidades médicas del país. Esta estrategia se mantendrá por 3 años consecutivos.

El programa “Manitas limpias”, visitó la isla de Chira con el propósito de capacitar a la población sobre la técnica correcta del lavado de manos y el protocolo de estornudar y toser.

yoestoyseguro.com

Con el propósito de resolver necesidades de información específicas en el tema de salud y empadronamiento, se lanzó al aire, en marzo del 2011, el portal yoestoyseguro.com.

Es el único Web Site del gobierno que ofrece servicios y esta dirigido a una población específica, personas entre 18 y 35 años de edad.

En el portal se desarrollan aplicaciones como el desglose de salarios y “Conozca su orden patronal”. Además se proporcionan herramientas como noticias, boletines, banner, videos, audios, chat y consultas en línea.

Es un portal diagonal ya que utiliza redes sociales, tiene su muro en Facebook, sube videos en You Tube y posee su cuenta en Twitter.

Durante estos 9 meses se logró tener más de 4000 amigos en Facebook, 577.000 visualizaciones de las publicaciones, 4000 comentarios, circular 5 videos en You Tube con 600 reproducciones, tener 200 seguidores en Twitter con 370 publicaciones, desarrollar 3 chat con más de 125 lectores.

Además se realizó una alianza con los especialistas de la Comisión Clínicas y Hospitales del Programa Atención Integral de la Adolescencia, el Programa de Atención Integral Drogodependencias y la Dirección de Inspección, con el propósito de desarrollar temas de interés para la población meta y contar con el criterio técnico para resolver las consultas en línea.



El 13 de setiembre del 2011, como parte de las actividades de la Semana Cívica, la doctora Ileana Balmaceda Arias, presidenta de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), participó en la inauguración de la Feria Ambiental organizada por la CCSS y la Municipalidad de San José.

Vigentes en el mundo Web

El 2011 fue un año de intenso trabajo en redes sociales. Se logró la adhesión de cerca de 5 mil costarricense a los perfiles que la CCSS tiene en las redes sociales de Facebook y Twitter.

También realizamos un trabajo sostenido para remozar el portal Web institucional y adecuarlo a las exigencias de nuestros usuarios. El trabajo estuvo centrado en:

- Reorganizar los contenidos del portal web con base en las recomendaciones del Instituto Centroamericano de Administración de Empresas (INCAE) correspondientes a la evaluación de sitios de Gobierno Diciembre-2011.

- 
- Implementar un directorio telefónico que permite localizar un número telefónico o unidad programática con sólo digitar los primeros cuatro números o letras.
 - Poner en funcionamiento un sistema de preguntas y respuestas que permite obtener información básica derivada de las consultas frecuentes que realizan nuestros usuarios.
 - Desarrollar un calendario de eventos institucionales que permite la administración de contenidos por medio de un gestor dinámico.
 - Implementar un sistema de noticias ordenadas en forma de blog y estructurado por medio de módulos que facilitan la navegación del usuario tales como últimas noticias, comentarios y noticias más leídas entre otros.
 - Consolidar el servicio de chat dirigido con el cual, se logró la participación de más de 25 mil usuarios con base en una calendarización semanal.
 - Implementar los foros institucionales, herramienta que permite a los ciudadanos expresar opiniones sobre temas específicos. Este año se inauguró el sistema con el tema “Fortalecimiento de la seguridad social” el cual, tuvo una participación de 1051 usuarios quienes publicaron 183 temas y realizaron 449 comentarios en seis semanas de permanencia. El resultado del evento se plasmó en un documento entregado a la Presidencia y Junta Directiva de la CCSS.

Por otra parte, se desarrollaron los siguientes proyectos Web temporales:

- Defendamos: El sitio Web “Defendamos a la Caja” fue puesto en producción durante la huelga, realizada en el mes de agosto. Fue el portal oficial de comunicación de todo lo concerniente a este tema y en donde se publicaban todo tipo de archivos, notas, imágenes e informes que debían ser puestos a disposición de la ciudadanía costarricense.
- Ahorro energético: Fue un sitio que se puso en línea durante aproximadamente un mes, con la intención de colaborar con la Subárea Gestión Ambiental, unidad que necesitaba contar con una base de datos la cual registrara al funcionario o funcionaria que se comprometiera con, al menos, una buena práctica en pro del ahorro energético. Fue desarrollado en PHP y MySQL.
- Cáncer de mama: Fue el canal oficial de registro para la participación en el foro “Experiencias exitosas en la gestión de cáncer de mama”, actividad para la cual se registraron cerca de 200 personas, con una asistencia real cercana a las 100 personas. Fue desarrollado en PHP y MySQL.



Capítulo VII

Infraestructura y Tecnología en Salud - Vector de desarrollo



Introducción

Considerando que la inversión en infraestructura y tecnologías representa un motor de desarrollo del sistema de salud, la Caja Costarricense de Seguro Social, a pesar de su situación financiera, en la medida de lo posible, continúa destinando recursos económicos para entregar más y mejores instalaciones y equipos de alta tecnología, destinados al mejoramiento de la calidad de los servicios que se brindan a la población del país.

Para lograr la entrega de edificios, equipos médicos, equipos industriales y tecnologías de información, que contribuyan a aumentar la capacidad de gestión de los hospitales, clínicas y EBAIS, las autoridades superiores de la Institución, siguen impulsando la cultura de buenas prácticas en gestión de proyectos, brindando apoyo para contar con los elementos necesarios tales como: metodologías y herramientas de trabajo, procedimientos, ajustes en la estructura organizacional, personal especializado, y capacitación, para facilitar la adaptación de las condiciones del entorno en salud, que se caracteriza por su constante dinamismo.

Producto de las acciones realizadas para el desarrollo de una cultura de gestión de proyectos, que se visualiza como un proceso continuo, y conlleva diferentes estados de madurez en la organización, la CCSS cuenta con un Portafolio Institucional de Proyectos de Inversión en Infraestructura y Tecnologías, a solicitud de Junta Directiva, que permite identificar, categorizar, seleccionar y priorizar proyectos de inversión pública. Esta herramienta de planificación permite asignar recursos públicos a los proyectos correctos, urgentes e importantes en el momento adecuado. Este Portafolio permite visualizar la programación (física y financiera) a cinco años. Se elabora en paralelo con la formulación del presupuesto institucional, por lo tanto es de revisión anual, para lo cual se analizan factores como: capacidad técnica instalada, disponibilidad de financiamiento, estado de avance de los proyectos y prioridades institucionales.

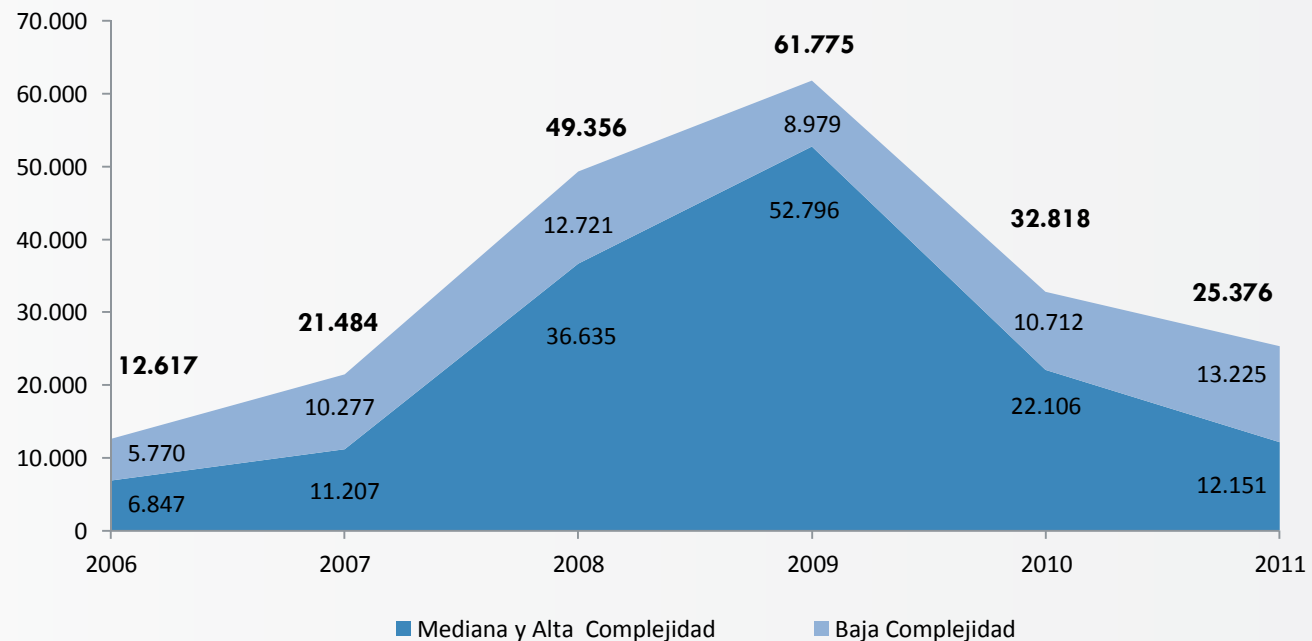
Los esfuerzos en inversión en infraestructura y tecnologías, van acorde con el cumplimiento de las políticas y estrategias institucionales vigentes, que pretenden incrementar la capacidad operativa de los hospitales, clínicas y EBAIS, para la prestación de servicios integrales de salud, de pensiones y prestaciones sociales.

Como resultado de la gestión del nivel central y del trabajo desconcentrado de hospitales, clínicas y direcciones regionales, en todo el ámbito nacional, la CCSS logró invertir \$25.376 millones.

El comportamiento de las inversiones de la CCSS para el periodo 2006-2011, en las partidas presupuestarias que incluye el Portafolio¹, se observa en el siguiente gráfico.

¹ 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.

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
EVOLUCIÓN DE LAS INVERSIONES EN INFRAESTRUCTURA Y TECNOLOGÍAS
PERÍODO 2006-2011, EN MILLONES DE COLONES CORRIENTES**



Fuente: Datos preliminares al 31 de diciembre 2011, previos a la liquidación presupuestaria Institucional.

De este esfuerzo institucional, en el 2011 un conjunto de edificios, equipos y tecnologías de información fueron entregados, otros lograron importantes avances en sus etapas de desarrollo.

Para facilitar la administración los proyectos que forman parte del Portafolio, se han agrupado en cuatro categorías: infraestructura, equipo médico equipo industrial y tecnologías de información y comunicaciones.



A continuación como parte de este apartado, se presenta en breve datos de los proyectos concluidos, montos invertidos y avances logrados en los proyectos que están en desarrollo, durante el 2011, por categorías de proyectos.

Infraestructura

En la CCSS, las inversiones en proyectos de infraestructura, además del edificio incluyen los componentes de equipamiento y tecnologías de información y comunicaciones. Este tipo de proyectos representó durante el periodo 2011, una inversión de ¢5.631 millones en obras de mediana y alta complejidad.

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 EBAIS de Purral, Goicoechea

Proyecto concluido. EBAIS en funcionamiento.

Área: 907 m².

Monto ejecutado en el 2011: ¢802 millones.

- Reforzamiento estructural y reconstrucción de los sistemas electromecánicos del hospital de Ciudad Neily

Se logró un 30% de la construcción.

Área: 12.893 m².

Costo aproximado: ¢6.455 millones.

Monto ejecutado en el 2011: ¢1.888 millones.

Población beneficiada: 44.696 habitantes.

- Construcción y equipamiento del Centro de Atención Integral en Salud (CAIS) de Desamparados

Se logró un 32% de la construcción.

Área: 5.200 m2.

Costo aproximado: ¢6.604 millones.

Monto ejecutado en el 2011: ¢1.248 millones.

Población beneficiada: 312.823 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.

- Laboratorio de Normas y Control de Calidad de Medicamentos:

Proyecto concluido.

Consistió en realizar los estudios de climatización especial, la medición de tableros, el diseño de planos electro-mecánicos y la remodelación de la Unidad de Bioanálisis.

Costo Total: ¢55,1 millones.

Monto ejecutado en el 2011: ¢54.5 millones.

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

En etapa de contratación, en análisis de ofertas.

Área estimada 8.900 m2.



Costo aproximado ₡12.182 millones

Población beneficiada: 90.000 habitantes.

- Construcción Sede de Área de Salud de Parrita

En etapa de contratación, se recibieron las ofertas de la licitación pública. En análisis legal, administrativo y técnico de las ofertas.

Área estimada 5.530 m².

Costo aproximado de la obra ₡6.172 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 adjudicó la compra del terreno para el Nuevo Hospital de Cartago por un monto de ₡1.595 millones, que serán desembolsados en el 2012.

Área del terreno: 118.883 m².

- Construcción y equipamiento del nuevo Hospital William Allen de Turrialba

Se adquirió el terreno.

Monto invertido en el terreno: ₡ 255 millones de colones.

- Nuevo servicio de Radioterapia del hospital México

Se contrató el diseño para la construcción y el equipamiento. En etapa de orden de inicio de la construcción.

Área estimada de construcción 3.100 m².

Costo estimado: ₡7.973 millones.

- **Edificio Torre Este, nutrición y ropería, tanques de oxígeno y bancada de gases y readecuación de quirófanos edificio de emergencias del hospital Dr. Calderón Guardia.**

En la etapa de contratación en la actividad análisis de ofertas y recomendación. En busca de financiamiento dado el costo que representa.

- **Construcción Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos hospital Dr. Calderón Guardia**

En la etapa de planificación en elaboración del programa funcional.

- **Construcción y equipamiento del EBAIS de Oreamuno**

En la etapa de contratación.

Área estimada de construcción: 293 m2.

Costo aproximado de la obra ¢460 millones.

- **Sede de EBAIS de Hatillo**

En la etapa adjudicación del contrato.



Área estimada de construcción: 660 m2.

Costo aproximado de la obra ¢918 millones.

En gestión del financiamiento con recursos de la Junta de Protección Social.

- **Construcción sede de área Mora - Palmichal**

Con planos constructivos y especificaciones técnicas concluidos. Con permisos y visados.

Área estimada 5.160 m2.

Costo estimado ¢6.700 millones.

En el primer trimestre del 2011, la CCSS adquirió el lote para construir nuevo hospital de Turrialba, con una inversión que alcanzó los ¢250 millones.



Contará con servicios como: Emergencias, Consulta Externa, Laboratorio, Farmacia, Cirugía Menor, EBAIS y Odontología.

- Nuevo hospital de Golfito

En la etapa de planificación.

Se estima un área aproximada de 15.000 m².

Costo aproximado de \$20 millones.

- Construcción y remodelación del servicio de urgencias hospital de San Carlos

En la etapa de planificación.

Área Estimada de 1.000 m².

Costo aproximado ¢2.650 millones.

- Tomografía computadorizada hospital Escalante Pradilla

Se elaboró el cartel para la licitación.

Área estimada 220 m².

- Construcción sede de área de salud de Barva

Con planos constructivos y especificaciones técnicas concluidos. Con permisos y visados.

Área estimada 5.300 m².

Costo aproximado ¢6.800 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

Planos en proceso de visados.

Área estimada 4.200 m².

Costo aproximado ¢6.132 millones.

- Nuevo servicio de hospitalización hospital La Anexión

En desarrollo de los planos constructivos.

Área estimada 8.722 m².

Costo aproximado de la obra ¢10.400 millones.

- Nueva sede de área de salud de Naranjo

En desarrollo del anteproyecto.

Área estimada 6.460 m².

Costo aproximado ¢8.344 millones.

- Nueva sede de área de salud de Santa Cruz

En desarrollo del anteproyecto.

- Reforzamiento del edificio Laureano Echandi Oficinas Centrales

En elaboración de estudio técnico, según etapa de planificación.



La Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social adjudicó, en setiembre de 2011, la compra del terreno para el nuevo hospital en Cartago, el cual fue declarado de interés nacional. La inversión asciende a ¢1,594.7 millones.

- **Reforzamiento del hospital La Anexión, Nicoya**

Cuenta con anteproyecto.

Área estimada 15.989 m2.

Equipo Médico

Con el propósito de fortalecer los servicios de salud en el ámbito nacional, la CCSS realizó una inversión de ¢5.328 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, tales como las de mayor incidencia de cáncer, en la población del país.

Descripción de los principales equipos adquiridos:

- **Reposición de diez equipos de Rayos X convencionales con fluoroscopia (I Fase)**

Equipos instalados y funcionando en un 100%.

Unidades de Salud beneficiadas:

Hospitales Max Peralta de Cartago, Nacional de Niños, México, de las Mujeres Dr. Adolfo Carit, Upala, Quepos, Tony Facio, Grecia, Ciudad Neily y San Vito.

Costo ejecutado en el 2011: ¢846 millones.

- **Treinta y seis equipos de ultrasonidos**

Equipos instalados y funcionando en un 100%.

Monto ejecutado en el 2011: ¢1.064 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.

- Cincuenta y tres unidades dentales

Equipos instalados y funcionando en un 100%.

Costo ejecutado en el 2011: ₡529 millones.

Unidades de Salud beneficiadas:

- Ebais: Cartagena Santa. Cruz, Copal de Nicoya, Jiménez Brown, Juan Díaz Nicoya, La Garita la Cruz, la Virginia Nicoya, Maquenco Nicoya, Nuevo Arenal Tilarán, y Quebrada Honda Nicoya.
- Clínicas: Cubujuquí Heredia, Colegio Manuel Benavides, Monterrey Fortuna San Carlos, Palmar Sur, Jicaral, Puerto Viejo, Carlos Durán, Chomes Puntarenas, Guararí, San Rafael de Heredia, Tres Ríos, Acosta, Alajuelita, Alfredo Volio, Atenas, Buenos Aires, la Cruz, Orotina, San Gabriel de Aserrí, Tilarán, Goicoechea, EBAIS Suretka, y Área de Salud Valle la Estrella.
- Hospitales: Escalante Pradilla, Quepos, Tony Facio y Calderón Guardia.

- Nueve equipos de Rayos X, II FASE

Se realizó la adecuación y ampliación de la planta física para instalar los equipos en los hospitales de los Chiles, Puntarenas, Nacional de Niños, Calderón Guardia, y se logró la instalación del equipo en la clínica Marcial Rodríguez.

Monto ejecutado en el 2011: ₡1.050 millones.

- **Veinticuatro autoclaves propósito general**

En revisión legal de adjudicación.

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

Costo aproximado: ¢670.5 millones

- **Ocho equipos de mamografía**

Equipos instalados y funcionando en un 100% en los hospitales: Calderón Guardia, México y hospital de las Mujeres.

En proceso la recepción definitiva de los equipos que van para los hospitales de Puntarenas, Pérez Zeledón y Cartago.

Inversión en el 2011: ¢575 millones

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

En etapa de diseño: elaboración del cartel.

Destino de los equipos: hospitales.

Costo estimado: ¢3.300 millones

- **Tres tomógrafos helicoidales regionales**

Se logró finalizar el cartel para la adquisición de los tomógrafos para los hospitales Tony Facio, Calderón Guardia y San Carlos.

Costo estimado: ¢2.640 millones.

- **Dos gamacámaras**

Se logró finalizar el cartel para el hospital San Juan de Dios y el hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.

Costo estimado: ¢540 millones.

- **Dos equipos de angiografía**

En etapa de planificación: estudios de preinversión finalizados. Destino de los equipos para el Hospital México y el hospital Dr. Rafael Angel Calderón Guardia.

Costo estimado: ¢1.650 millones.

- **Veintidós mesas de cirugía**

Se realizó el análisis administrativo de las ofertas.

Los equipos están destinados para diferentes hospitales y clínicas.

Costo estimado: ¢400 millones.

- **Equipo de resonancia magnética Hospital México**

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

Costo estimado: ¢1.650 millones.

- **Nueve equipos de Rayos X, IV FASE**

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

Los equipos están destinados para diferentes clínicas.

Costo estimado: ¢2.000 millones.

- **Simulador para el Hospital México**

En etapa de diseño: elaboración de especificaciones técnicas.

Costo estimado: ¢565 millones.

- **Veinticinco ventiladores pulmonares, III FASE**

En etapa de diseño: elaboración de especificaciones técnicas.

Costo estimado: ¢375 millones.

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 ¢146 millones, destacándose proyectos como:

- **Suministro e instalación de dos sistemas de refrigeración para el cuarto frío del Banco de Sangre**

Recibido a satisfacción según lo programado.

Monto ejecutado en el 2011: ¢29.3 millones.

- **Sistemas de generación eléctrica para las clínicas de La Suiza de Turrialba, Santa Rosa de Pocosal y clínica de Suretka**

Equipos recibidos a satisfacción según lo programado.

Monto ejecutado en el 2011: ¢48,6 millones.

- **Sistema generación eléctrica clínica de Siquirres**

Se logró realizar la revisión preliminar del equipo.

Monto ejecutado en el 2011: ¢8 millones.

- **Plataforma vertical hospital de Turrialba**

Con especificaciones técnicas.

- **Lavadora para el hospital de Ciudad Neily**

En Recepción provisional del equipo.

Costo total: ¢113 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 fueron:

* El Sistema Institucional de Mantenimiento concluyó la elaboración de la Política y Conceptualización, la cual fue presentada a las Autoridades Superiores para su aprobación en noviembre 2011.

- 
- * Capacitación a trece involucrados en seguridad contra incendios y explosiones, en temas como: administración y mantenimiento de extintores y normas NFPA (Asociación Nacional de Protección contra el Fuego).
 - * Elaboración de guía para implementar rutinas de mantenimiento en áreas de cirugía la cual fue publicada en diciembre del 2011.
 - * Elaboración de programas funcionales y anteproyecto arquitectónico de prototipos de recurso físico para talleres y áreas administrativas en las unidades de mantenimiento de hospitales regionales, especializados y áreas de salud tipo 1 y 2.
 - * Del Programa Institucional Accesibilidad al Espacio Físico, capacitación en sesenta y cuatro unidades, doscientos cincuenta y dos funcionarios capacitados.

Tecnologías de Información y Comunicaciones

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 2011, se invirtieron ¢1 046 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 2011.

- Proyecto Expediente Digital Único en Salud (EDUS)

De acuerdo con la definición descrita por la International Standard Organization (ISO), el Expediente Clínico Electrónico es un repositorio de los datos del paciente en formato digital, que se almacenan e intercambian de manera segura y puede ser accesado por múltiples usuarios autorizados. Contiene información retrospectiva, concurrente y prospectiva y su principal propósito es soportar de manera continua, eficiente, con calidad e integralidad la atención de cuidados de salud.



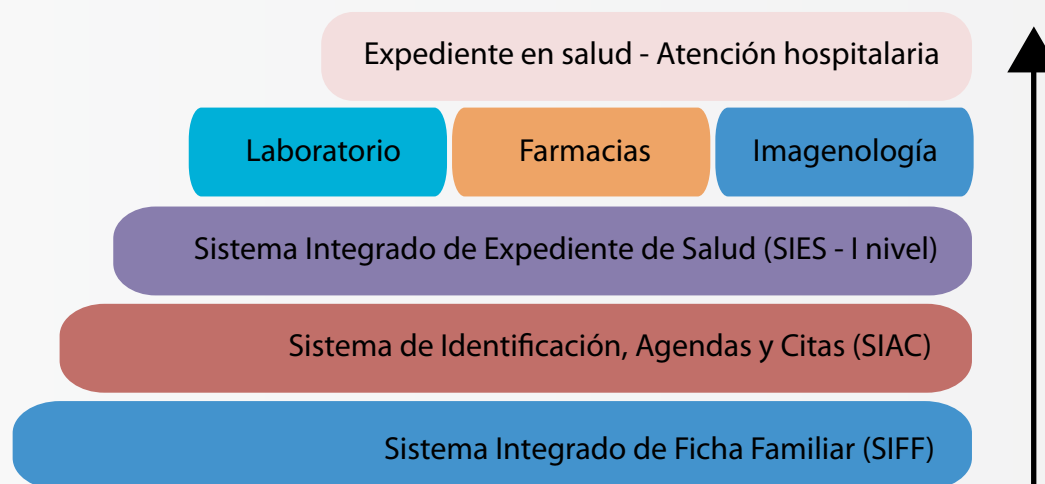
Dentro de los beneficios que ofrece el Expediente Médico Electrónico, se encuentran:

- * Calidad de la Información.
- * Reducción del error médico.
- * Mejora la eficiencia.
- * Mejora el seguimiento de los pacientes.
- * Generación de información de salud pública para análisis y toma de decisiones.
- * Control de la gestión.
- * Reducción de costos.

La Institución ha orientado sus esfuerzos hacia la construcción de un expediente único a nivel nacional, de forma que la información clínica de los asegurados pueda ser accedida desde cualquier sector del país. Los procesos de automatización de servicios de salud, tomando como referencia las lecciones aprendidas a nivel internacional, conllevan un desarrollo gradual y evolutivo, el cual inicia por los procesos de atención primaria o primer nivel de atención, evolucionando posteriormente hacia la atención hospitalaria y especializada (segundo y tercer nivel de atención).

Durante el periodo 2011, la CCSS consolida su visión integral para el abordaje de la automatización de servicios de salud, traducida en el Proyecto EDUS, y se concluye con el desarrollo del Sistema Integrado de Expediente de Salud (SIES), para uso de los profesionales en ciencia médicas en los procesos de atención de consulta externa.

Este proyecto es denominado Expediente Digital Único en Salud, conocido como EDUS. El desarrollo de las siguientes funcionalidades del EDUS, se ilustra en la siguiente figura:



Tal y como se observa en la figura anterior, los Sistemas de Ficha Familiar (SIFF), Identificación, Agendas y Citas (SIAC) y Expediente de Salud (SIES), constituyen la base para la automatización de servicios de salud, en concordancia con el modelo de atención en salud y de red de servicios vigente, en el que los EBAIS constituyen el punto de acceso inicial de los usuarios a los servicios de salud.

Adicionalmente, la automatización de los servicios de apoyo (Laboratorio, Farmacia e Imagenología), complementará las funcionalidades del Expediente Electrónico existente, el cual evolucionará hasta llegar a su uso en atención hospitalaria.

Dentro de los logros en la gestión para el desarrollo de tecnologías de información y comunicaciones, es de especial interés para el Gobierno, las autoridades de la CCSS y los usuarios de los servicios de salud, y el país en general.

El “Informe de Especialistas nombrados para el Análisis de la Situación del Seguro de Salud”, indica en su recomendación No. 69: “... Declarar el expediente electrónico una prioridad institucional, con plazo perentorio para su implementación a nivel nacional y en los tres niveles de atención”.

Como parte del proceso de fortalecimiento y modernización, la CCSS viene ejecutando el proyecto de Expediente Digital Único en Salud, como la solución tecnológica institucional en materia de automatización de servicios de salud. La conceptualización y el desarrollo de los módulos que integran el EDUS, han respondido a las normas, estándares, protocolos y procedimientos institucionales, garantizando el cumplimiento del marco de control institucional en la materia.



El Modelo de Atención en Salud y la estructura definida para la Red de Servicios y los niveles de atención, constituyen la base para establecer la estrategia de automatización de los servicios de salud.

Del análisis de dicho modelo y acorde con diversas experiencias internacionales (México, Canadá, Inglaterra, Singapur), el enfoque de automatización es gradual y evolutivo, iniciando con la automatización del primer nivel de atención y escalando las diversas soluciones hacia el segundo y tercer nivel.

La estrategia de puesta en marcha del EDUS, se compone de dos grandes bloques, los cuales corresponden a la automatización del primer nivel de atención utilizando las soluciones de software existentes y definición del alcance y las estrategias de automatización para el segundo y tercer nivel de atención, considerando la necesidad de la definición de protocolos y la normalización de procesos en tales unidades.

Para el logro del Proyecto EDUS se identifican los siguientes componentes:

- Aplicaciones y Soluciones.
- Equipamiento y Software Base Central.
- Puesta en Marcha en Centros de Salud.
- Administración y Calidad de la Información.
- Marco Jurídico.
- Seguridad de la Información.
- Comunicación y Divulgación.

Adicionalmente, se dispone de las aplicaciones para la automatización de los procesos de Farmacias (Sistema Integrado de Farmacia), Visita Domiciliar (Sistema Integrado de Ficha Familiar), Identificación, Agendas y Citas (SIAC) y Módulo de Consultorio I Nivel de Atención (SIES).

Desde noviembre del 2011, la Institución inicia la puesta en marcha del Sistema Integrado de Expediente de Salud en la Región Pacífico Central, con cobertura en las áreas de Salud de Esparza, Barranca, Chacarita, Peninsular y San Rafael-Chomes-Monteverde, así como en el Hospital Monseñor Sanabria.

Producto de la puesta en marcha en las áreas referidas, se han realizado a la fecha más de 5,000 atenciones médicas utilizando el Sistema Integrado de Expediente de Salud. Algunas cifras importantes de la operación en producción del SIES.



Otros logros del Proyecto EDUS para el periodo 2011, se agrupan según los componentes del proyecto, a saber, Hardware, Comunicaciones y Software.

Componente Hardware:

Se adquirió equipo de usuario final para las regiones Huetar Norte, Huetar Atlántica y Pacífico Central, con el propósito de fortalecer los procesos de Puesta en Marcha de los aplicativos Sistema Institucional de Ficha Familiar (SIFF), Sistema de Identificación, Agendas y Citas (SIAC) y Sistema Integrado de Expediente de Salud. Adicionalmente, se optimizaron los ambientes de producción, pruebas y capacitación de la Plataforma de Nivel Central.

Componente Comunicaciones:

Se fortalecieron anchos de banda y se incrementó la cantidad de unidades de salud conectadas a la red institucional, principalmente en las regiones Pacífico Central y Huetar Atlántica.

Componente Software:

Se concluye el desarrollo del Sistema Integrado de Expediente de Salud (SIES), se adjudica el Proyecto para el Sistema Integrado de Banco de Sangre (SIBS), se desarrollan evolutivos del Sistema de Identificación, Agendas y Citas (SIAC) y se concluye con la implantación a nivel institucional del Sistema Integrado de Farmacias (SIFA). Adicionalmente se inicia el desarrollo del Proyecto Sistema Integrado de Laboratorio Clínico (SILC).



Durante el periodo 2011 se fortalecen los Procesos de Puesta en Marcha del Expediente de Salud, así como el desarrollo de iniciativas tendentes a la implementación de recordatorios de citas médicas por medio de mensajería sms, citas médicas telefónicas, uso de firma digital en los aplicativos EDUS, entre otros. Dichos procesos se continuarán gestionando durante el periodo 2012, esperando lograrse un avance significativo en el porcentaje de unidades médicas del primer nivel de atención que utilizan sistemas de información EDUS.

- Sistema de Administración de Portafolios y Proyectos (SAPP)

Como parte del proceso de mejora en la gestión del Portafolio y Proyectos de la Gerencia Infraestructura y Tecnología, para el periodo 2011 se planificó la gestión de la adjudicación del proyecto del Sistema de Administración del Portafolio de Proyectos (SAPP) II Etapa, así como el desarrollo de la fase de inicio. Se concluyó la Fase I del Proyecto SAPP, cuyo alcance correspondió a la configuración base de la herramienta Project Server 2010 y el desarrollo de los cuadros de mando o dashboards para el Portafolio de Proyectos de Inversión. La transferencia de conocimiento realizada como parte de la contratación permite actualmente que funcionarios de las Direcciones que conforman la Gerencia de Infraestructura y Tecnología, puedan realizar el seguimiento y monitoreo de proyectos a través de una herramienta integrada en un ambiente colaborativo, permitiendo el desarrollo de las funcionalidades necesarias para lograr la gestión documental de los proyectos mediante sitios colaborativos, así como los elementos referentes a las fichas técnicas de cada uno de éstos.

Aunado a lo anterior, se adjudicó el inicio de la segunda fase del proyecto SAPP, la cual tiene por objetivo establecer el modelo de gobernabilidad para la gestión del portafolio y proyectos de la Gerencia de Infraestructura y Tecnología.

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 la Gerencia Infraestructura y Tecnologías.

- Proyecto Modernización del Sistema Financiero Institucional

Con estudios de preinversión elaborados y en busca de recursos financieros.



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

Se logró como parte de la mejora tecnológica la instalación de un nuevo equipo IPS modelo 4 270 para la protección de la granja de servidores ubicados en el Data Center de CODISA, únicamente resta terminar la implementación y activación de las VLANS correspondientes para la protección del tráfico que viaja hacia y desde la granja de servidores. Se están realizando estudios para proponer la optimización a la infraestructura actual que permitirá mejoras sustantivas para poder cubrir el tráfico interno que no es posible analizar mediante la implementación actual.

- Antivirus Institucional

Se logró adjudicar el contrato 006-2011 “Implementación del antivirus institucional y ejecución de nueva compra” por un período de un año renovable a dos años más (para un total de tres años), el mismo incluye licencias para 14 mil usuarios, y el servicio de soporte y mantenimiento 24x7x365, dada la importancia que conlleva para la seguridad informática la atención oportuna de incidentes relacionados con virus/malware en cualquiera de sus variantes. Como la herramienta que se adquirió mediante el contrato mencionado es la misma que se tenía instalada a saber: Symantec Endpoint Protection, la curva de aprendizaje ha sido mínima, se redujeron costos en la adquisición y actualmente se está trabajando en optimizar la infraestructura actual, de forma tal que se pueda mejorar la administración, reportes y gestión de incidentes.

- Filtrado de Contenido

Se logró la renovación del contrato No. 008-2008 para el Filtrado de Contenido Web dinámico y Web 2.0, se trabaja en la depuración del filtrado de contenido ya que es más granular que la versión anterior, y ofrece la posibilidad de filtrado por contenido, no solo por URL. Este tipo de solución se adquiere como un servicio, lo que quiere decir que la CCSS es dueña del uso de las licencias hasta la fecha que indique el contrato, una vez vencida dicha fecha la institución no podrá utilizar los servicios de filtrado web, razón por la cual antes de noviembre 2012, deberá adquirirse la nueva tecnología que permita el filtrado web a la institución.

- Portal CCSS- Servicios Digitales

Durante el 2011, se incluyeron cinco sitios al portal de la CCSS, logrando un 100% de la meta pactada, dichos sitios corresponden a la Dirección Jurídica, EDUS, Actuarial, Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones y Vigilancia Sindrómica.



Cumpliendo en su totalidad con lo planificado para el año 2011, se logró desarrollar seis servicios digitales entre los cuales se encuentran:

- Servicios Gestión de Trasportes.
- Servicio de gestión de Solicitudes de Servicio.
- Resolución Sala Constitucional.
- Servicio para las video comunicaciones.
- Catalogo Institucional de Aplicaciones (CIA).
- Servicio de Pago a Proveedores.

- Construcción del Sistema Integrado de Banco de Sangre

En la planificación para el desarrollo del Sistema Integrado de Banco de sangre (SIBS), se logró avanzar en la conceptualización de los primeros cinco módulos considerados para la primera iteración, de un total de 16 módulos, a saber: Promoción, Selección, Extracción Identificación y Consultorio.

- Construcción del Sistema Integrado de Laboratorios Clínicos

En la planificación para el desarrollo del Sistema Integrado de Laboratorios Clínicos (SILC), se avanzó en la fase de conceptualización del sistema.

- Licenciamiento

El contrato de licenciamiento con Oracle tiene aún vigencia por un año y se está realizando modificación para ir migrando licencias de acuerdo con el comportamiento de las necesidades. Con respecto a la Plataforma CITRIX, se ha realizado un nuevo contrato que está en ejecución y que tiene vigencia hasta mediados del año 2015. Adicionalmente se incluye continuidad en este periodo 2011 a la actualización de las Herramientas de Calidad de Datos con un nuevo proceso, que se espera sea consolidado en el primer trimestre del año 2012, así mismo una herramienta para migración de datos para las Bases de Datos del EDUS.



En relación con las metas de licenciamiento de mayor peso en la institución, realizaron los estudios para la renovación de prórrogas contractuales, y el pago de los productos adquiridos. Actualmente se gestiona el proceso de generar el nuevo licenciamiento en tecnologías Microsoft.

El contrato por licenciamiento en tecnologías Oracle (Bases de Datos, Servicio a las Aplicaciones y Capacitación), el cual tiene un costo aproximado de 200 millones y se encuentra prorrogado.

- Cobertura Sitios conectados con enlaces de comunicación WAN

La Red de Área Extendida WAN, se incrementó en un 4.65% para el año 2011, pasando de 602 enlaces hacia los sitios de la Institución a 630 enlaces. Es muy importante señalar que se continúa gestionando con el ICE un modelo de servicios administrados que permitirá en los próximos dos años conectar el resto del país. Se cuentan con 249 enlaces VPN, 28 más que el año anterior, crecimiento que significa un aumento de 12.67%. Es importante señalar que en el 2011, se ha trabajado más en la ampliación de los enlaces actuales y en el cambio de medio, que en el crecimiento de sitios. Entre estas mejoras, se puede mencionar la implementación de enlaces en fibra óptica en unidades que ya tenían enlaces en cobre, acciones realizadas en hospitales, direcciones regionales, sucursales y clínicas.

Otros Logros Importantes en el Desarrollo de la Gestión

Investigación en recurso físico en salud

Como parte de la Política de Hospital Seguro, se efectuó a través del Programa de Mejora de la Seguridad Sísmica de las Edificaciones de la CCSS (PMSS), un diagnóstico del estado general de la infraestructura de la Caja Costarricense de Seguro Social, que brinda servicios de salud (exceptuando EBAIS). Algunos de los resultados generales obtenidos se presentan a continuación:

- * El 25% (188,209 m²) de la infraestructura tiene un estado bueno o excelente.
- * El 53% (399,003 m²) de la infraestructura presenta un estado general regular.
- * El 20% (150,567 m²) de la infraestructura de la CCSS destinada a brindar servicios de salud presenta un estado general que se puede clasificar como malo.

* La infraestructura de hospitales y clínicas mayores presenta mayor deficiencia en aspectos arquitectónicos, mientras que el aspecto estructural es el que presentan mejores condiciones en general.

Priorización de edificaciones

Con fundamento en la información generada por el proceso de diagnóstico, se realizó la priorización de hospitales y clínicas mayores para su intervención. Para realizar esta priorización, además de los aspectos relacionados con el estado general de la infraestructura obtenido del diagnóstico se han considerado aspectos relacionados con la población e importancia en caso de emergencias.

Con respecto a la priorización planteada se deben hacer las siguientes observaciones, según las indicaciones de los superíndices:

Prioridad 1: Corresponden a edificios antiguos en los cuales se ubicaban los hospitales y que actualmente son utilizados por la Institución pero su nivel de importancia en caso de emergencias es tan bajo que se puede descartar su intervención a corto plazo. Por lo cual se debe definir en forma clara cuál será su futuro uso para determinar el grado de intervención.

Prioridad 2: Esta incluido dentro de una de las fases del proyecto de Liberia por lo cual se excluye.

Prioridad 3: Corresponde a una serie de edificios alquilados a los cuales solo se puede recomendar al propietario que mejore las condiciones del mismo, pues la Institución no puede invertir en ellos.

Prioridad 4: Urge su intervención pero la misma debe hacerse en forma consecuente con lo que establezca el Plan Maestro que está por desarrollarse. Este no se excluye, pero su nivel de intervención debe ser definido por las autoridades correspondientes.

Prioridad 5: Si se desarrolla el proyecto de un hospital nuevo lo conveniente es no realizar grandes inversiones en las actuales instalaciones, la intervención fuerte sería una vez que los funcionarios sean trasladados al nuevo centro médico y se defina el futuro uso del actual. Por lo anterior, estos centros no se excluyen de la priorización recomendada pero al igual que el San Juan de Dios se traslada al final de la lista.

Sistema Gestión de Calidad

Conforme con las exigencias de los requisitos de la Norma ISO-9001-2008, Sistema de Gestión de Calidad, en febrero del 2011, el Instituto de Normas Técnicas de Costa Rica (INTECO), certificó el Sistema de Gestión de Ca-



lidad de la Dirección de Arquitectura e Ingeniería para la Gestión de Proyectos . En lo que respecta a las acciones ejecutadas se pueden mencionar las siguientes:

- a. Ajustes y mejoras en los diagramas de procesos.
- b. Inclusión de herramientas tales como: Guías de plan de proyecto que cumple con lo solicitado por la GIT, actualización de la norma de dibujo, inclusión del instructivo de informe de proyecto, el Instructivo de Administración de Riesgos, entre otros.
- c. Ajuste de los proyectos al cumplimiento, en la medida de lo posible en aquellos casos en el cual el inicio del proyecto fue anterior a la implementación del SGCP, del SGCP. Lo anterior se evidencia puesto que en la última auditoría interna el área de diseño no tuvo ningún hallazgo.

Sistema para la gestión de registro y seguimiento para equipo crítico médico e industrial

Mediante un trabajo conjunto con los servicios de mantenimiento de los hospitales del país, en el 2011 inicio la implementación de este sistema, para las inclusiones de seguimientos y salidas de información.

Este sistema es de acceso por medio de la intranet de la Institución y cuenta actualmente con un inventario de 3.753 equipos médicos e industriales, de todos los hospitales de la Institución, con información de su fecha y costo de adquisición, estado de operación, frecuencia y costo del contrato de mantenimiento así como de los contratistas y los vendedores de los equipos. El sistema está programado para que cada unidad ingrese información sobre las paradas por mantenimiento preventivo o correctivo de los equipos y su puesta en operación, de manera que al final de determinado período se disponga de información en indicadores de: costos de mantenimiento, tiempo de parada y de operación de los equipos. Actualmente, aunque todos los centros hospitalarios ingresaron el inventario de equipos críticos, no obstante solamente un 62% de los hospitales están ingresando información de seguimiento.

Sistema de Información Geográfica para el inventario de Infraestructura Caja Costarricense de Seguro Social

Se ha avanzado en el Sistema de Información Geográfica, en varios ejes de acción, esta implementación ha permitido la visualización, almacenamiento y análisis de la información especial para administrar, monitorear, inventariar y evaluar la infraestructura de salud existente en el país (tanto a nivel de edificios como terrenos) con el objeto de establecer y de priorizar las inversiones de infraestructura y darle seguimiento a los proyectos en proceso.



Capítulo VIII

Pensiones: un pilar fundamental



Introducción

El Seguro de Pensiones es uno de los pilares fundamentales de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), tanto por su solidez como por la cobertura y beneficios que le ofrece a la población. En este capítulo, se sintetizan 365 días de labor que permitieron mantener, fortalecer y proyectar el régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, el régimen No Contributivo de Pensiones y las Prestaciones Sociales que ofrece la Institución a la población adulta mayor.

Prestaciones Sociales, la tercera línea de servicios

El panorama mundial de los últimos años resulta poco favorable en diversos ámbitos, entre ellos el económico y el social. Los efectos de la crisis financiera son perceptibles en la mayoría de naciones, siendo el desempleo, el aumento de la pobreza y el acrecentamiento de las brechas sociales tan solo algunos ejemplos. Para el caso de Costa Rica, según el informe del Estado de la Nación 2010, producto de la desigualdad, este país pasó de una situación que le acercaba a las naciones desarrolladas, a una más semejante a la de los países latinoamericanos. A esto se le suman la transformación que han experimentado las sociedades a nivel cultural y de valores, en detrimento de las personas, haciendo de la inequidad, la violencia y el consumismo, tristes estandartes de la actualidad.

Esta realidad que puede generar angustia, es a la vez un reto para los diferentes grupos sociales, organizaciones e instituciones de bienestar, quienes deben de generar las respuestas oportunas para satisfacer las necesidades de la población, especialmente de aquellos grupos más vulnerables, como es el caso de las personas adultas mayores, personas con discapacidad, entre otras, promoviendo así un desarrollo equitativo que permita el acceso real y garantice el cumplimiento de los derechos humanos.

Para la Caja, institución benemérita que, desde hace 70 años, se ha encargado de velar por la salud y protección económica de quienes habitan en este país, los cambios que se han venido gestando a nivel global, le han llevado a la creación de instrumentos que le permitan el desarrollo de acciones pertinentes a las nuevas demandas. Es por eso que se creó el Sistema Institucional de Prestaciones Sociales para complementar los servicios ofrecidos desde su creación, brindando asistencia en forma de apoyo, orientación, promoción, educación y capacitación en procura del desarrollo pleno de los asegurados y pensionados.

Los programas desarrollados responden a las necesidades prioritarias de diversos grupos, buscando el mejoramiento de la calidad de vida de las personas participantes, así como su bienestar integral. Se trata de acciones cercanas a la ciudadanía, sostenibles y con recursos que permiten darles garantía en el tiempo requerido.



El apoyo de manera oficial de la Red Nacional de Sucursales y de otras unidades a los programas de Prestaciones Sociales, ha permitido que los servicios brindados se extiendan más allá del nivel central, permitiendo que tengan cobertura a nivel nacional.

Los Programas de Prestaciones Sociales

a) Programa Ciudadano de Oro

Se continúa trabajando en la búsqueda de espacios que permitan a las personas adultas mayores su desarrollo integral. Desde la fecha de su creación, hasta el año 2011, se han beneficiado cerca de 85.000 personas de forma directa, principalmente a través de las actividades de educación y capacitación y el componente de Atención Preferencial.

Dentro de los beneficios prestados por el programa Ciudadano de Oro se encuentran: Atención preferencial en instituciones públicas y privadas, descuentos comerciales, recreación y uso de tiempo libre y proyección comunitaria a través de diferentes cursos y talleres.

Durante el 2011, se establecieron 480 nuevos convenios con el comercio para que ofrezcan descuentos a las personas adultas mayores, para un total de 6.031 convenios en todo el país, de esta gestión se benefician todos los 300.000 adultos mayores.

Se destaca este año el desarrollo de una campaña publicitaria enfocada en la sensibilización y que se denominó: Trato amable y respetuoso al Ciudadano de Oro.

b) Programa Estancias y Ayudas Sociales

Este programa es el responsable de fortalecer la presentación de servicios sociales en el ámbito institucional, mediante diversas actividades de educación no formal, apoyo, orientación, investigación y asesoramiento a las personas y sus familias, mediante la implementación de cursos y talleres que incorporen metodologías creativas e innovadoras.

A través de los ocho años de existencia del programa, se ha brindado capacitación y acompañamiento en todo el país a cerca de dos mil seiscientas personas cuidadoras de sus familiares en condición de dependencia, ya que son ellos quienes más demandan los servicios del programa.



Durante el año 2011, se desarrollaron nuevas temáticas como “Seguridad en el hogar” y “Dar y recibir afecto”, para responder a las necesidades de la población meta del programa, y se implementaron los siguientes cursos y talleres: 22 Talleres de Formación Social para Cuidadores; 21 Cursos de Cuidadores con Corazón de Oro; 11 Cursos de Atención Integral al Familiar de personas con discapacidad y 25 Cursos de Atención Integral a la Viudez, entre otras actividades (Cuadro N. 1).

c) Programa Preparación para la Jubilación

De conformidad con la Resolución 162 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento, el Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento Madrid 2002, Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (Ley No. 7935), el Reglamento de Prestaciones Sociales y el Reglamento de Capacitación y Formación de la Caja Costarricense de Seguro Social, aprobado en Sesión 8159 del año 2007, aborda, de forma integral, el proceso de preparación para la jubilación de toda la población trabajadora costarricense, mediante el desarrollo conjunto con empresas, instituciones y organizaciones, de acciones de capacitación, educación e información sobre el tema, con el fin de facilitar el proceso de cambio que esta etapa conlleva.

Desde sus inicios ha logrado orientar y capacitara alrededor de trece mil personas en el nivel central mediante cursos, talleres y otras actividades socioeducativas.

En el año 2011 fueron 6 061 personas a nivel nacional quienes se beneficiaron de estas acciones. (Cuadro N. 1)

d) Programa Educación y Capacitación Integral

Este programa mediante sus componentes educación, capacitación y comunicación pretende satisfacer los requerimientos de la población adulta menor de 65 años en función de principios filosóficos y de valores como respeto, empatía, honestidad y compromiso en el marco de las características de nuestra cultura organizacional de seguridad social, amparados en los compromisos de gestión en materia administrativa, legal y psicosocial.

Su población meta son los pensionados por invalidez, mujeres y hombres jefes de hogar, indigentes en estado de reinclusión social, líderes estudiantiles, entre otros, con quienes se realiza un intercambio holístico de temas socioeducativos, que pretende mejorar el comportamiento individual y social de los participantes.

El año 2011 significó un aumento en la cobertura del programa, además de la innovación en sus propuestas, por ejemplo se incorporaron actividades lúdicas y de ejercicio físico como una herramienta importante para el trabajo con la población en situación de calle.

A continuación se presenta un cuadro que contiene las actividades desarrolladas por los Programas de Prestaciones Sociales y el número de personas que se beneficiaron de ellas durante el 2011.

CUADRO N° 1
ACTIVIDADES DE LA DIRECCIÓN DE PRESTACIONES SOCIALES Y NÚMERO DE PARTICIPANTES AÑO 2011

Actividad	Total	Total de participantes o beneficiarios
Ciudadano de oro		
Contratación de Tarjetas de identificación del "Ciudadano de Oro"	10,000	8,000
Festival Integral Ciudadano de Oro	12	3,845
Convenios de Descuento Comercial	480	
Supervisión de Convenios Comerciales	850	
Campaña Beneficios del Programa Tema:		
Trato Amable al Ciudadano de Oro	1	
Curso Recreación y Uso del Tiempo Libre	42	889
Taller de Teatro	2	40
Taller Cultural (Manualidades)	59	1,153
Curso Acondicionamiento Físico Integral	6	192
Curso Agricultura Práctica	23	529
Curso Musicoterapia y/o Yoga	44	782
Taller Baile Popular	31	672
Curso Calidad de Vida	62	1,728
Seguimiento a Grupo de Voluntariado	16	68
Homenaje al Voluntariado	1	60
Grupo Nuevo Voluntariado	4	60
Cursos Prevención Abuso y Maltrato al Adulto Mayor	55	1,242



Actividad	Total	Total de participantes o beneficiarios
Cursos Formación Complementaria:		
(Temas de Computación)	63	636
Taller Atención Preferencial		
(Desarrollados en Instituciones Públicas y Privadas)	86	1,413
Taller Asociaciones de Pensionados	6	90
Grupo Proyección Comunitaria		
(Grupos coreográficos de baile típicos y ejercicios físicos)	4	40
Capacitación y Actualización al Recurso Regional	2	39
Charla Beneficios Actividad Física	58	1,050
Charlas Acondicionamiento Físico	4	112
Charlas Promoción del Ciudadano de Oro	6	110
Charla Atención Preferencial		
(Dirigidas a personal de la Institución)	8	43
Estancias y ayudas sociales		
Taller Formación Social para Cuidadores	22	292
Curso Cuidadores con Corazón de Oro	21	299
Curso Atención Integral al Familiar de personas con discapacidad	11	141
Curso Atención Integral a la Viudez	25	355
Capacitación y Actualización del Recurso Regional	10	21
Charlas Difusión Estancias y Ayudas Sociales	104	1,267
Proyecto de Investigación	1	
Preparación para la jubilación		
Taller Cuenta Propia y Pequeña Empresa	2	35
Curso Preparación para la Jubilación	126	3,203
Proyecto de Investigación	1	
Charlas Preparación para la Jubilación	219	2,847
Curso Diseño de Programas de Jubilación	2	39
Sesión de Actualización de Preparación para la Jubilación	2	185
Capacitación y Actualización del Recurso Regional	1	13
Sesiones de Educación Empresarial	51	96



Actividad	Total	Total de participantes o beneficiarios
Educación y capacitación integral		
Charlas Promoción de la Seguridad Social	126	2,041
Talleres Socio Educativos Amas de Casa y Jefes de Hogar	22	261
Taller Pensionados por Invalidez	19	215
Ciclo de charlas Socioeducativas a indigentes en reinclusión	22	314
Ciclo de charlas a líderes estudiantiles	19	254
Charlas Educación Integral	51	622
Capacitación Recurso Comunal	1	
Encuentro Socio cultural	1	
Proyecto de Investigación	1	
Total	12,785	35,293

Fuente: Elaboración propia a partir de los registros de la Dirección.

Además de lo anterior, los diferentes programas de la Dirección de Prestaciones Sociales han realizado esfuerzos para la promoción de las actividades que se realizan, en aras de incrementar su alcance llegando a un mayor número de personas beneficiarias.

Se desarrollaron en el 2011 nuevas alianzas estratégicas con instituciones gubernamentales y no gubernamentales, con el fin de coordinar esfuerzos para lograr el desarrollo pleno e integral de la población costarricense. Entre estas alianzas se destaca una realizada con el Ministerio de Justicia y Paz, para la creación conjunta de acciones que permitan mitigar los efectos de la violencia social y establecer una cultura de paz.

Nuevos retos...

Como parte de una iniciativa promovida por la Presidencia Ejecutiva, la Dirección de Prestaciones Sociales, se encuentra participando en una comisión para establecer un Plan Articulado de Prestaciones Sociales, el cual permitirá una mayor extensión de los programas de prestaciones sociales. Este trabajo iniciado en el 2011, continuará durante el año 2012, con miras al fortalecimiento y desarrollo porque las acciones realizadas hasta el momento no



deben convertirse en zona de confort, por el contrario, ante la situación actual, se convierten en motor que impulsa la búsqueda del mejoramiento continuo y la innovación en la creación de las acciones, esto con el fin de alcanzar a cada vez más personas, promoviendo el bienestar para toda la población, sin exclusiones, protegiendo a los sectores más vulnerables, construyendo un desarrollo real, es decir, más humano y solidario, tal y como lo demandan los principios de la seguridad social.

*“Seguridad social:
Abolir las necesidades de los ciudadanos y protegerlos
contra los riesgos que les puedan sobrevenir.”
Beveridge*

Calificación de la invalidez

Causalidad de invalidez en el Régimen de IVM

Como se puede observar en el Cuadro No. 2, las enfermedades que afecta el sistema osteomuscular continúan ocupando el primer lugar dentro de las principales causas de declaratoria de invalidez para optar por la pensión de invalidez de IVM.

Los tumores malignos han sido la segunda causa, pero se modificó en el año 2011 pasando a un tercer lugar por una leve diferencia con las enfermedades del Sistema Nervioso Central y Periférico, las cuales se ubicaban en el tercer lugar por varios años.

Los trastornos mentales y del comportamiento ocuparon el cuarto lugar durante el año 2008 y 2009, pero a partir del 2010, pasaron al quinto lugar, por cuanto las enfermedades cardíacas pasaron a ocupar esta posición en el año 2010 y 2011.

Las enfermedades visuales ocuparon el sexto lugar en el año 2008 y 2010, pero en el 2009 y 2011 esa posición fue ocupada por afectaciones del Sistema urinario.

A partir del año 2009 las complicaciones no reversibles de la Diabetes Mellitus se posicionaron en el octavo lugar.

CUADRO N° 2
PRINCIPALES GRUPOS DE ENFERMEDADES INVALIDANTES
PERÍODO 2008 – 2011

N°	Diagnóstico	2011		2010		2009		2008	
		Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
1	Osteomusculares	548	26,5	614	30,4	570	28,1	619	35,3
2	Sistema Nervioso Central y periférico	328	15,8	268	13,3	277	13,6	186	10,6
3	Tumores malignos	321	15,5	282	14	313	15,4	277	15,8
4	Corazón	182	8,8	157	7,8	128	6,3	110	6,3
5	Trastornos mentales y del comportamiento	166	8	146	7,2	143	7	146	8,3
6	Vías urinarias	115	5,6	80	4	118	5,8	58	3,3
7	Enfermedades visuales	95	4,6	97	4,8	79	3,9	69	3,9
8	Diabetes Mellitus	83	4	107	5,3	74	3,6	36	2,1
9	Colagenopatías	50	2,4	71	3,5	55	2,7	34	1,9
10	Neumopatías crónicas	49	2,4	28	1,4	32	1,6	38	2,2
11	Sistema digestivo	48	2,3	55	2,7	57	2,8	40	2,3
12	Vascular periférica	35	1,7	24	1,2	38	1,9	46	2,6
13	Otros*	51	2,5	90	4,5	146	7,2	112	6,3
Total		2.071	100	2.019	100%	2.030	100%	1.771	100%

Fuente: Registros SIP. Dirección Calificación Invalidez.

Dirección de Inversiones

Panorama económico-financiero

Estados Unidos representa al menos el 25% del Producto Interno Bruto (PIB) mundial lo que significa que la actividad económica es de ese país posee gran influencia en el mundo, principalmente en economías como la de Costa Rica que se caracteriza por ser abierta y pequeña.

Durante el 2011, la economía estadounidense sufrió por primera vez en la historia una baja en la calificación del riesgo en la deuda por parte de Standard & Poor's al mantener altos niveles de deuda y de desempleo, así como

un lento crecimiento del PIB. No obstante, las otras dos empresas calificadoras de riesgo reconocidas mundialmente (Fitch y Moody's) no cambiaron la calificación de riesgo de los Estados Unidos, con lo cual mantiene hasta la fecha el grado de inversión en AAA.

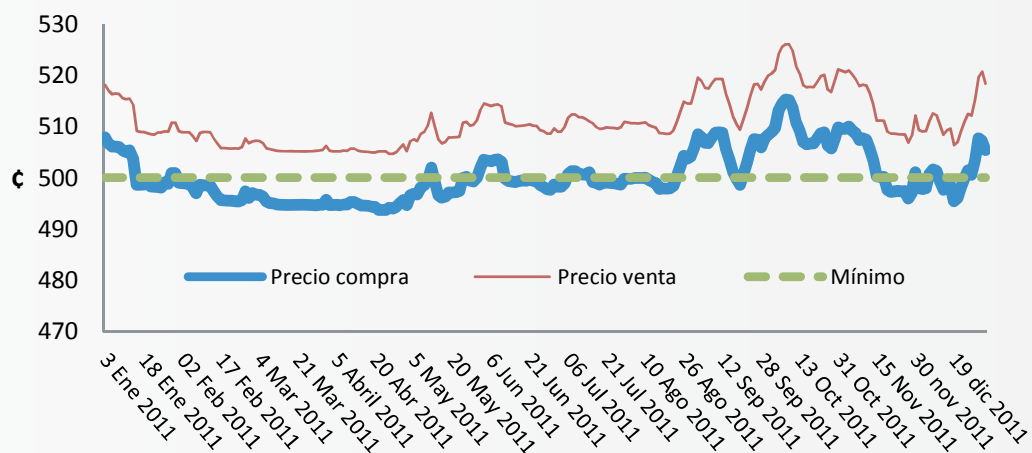
Europa ha incorporado volatilidad al mercado financiero debido al problema de deuda soberana que inició en Grecia, reflejándose en la devaluación del Euro, disminución del crecimiento económico en la eurozona y fuga de capitales hacia otras partes del mundo.

Esta fuga de capitales de las grandes economías, se trasladó hacia países que ofrecieron mejores condiciones para obtener mejores rendimientos a menor riesgo de las inversiones de capital.

Debido a la mejora de posicionamiento que obtuvo Costa Rica en cuanto a la calificación del Riesgo País, fue uno de los sitios que experimentó durante el 2011 un aumento en el ingreso de recursos externos a través de las inversiones de cartera de valores, aumentando la oferta de dólares en la economía nacional y mayor demanda de los títulos valores en esa moneda.

Este factor externo influyó en que el tipo de cambio se mantuviera durante todo el 2011 muy cercano al piso establecido por el BCCR (Banco Central de Costa Rica), que durante el 2011 mostró tres estaciones: la primera se observa con tendencia hacia la baja de enero a abril, la segunda estación se caracterizó por su volatilidad más volátil pero leve, y la tercera estación inicia en agosto y se pareció a la segunda, pero la volatilidad fue más pronunciada. Debe señalarse que en el 2011 se estabilizó el tipo de cambio, ya que se mantuvo siempre por debajo de los ¢525,5 (ver gráfico siguiente).

GRÁFICO NO. 1
TIPO DE CAMBIO: PRECIO DE REFERENCIA DEL DÓLAR, PISO Y TECHO SEGÚN EL BCCR,
PERIODO: ENERO 2011- DIC 2011



Fuente: Dirección de Inversiones, Gerencia Pensiones.



La inflación costarricense medida por el Índice de Precios al Consumidor (IPC) llegó al 4,7% en el 2011, un 1,1% menos que el año 2010 y ajustándose a la meta establecida por el BCCR. Otro indicador de inflación es el Índice Subyacente de Inflación o ISI (BCCR, 2011) "...indicador más asociado al fenómeno monetario y sobre el cual la política monetaria tiene mayor influencia"(p11), el cual reflejó un crecimiento acumulado del 4,5% de modo que ambos indicadores impactaron poco en las tasas de interés. Sin embargo, debe ponerse atención a la cercanía entre estos dos índices debido que señalan que la inflación podría ser producto de la variación en los precios de los productos y servicios más estables.

Con respecto a la tasa de interés, el 2011 mostró bastante estabilidad, después de la caída que la Tasa Básica Pasiva tuvo durante el 2008 y el crecimiento acelerado que mostró en 2009, en el año 2011 igual que en el 2010, el rango de variación de la Tasa Básica Pasiva fue del 7% al 8%.

Esta disminución en la volatilidad de la tasa de interés implicó mayor seguridad en la toma de decisiones transaccionales monetarias.

Las finanzas del Gobierno en el 2011 cerraron con un déficit inferior al del 2010 al pasar del 5,2% del PIB¹ al 4,4% del PIB, asociado principalmente a la reducción en gasto público y a una mayor recaudación.

Situación de las inversiones

Al 31 de diciembre de 2011, la cartera total de inversiones del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (RIVM) alcanzó un monto² de ¢1.405.464,1 millones de los cuales ¢1.331.517,01 millones (94,7%) correspondió a títulos valores, ¢6.261,40 millones (0,4%) a saldos de inversiones a la vista, ¢47.579,0 millones (3,4%) a préstamos hipotecarios y finalmente ¢20.106 millones (1,4%) a bienes inmuebles tal como lo expone el siguiente cuadro:

1 Mayor información en el Ministerio de Hacienda: Cifras, Ingresos y Gastos del Gobierno Central: <https://www.hacienda.go.cr/Msib21/Espanol/Secretaria+Tecnica+de+la+Autoridad+Presupuestaria/Ingresos+y+Gastos+Gobierno.htm>

2 En atención a oficio SP 2142-2010 de la Superintendencia de Pensiones a partir del 2011 el monto y rendimiento de la Cartera de Títulos Valores son en valor al costo del instrumento.

CUADRO NO 3
CARTERA TOTAL DE INVERSIONES DEL RIVM
AL 31 DE DICIEMBRE 2011 EN MILLONES DE COLONES

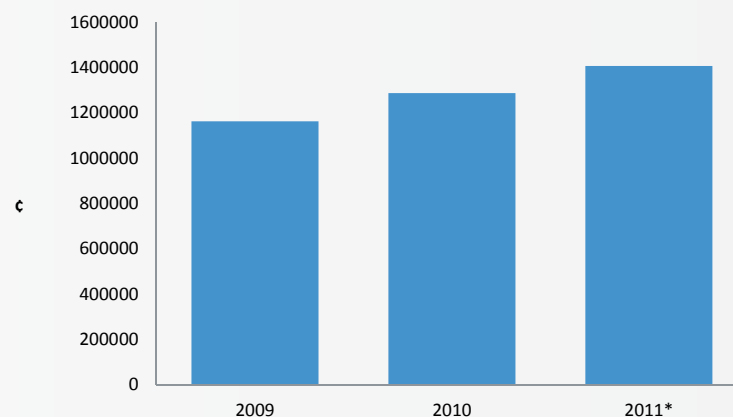
Línea de Inversión	Monto	%
Títulos valores*	1.331.517,01	94,7%
Préstamos hipotecarios	47.579,00	3,4%
Inversiones a la vista	6.261,40	0,4%
Bienes inmuebles	20.106,70	1,4%
Cartera total	1.405.464,11	100,0%

Valor al costo.

Fuente: Registros Dirección de Inversiones, Gerencia Pensiones.

Esta cartera mostró, durante el 2011, un crecimiento del 9,3% con respecto al año anterior, mientras que en el 2010 este crecimiento fue del 10,7%. Con respecto al rendimiento, al finalizar el año fue del 9,3% con un rendimiento real de 4,4%.

GRÁFICO NO. 2
SALDOS DE LA CARTERA TOTAL DE INVERSIONES DEL RIVM
AL 31 DE DICIEMBRE A CADA AÑO EN MILLONES DE COLONES

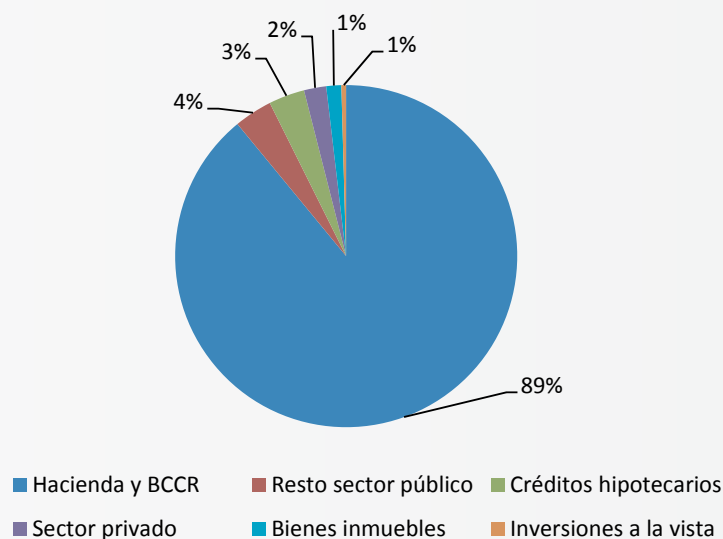


*Valor al costo.

Fuente: Registros Dirección de Inversiones, Gerencia Pensiones.

En lo relacionado con la diversificación de la cartera, debe señalarse que el tamaño de las reservas, así como las condiciones estructurales del mercado de valores costarricense, inciden en que se mantenga un porcentaje importante de inversiones en el sector público, 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 BCCR.

GRÁFICO NO. 3
CARTERA TOTAL DE INVERSIONES DEL RIVM SEGÚN TIPO DE INVERSIÓN
AL 31 DE DICIEMBRE 2011
VALORES RELATIVOS



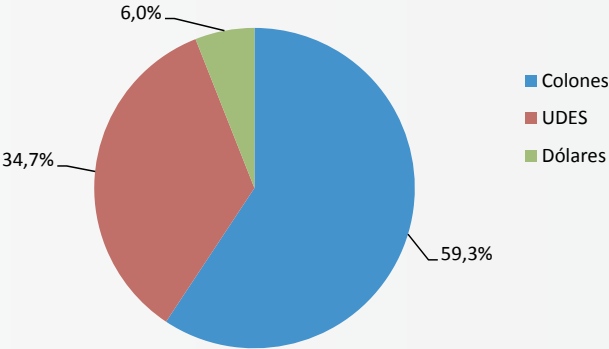
Fuente: Dirección de Inversiones, Gerencia Pensiones.

Dentro de la cartera total de inversiones, la cartera de títulos valores estuvo compuesta de ₡1.331.517.01 millones con un rendimiento real de 4,3% al finalizar el 2011. Con respecto a la composición según emisor, tal como se mencionó anteriormente, el Ministerio de Hacienda y el BCCR continuaron representando el porcentaje más alto con el 88,9% del monto invertido en títulos.

Por unidad de cuenta, cerca de la mitad (59,3%) de la cartera de títulos valores correspondió 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 representaron el 6% de esta cartera.

De estas tres monedas, son las inversiones en colones las que mayor rentabilidad generaron al último día del 2011.

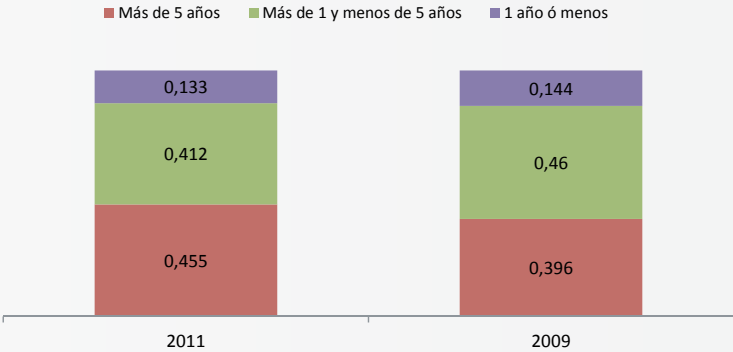
GRÁFICO NO. 4
CARTERA TOTAL DE INVERSIONES SEGÚN MONEDA
AL 31 DE DICIEMBRE 2011
VALORES RELATIVOS



Fuente: Dirección de Inversiones, Gerencia Pensiones.

Finalmente, la composición de la cartera de títulos valores según plazo, en el siguiente gráfico muestra como la estructura ha cambiado desde el año 2009 para pasar a un predominio de títulos a vencer en el largo plazo (más de 5 años) con más del 45,5% de la Cartera, mientras que en el 2009 solamente significó el 39,6%.

GRÁFICO NO.5
CARTERA TOTAL DE INVERSIONES DEL RIVM SEGÚN PLAZO AL 31 DE DICIEMBRE 2011
VALORES RELATIVOS



Fuente: Dirección de Inversiones, Gerencia Pensiones.

En el 2011, también se amplió el monto invertido en títulos a vencer en el mediano plazo (1 a 5 años) y disminuyó el porcentaje de títulos a vencer en el corto plazo.

Gestión en el otorgamiento de pensiones

En el cuadro siguiente se observa la distribución del total de casos según la planilla ordinaria de pensionados a diciembre de cada año en el periodo 2000-2011. Como se puede apreciar el total de pensionados en el periodo ha crecido paulatinamente, cerrando a 171.737 casos para el año 2011. Estos casos se distribuyen entre los tres riesgos del régimen como se detalla a continuación: 48.206 casos de invalidez, 74.802 casos de vejez y 48.729 casos de muerte.

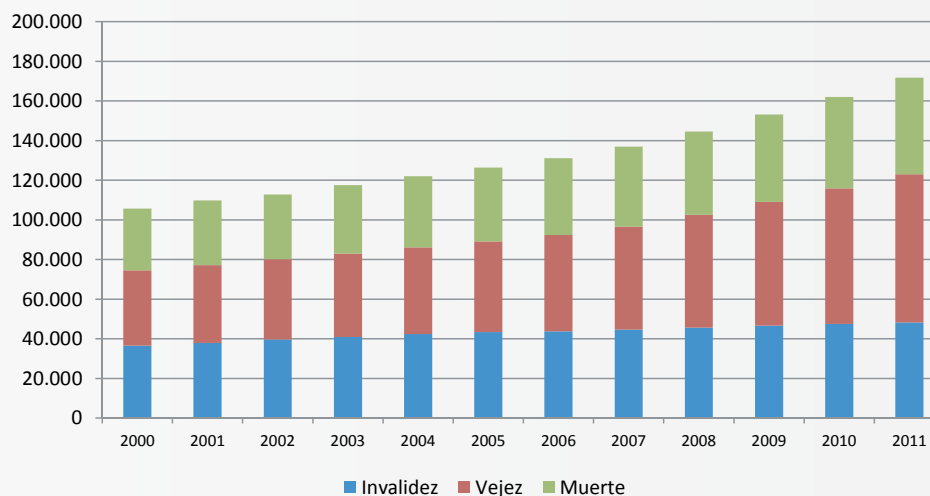
CUADRO NO 4
CASOS POR RIESGO PLANILLA ORDINARIA,
DICIEMBRE DE CADA AÑO

Mes	Invalidez	Vejez	Muerte	Total
2000	36.503	38.051	31.120	105.674
2001	37.873	39.245	32.695	109.813
2002	39.588	40.533	32.625	112.746
2003	40.874	42.146	34.499	117.519
2004	42.436	43.684	35.854	121.974
2005	43.370	45.738	37.237	126.345
2006	43.797	48.513	38.759	131.069
2007	44.580	52.055	40.310	136.945
2008	45.571	57.008	42.027	144.606
2009	46.631	62.389	44.132	153.152
2010	47.520	68.433	46.118	162.071
2011	48.206	74.802	48.729	171.737

Fuente: Dirección Administración de Pensiones, Gerencia de Pensiones.

Estas tendencias pueden observarse más claramente mediante el siguiente gráfico, donde se muestra el crecimiento continuo de toda la planilla y principalmente la mayor proporción que representan los casos por vejez año con año, así como el modesto crecimiento del riesgo de invalidez.

GRÁFICO NO. 6
CASOS POR RIESGO PLANILLA ORDINARIA,
DICIEMBRE DE CADA AÑO



Fuente: Dirección Administración de Inversiones, Gerencia Pensiones.

Información sobre el comportamiento de los procesos sustantivos de “Colocación” y “Gestión de la Cobranza” de los Créditos Hipotecarios IVM administrados por la Gerencia de Pensiones, Período 2011

1. Resultados de colocación de créditos hipotecarios

Durante el año 2011, el sistema de Préstamos Hipotecarios del Régimen Invalidez, Vejez y Muerte, logró colocar un total de ¢4.088.3 millones, producto de la aprobación de un total de 235 operaciones hipotecarias.

Para mayor comprensión de la situación descrita en el párrafo precedente, seguidamente, se presenta en el Cuadro N° 5, la distribución de la colocación hipotecaria del IVM del año 2011, 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 N° 5
COMPOSICIÓN COLOCACIÓN DE CRÉDITOS HIPOTECARIOS IVM
SEGÚN PLAN DE INVERSIÓN (LÍNEAS DE CRÉDITO)
AÑO 2011 (MILLONES DE COLONES)

Línea de crédito	"Cantidad de casos"	Monto	Porcentaje
Construcción	41	¢1.102.8	26,9
Compra de Casa	78	1.618.2	39,5
Ampliación y/o Mejoras	35	374,2	9,1
Compra de Lote	60	703,5	17,2
Cancelación de Hipotecas	21	289,6	7
Total	235	¢4.088.3	100

Fuente: Informes Mensuales Área de Crédito y Cobros, Enero 2011.

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 un total de 78 créditos por un monto de ¢1.618.2 millones, lo que representa un 39.5% del total; en segundo lugar se posicionó la “Compra de Lote” con un total de 60 operaciones hipotecarias cuyo monto alcanzó ¢703.5 millones (17.2% del total); la construcción de viviendas ocupó la tercera posición con un monto superior de ¢1.102.8 millones producto de 41 créditos hipotecarios (26.9%), posteriormente con una participación significativamente menor, se concedieron 35 créditos para “Ampliación y Mejoras” de viviendas por ¢374.2 millones (9.1%), y 21 operaciones hipotecarias para “Cancelación de Hipotecas” por un total de ¢289.6 millones, lo que representa un 7.0%.

Los resultados de operación obtenidos en el proceso sustantivo de “Colocación de Créditos Hipotecarios del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte” durante el año 2011, son consecuencia de la incertidumbre generada por la crisis financiera acaecida en el orbe desde el año 2009 y que impactó fuertemente los mercados hipotecarios.

Particularmente en Costa Rica se observó una marcada disminución en el ritmo de colocación de créditos (sobre todo en los bancos públicos del Estado) y eso repercutió en el mercado local y por consiguiente en los créditos hipotecarios del RIVM. Adicionalmente, se tiene como referencia la encuesta realizada por la Universidad de Costa Rica de Confianza del Consumidor a noviembre 2011, que revela que un 57.4% de los encuestados (seleccionados mediante una muestra probabilística) indica que son malos tiempos para comprar casa, porcentaje que ha venido en aumento.

Este panorama fue relevante para la colocación de los créditos hipotecarios en el 2011, 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 N° 6, se detalla la colocación hipotecaria del IVM durante el año 2011, según rangos monetarios:

CUADRO N° 6
DISTRIBUCIÓN COLOCACIÓN DE CRÉDITOS HIPOTECARIOS IVM
POR RANGOS MONETARIOS
AÑO 2011 (MILLONES DE COLONES)

Rango Monetario	Monto colocado	Cantidad de casos	Porcentaje (S/Casos)
Menos de ¢10 Millones	464,5	70	29,80%
De ¢10.1 a ¢20 Millones	1.395.2	94	40,00%
De ¢20.1 a ¢30 Millones	877,1	36	15,30%
Más de ¢30 Millones	1.351.5	35	14,90%
Totales	4.088.3	235	100%

Fuente: Informes Mensuales Área de Crédito y Cobros, Diciembre 2011.

Del análisis del cuadro anterior, se desprende que el rango monetario más representativo dentro del proceso de colocación hipotecaria del año 2011, fue el comprendido entre ¢10.1 a ¢20 millones por un total de 94 operaciones hipotecarias (40% del total). Igualmente importante de destacar resulta el hecho de que el 85.1% del total de cré-

ditos hipotecarios IVM colocados durante el año 2011, 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”.

2. Colocación Hipotecaria del IVM año 2011, según ubicación geográfica

CUADRO N° 7
RÉGIMEN DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE
NÚMERO DE CRÉDITOS Y MONTOS APROBADOS POR PROVINCIA
AÑO 2011 (MILLONES DE COLONES)

Provincia	N° de Casos	Monto	Porcentaje
San José	118	1.981,8	48,50%
Cartago	31	577,1	14,10%
Heredia	29	576	14,10%
Alajuela	30	557,4	13,60%
Guanacaste	11	212	5,20%
Limón	9	93,8	2,30%
Puntarenas	7	90,2	2,20%
Total	235	4.088.3	100%

Fuente: Área de Crédito y Cobros, Enero 2012.

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

Dentro de este contexto, el Sistema de Préstamos Hipotecarios del IVM a través del tiempo y particularmente en el año 2011, ha concentrado el proceso de concesión de créditos hipotecarios principalmente en la gran área me-

tropolitana, siendo la provincia de San José la que ostenta la mayor concentración, por cuanto en el período en estudio se otorgaron un total de 118 operaciones crediticias por un monto de ₡1.981.8 millones, lo que representa el 48.5% del total.

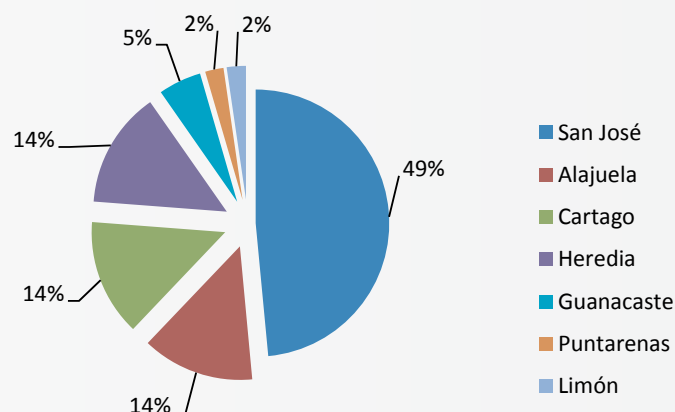
En segundo lugar en cuanto a colocación hipotecaria del IVM en el período en estudio, se colocó la provincia de Cartago con un total colocado de ₡577.1 millones, producto de 31 créditos aprobados.

La provincia de Heredia registró una colocación de ₡576.0 millones en 29 casos aprobados; Alajuela se posicionó como la cuarta provincia en cuanto a colocación con un total de ₡557.4 millones.

Las demás provincias registraron los siguientes resultados: Guanacaste ₡212.0 millones colocados en 11 casos aprobados; Limón concedió 9 casos para un total de ₡93.8 millones y Puntarenas con una colocación de ₡90.2 millones en 7 créditos aprobados.

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, mismo que se ilustra en el Gráfico N° 7.

GRÁFICO NO. 7
COLOCACIÓN DE CRÉDITOS HIPOTECARIOS POR PROVINCIA
PERIODO 2011



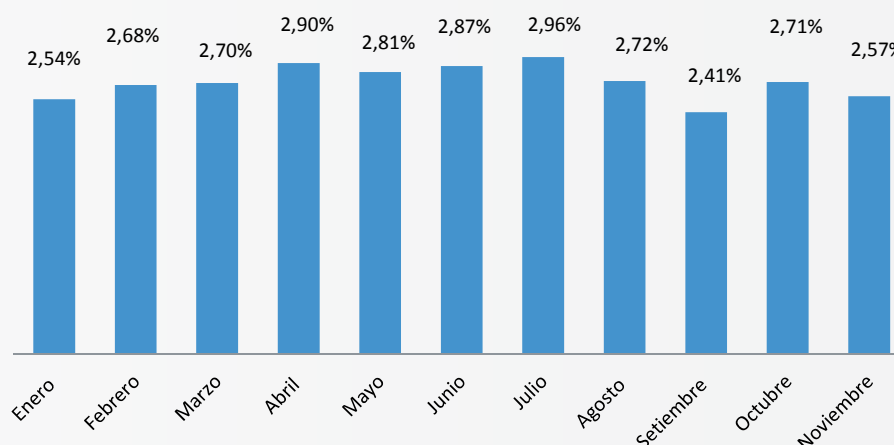
Fuente: Área de Crédito y Cobros, Enero 2012.

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 48.5% de la colocación del año 2011; le siguieron Heredia y Cartago ambas con un 14.1%; Alajuela con un 13.6%; Guanacaste con un 5.2% y las provincias de Puntarenas y Limón, que en ambos casos registraron un 2.2% y 2.3% del total de la colocación.

3. Morosidad de créditos hipotecarios IVM

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 N° 8, 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 en el siguiente gráfico.

GRÁFICO N° 8
COMPORTAMIENTO DE LA MOROSIDAD DE CRÉDITOS HIPOTECARIOS IVM
PERÍODO ENERO-NOVIEMBRE 2011
(TASA DE MOROSIDAD)



Fuente: Subárea Gestión de la Cobranza, Enero 2012.

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 2011, 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.

Cobertura contributiva

El cuadro siguiente muestra la cobertura contributiva de la población económicamente para el seguro de pensiones de forma mensual para el año 2011. En el mes de enero este indicador se encontraba en un 60.4% para finalizar en diciembre de este mismo año en 61.2%, lo cual representa un incremento de un 0.8%.

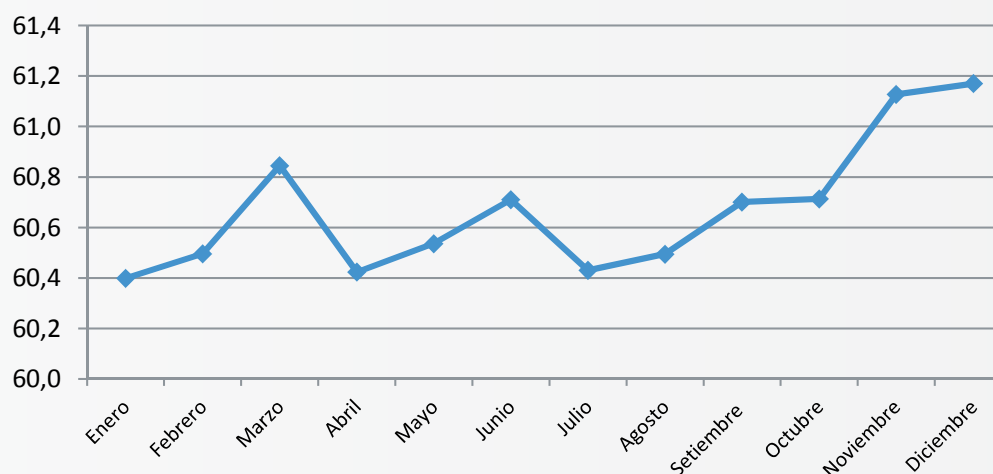
CUADRO N° 8
COBERTURA CONTRIBUTIVA DE LA PEA PARA EL SEGURO DE PENSIONES
DATOS MENSUALES, 2011

Mes	Seguro de Pensiones
Enero	60,4
Febrero	60,5
Marzo	60,8
Abril	60,4
Mayo	60,5
Junio	60,7
Julio	60,4
Agosto	60,5
Setiembre	60,7
Octubre	60,7
Noviembre	61,1
Diciembre	61,2

Fuente: Dirección Actuarial y Económica. Área de Estadística.

La tendencia de este indicador puede observarse más claramente en el siguiente gráfico, aunque existe un aumento en la cobertura también se dan disminuciones de un mes a otro, sin embargo se mantiene entre el rango del 60.4% al 61.2%.

GRÁFICO N° 9
COBERTURA CONTRIBUTIVA DE LA PEA PARA EL SEGURO DE PENSIONES DATOS
MENSUALES, 2011



Fuente: Dirección Actuarial y Económico. Área de Estadística.

Régimen No Contributivo

El Programa Régimen No Contributivo por Monto Básico cerró el año 2011 con un total de pensiones ordinarias acumuladas al mes de diciembre 2011, es de 89.982, lo que representa un crecimiento de 2,7% en este año. Con respecto a la Ley 8 769 el total de pensionados para este mismo mes es de 2815, lo cual representa un crecimiento del 10.1%, monto muy significativo si se compara con las tasas de crecimiento de años anteriores. Ambos programas tienen un total de pensionados de 92 797 personas, cantidad que se mantiene en aumento desde el año 2007.

CUADRO NO. 9
RÉGIMEN NO CONTRIBUTIVO NÚMERO DE PENSIONES ORDINARIAS Y PCP
PERÍODO 2001-2011
ACUMULADO AL 31 DE DICIEMBRE DE CADA AÑO

Período	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	-0,5%	79.238
2005	74.219	-3,4%	2.405	-1,2%	76.624
2006	73.146	-1,4%	2.398	-0,3%	75.544
2007	74.779	2,2%	2.406	0,3%	77.185
2008	79.005	5,7%	2.414	0,3%	81.419
2009	83.438	5,6%	2.446	1,3%	85.884
2010	87.654	5,1%	2.557	4,5%	90.211
2011	89.982	2,7%	2.815	10,1%	92.797

Fuente: Informe del RNC al 31 de diciembre 2011, Área Régimen No Contributivo.



Capítulo IX

En busca de la eficiencia, el control y la transparencia



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 gestión¹, razón por la cual las áreas de Auditoría que conforman este órgano de control, han enfocado sus actividades a desarrollar acciones efectivas de evaluación ex-ante, durante y ex-post, en materia de contratación, abastecimiento, infraestructura, equipamiento, financiero-contable, inversiones, pensiones, tecnologías de información y comunicaciones, entre otros temas, así como la verificación de la gestión estratégica y operativa de los servicios de salud, las sucursales y demás unidades locales de la institución, según se presenta a continuación:

Área de Servicios Financieros

Durante el año 2011, el Área Servicios Financieros, dirigió sus esfuerzos, hacia la evaluación de los ingresos y la sostenibilidad económica y financiera de la Institución. Se realizaron intervenciones que permitieron asesorar a la administración en relación con los controles relevantes que tiene la Institución, con respecto a los principales riesgos y si estos controles son adecuados y eficaces, para determinar el cumplimiento estricto a las Normas de Información Financiera, el sistema de control interno en su ámbito de competencia y demás políticas y normativas establecidas.

¹ Manual de Organización de la Auditoría Interna, Diciembre 2007.

Revisados los estados financieros dictaminados por la Auditoría Externa, se pudo observar que dichos profesionales dan una “opinión calificada”, basándose en que existen diversas cuentas por cobrar por concepto de cuotas obrero patronales, que muestran una antigüedad considerable y, que demanda realizar un estudio del deterioro por incobrabilidad de estas cuentas, para así tener una certeza de la suficiencia de la estimación.

Se hizo ver la necesidad, que la administración proponga medidas para ordenar, mantener y controlar el equilibrio financiero, necesario para garantizar el uso adecuado de sus recursos, que permitan satisfacer las necesidades de los asegurados de este Régimen de Salud, evitando los déficit de caja y las pérdidas de operación, buscando en todo momento la capitalización de utilidades que le permitan cubrir excesos de gastos sobre ingresos en aquellos períodos de crisis para la entidad.

El análisis realizado al comportamiento de los ingresos y egresos del Seguro de Salud, desde la perspectiva presupuestaria y flujo de efectivo por el período 2007 - 2011, determinó un deterioro en la situación financiera del Seguro de Salud durante el período 2007-2010, situación ampliamente explicada y analizada en diferentes informes y oficios de advertencia, los cuales originaron la “Política de aprovechamiento racional de los Recursos Financieros de la Caja Costarricense de Seguro Social”.

Sin embargo, los resultados mostrados por el comportamiento de los ingresos y gastos al 30 de setiembre 2011 y las proyecciones previstas para el final del año, muestran una mejoría en el comportamiento de los ingresos y una reducción en los egresos, lo cual podría originarse en la aplicación de las medidas propiciadas por la política de aprovechamiento racional de los recursos financieros, los aportes extraordinarios del Estado producto de los convenios firmados durante el 2011, o de una subejecución del presupuesto institucional producto de la falta de liquidez del flujo de efectivo.



Como parte de la estrategia institucional de acercar los servicios a la población, especialmente, en las zonas más alejadas de San José, la CCSS inauguró una nueva sede de Ebais en el cantón de Los Chiles.

Se recomiendan una serie de medidas tendientes a mejorar la recaudación, en especial las contribuciones del Sector Privado y los aportes extraordinarios producto de la deuda del Estado por la atención de indigentes, así como una metodología de evaluación por medio de la aprobación de una estructura de gastos, que permita medir el comportamiento de los egresos en cada una de las dependencias de la Caja y así conocer dónde se deben de priorizar los recursos financieros.

La responsabilidad sobre el Sistema de Información Financiera de la Caja recae en la Gerencia Financiera, que debe velar por la estabilidad y sostenibilidad económica y financiera de la institución en materia del Seguro de Salud y proporcionar información oportuna y confiable sobre la situación financiera de los Seguros de Salud y Pensiones así como la información que sirva de base para la toma de decisiones.



Se destaca el estudio integral sobre el proceso de facturación, registro y cobro de la deuda del Estado, en el cual se evidenciaron debilidades de control interno en el procesamiento de la información financiera, ausencia de controles adecuados y suficientes que favorezcan la integridad y exactitud del registro tanto de la facturación de las cuentas por cobrar al Estado como de la propia recuperación de los recursos. Estos aspectos hacen que los montos negociados en los convenios y los registrados presenten inconsistencias y errores que amerita una revisión y conciliación con el fin de depurar los datos que permita disponer de información confiable y de calidad en los mayores y balances del Seguro de Salud; lo cual aumenta el riesgo de no revelarse adecuadamente información financiera y contable, para la toma de decisiones del nivel superior.

Por otra parte, se evidenció la falta de control sobre los ingresos al Seguro de Salud provenientes de la contribución tripartita de la población pensionada. Esto por cuanto en los estados financieros de la institución no se puede determinar a cuánto asciende lo ingresado al SEM, por concepto del aporte de los fondos de pensiones, del propio pensionado y la parte que le corresponde al Estado como tal; dado que todo se registra en las cuentas de ingresos de las cuotas obrero patronales de la población trabajadora.

En cuanto a la Gerencia de Pensiones, se dieron varios criterios a la reciente modificación reglamentaria que fue objeto el Reglamento de Inversiones del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte en marzo 2011, en cuanto a los temas relacionados con la deuda subordinada; la eliminación del 100% de garantía estatal en los instrumentos empresas públicas no financieras; sobre la incorporación de los nuevos miembros en los Comités de Inversiones; lo cual fue acogido por la Junta Directiva CCSS, quien aprueba una nueva modificación al supracitado reglamento, propiamente al artículo 4º, incisos c) y d), así como la incorporación de los incisos f) y g); además, reforma el artículo 12, inciso b) e incluye el inciso g) al artículo 19, lo cual asiente garantizar una mayor protección a las nuevas colocaciones.

Por su parte, en una reciente evaluación relacionada con el registro contable de las Inversiones en Títulos Valores del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, se determinó deficiencias en los sistemas asociados con el registro y control contable, en principio en cuanto a que el efecto contable que genera la valoración a precio de mercado de dicha cartera, no se registra en los estados financieros del fondo; asimismo, se determinó un retraso en la aprobación e implementación de la metodología para el cálculo de la amortización de primas y descuentos por medio del método de tasa de interés efectivo.

El ingreso por cuotas obrero patronales se constituye en el pilar económico sobre el que descansa la seguridad social, las secuelas de la crisis económica no se han hecho esperar, producto de lo anterior lo constituye el crecimiento en la morosidad patronal en todas las actividades económicas remuneradas del país, lo cual se refleja en una sensible disminución de los recursos económicos de la CAJA. Esa situación quedó evidenciada en las evaluaciones de morosidad y gestión cobratoria realizadas durante el 2011, a las actividades relacionadas con el servicio



de transporte público de personas por vía terrestre y la actividad hotelera. En ambas evaluaciones se evidenció el desmejoramiento de la deuda, producto del impacto de la crisis económica, situación que se conjuga con la carencia de controles en la gestión de cobro administrativo y judicial.

Área Servicios de Salud

Esta Área es responsable de la fiscalización de la prestación de los servicios de salud a la población, su gestión técnica se orienta a dirigir, supervisar, controlar y evaluar las actividades y funciones sustantivas, asignadas a partir de las políticas, la normativa vigente, el plan operativo, el presupuesto, los procesos de trabajo, prioridades, sistemas de información, análisis de resultados, instrucciones del nivel superior, entre otros aspectos, con el propósito de detectar desviaciones y corregirlas con oportunidad en aras de la eficiencia y eficacia en el desarrollo de la gestión.

En el período 2011, se trasladaron a la administración activa informes que refieren a diversos temas, entre ellos:

Se realizaron evaluaciones en diferentes áreas de salud con el propósito de comprobar la atención de la morbilidad, la accesibilidad y oportunidad de los servicios, el desarrollo de los procesos y las condiciones de la infraestructura y equipamiento, entre otros,

De forma integral se realizó un análisis tanto de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud como de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud. Se revisaron políticas lineamientos y de manera especial la planificación y rendición de cuentas.

Mediante pruebas selectivas se brindó seguimiento a las becas otorgadas a fin comprobar la congruencia de las funciones que desempeñan en la actualidad los funcionarios con la formación y capacitación recibida.

Se verificaron las etapas de los proyectos de infraestructura y equipamiento, según portafolio, de manera especial al proyecto de la Red Oncológica Nacional, compra de equipos, estudios de factibilidad y prefactibilidad entre otros aspectos.

Las evaluaciones integrales consideraron las especialidades de vascular periférico, odontología, neurocirugía y sicología. Los estudios en su alcance se refieren a políticas, sistemas de referencia y contra referencia, recursos humanos, producción, infraestructura, equipamiento, y sistemas de información.

Desde el 2007, la Auditoría realiza estudios sobre la gestión de los titulares de los centros asistenciales y en el presente período correspondió a los hospitales de San Vito, CENARE, Blanco Cervantes y Nacional Siquiátrico. Se

han analizado aspectos que corresponden al desarrollo de las herramientas administrativas de planificación, Compromiso de Gestión, control de producción, recursos humanos, planta física, equipamiento, manejo de desechos, aprovisionamiento, contraloría de servicios y otros.

En lo que corresponde a los servicios médicos se abordaron los siguientes temas:

Específicamente, se analizó la efectividad de algunos fármacos que ofrece la institución, la custodia, control y prescripción de estupefacientes, antibióticos y neoplásicos. Así también en forma integral se evaluaron las Farmacias de los hospitales Dr. Max Peralta y Enrique Baltodano Briceño.

En lo que corresponde a inventarios se visitaron 25 centros asistenciales para verificar las existencias de medicamentos en condición de vencidos y próximos a vencer.

En el primer nivel y concordante con períodos anteriores, donde se ha evaluado la gestión de enfermería, correspondió en esta oportunidad, revisar la gestión de los ATAP, los recursos disponibles y el proceso, de conformidad con el modelo de atención.

Las evaluaciones corresponden a la prestación de servicios en el primer nivel de atención, brindados por medio de COPESAIN Y COPESANA. Los estudios consideraron aspectos de oportunidad de atención, formas de adscripción, cumplimiento de condiciones cartelarias, infraestructura, equipos, recursos disponibles, habilitación, entre otros.

Con el propósito de verificar la prestación de los servicios, se procedió a visitar 20 centros asistenciales, recorriendo las instalaciones y observando el confort y trato a los usuarios. En lo que corresponde a infraestructura se observó las condiciones de pintura, orden y aseo. Además se emitieron un total de 42 advertencias sobre aspectos relevantes y de atención oportuna para la administración.



La Caja Costarricense de Seguro Social inauguró la sede del Equipo Básico de Atención Integral Salud (EBAIS), en la comunidad indígena de Amubri, como parte del fortalecimiento de la prestación de servicios en Limón.

Área Servicios Administrativos, Abastecimiento e Infraestructura

El Área de Servicios Administrativos, Abastecimiento e Infraestructura, de conformidad con el Plan Anual Operativo, durante el 2011, efectuó importantes evaluaciones sobre temas estratégicos, relativos a la contratación administrativa, edificación de obra pública, equipamiento médico, gestión de otorgamiento de pensiones, así como en relación con las actividades de inspección y cobros.

En materia de contratación administrativa, el estudio efectuado relativo a las prácticas, procesos y normativa interna relativa a la ejecución y cierre de las contrataciones evi-



denció la necesidad de desarrollar una cultura dirigida a la aplicación de las herramientas que brinda la administración de proyectos, lo cual permitirá alcanzar un mejor aprovechamiento de los recursos y oportunidad en la gestión.

Particularmente, importante lo constituye la determinación y análisis de riesgos, se requiere mejorar las habilidades e instrumentos que permitan identificar qué aspectos afectan o pueden afectar el desempeño de las tareas de manera que estos puedan ser mitigados.

Relacionado con esta temática, se realizaron evaluaciones de proyectos de inversión de obra pública, las cuales revelan que debe continuarse el fortalecimiento de las actividades de supervisión, para garantizar el cumplimiento de los compromisos que competen a los contratistas, y los aspectos reglamentarios definidos por el Colegio Federado de Ingenieros y Arquitectos de Costa Rica.

Estos estudios además, evidencian la necesidad de mejorar las etapas de iniciales de los proyectos, mediante la apropiada elaboración de los estudios de anteproyecto, pre factibilidad, factibilidad, programa funcional, la oportunidad en el cumplimiento de los cronogramas de trabajo en los proyectos de construcción, dando particular relevancia a la formulación del presupuesto.

En cuanto a los procesos de equipamiento institucional, esta área implementó estudios a través de los cuales, se observó que debe perfeccionarse la planificación de la adquisición de equipamiento médico, de manera que esté debidamente sustentada en las necesidades de los usuarios, y se programen oportunamente los recursos presupuestarios y humanos para su mantenimiento y utilización.

Otra área susceptible de mejora lo constituye la relativa al cumplimiento de los cronogramas de los proyectos, determinándose, que existen desfases entre los plazos programados y los realmente ejecutados, siendo el proceso de contratación una de las etapas que requieren ser optimizadas, para evitar la inoportunidad de la gestión.

Se observó además, que la administración debe garantizar la apropiada identificación, plaqueo, y registro contable de los activos, para evitar la exposición a diversos riesgos, entre ellos, posibles pérdidas ante la falta de controles.

Otra temática que fue desarrollada por esta Área, corresponde a los inventarios de insumos, siendo relevante en esta materia, que la administración analice los aspectos (planificación, gestión, directrices para despacho de productos, control del consumo, exclusión de medicamentos y modificaciones en los tratamientos médicos, que podrían estar generando pérdidas por vencimientos.

En este orden de ideas, los análisis demuestran que deben mejorarse las condiciones de seguridad de las bodegas en las cuales se custodian los insumos, para evitar eventuales sustracciones en detrimento del patrimonio institucional.



En lo que respecta a la gestión de otorgamiento de pensiones, se determinó la conveniencia de efectuar adecuados análisis de pre factibilidad y factibilidad para evaluar las diferentes alternativas de organización de la Gerencia de Pensiones, de manera que se logre mejorar la resolutivez en el otorgamiento de estos beneficios, tanto en el ámbito del nivel central como regional.

Consecuente con lo anterior, el análisis de la gestión y oportunidad en el trámite de los recursos de apelación de invalidez, vejez y muerte, demuestra que se requiere su fortalecimiento. Se observó que la administración debe mejorar en cuanto a su capacidad para atender ágilmente la cantidad de recursos que se reciben. Igualmente el análisis ejecutado muestra que se requiere particular análisis de los plazos utilizados por la administración para la ejecución y emisión de los informes de trabajo social.

En este sentido, la inoportunidad en la atención de los recursos suscita, no solo afectación a los interesados al no otorgarse una pronta respuesta, sino que puede generar daño a la imagen de la institución, así como el riesgo de que eventualmente sean presentados procesos judiciales contra la Caja.

Asimismo en esta materia, se indicó que conviene, en el caso de las pensiones de parálisis cerebral profunda y otras discapacidades, la ejecución de seguimientos que permita verificar el impacto en el otorgamiento de la pensión, valorando cambios en la situación económica del beneficiario, así como para detectar si los ingresos de la pensión se emplean en la atención del pensionado.

En cuanto a la gestión de inspección, los análisis realizados muestran que debe otorgarse particular atención a las actividades de inscripción patronal, desde que inicia el proceso (presentación de requisitos por el patrono), hasta el establecimiento de los resultados de la investigación mediante la elaboración del Informe de Inspección.

En particular debe fortalecerse la labor de análisis que ejecuta el Inspector, la profundidad y evidencia de la labor de campo e indagación que realiza, y la elaboración del Informe de Inspección, mediante el cual se plasman los resultados y constituye el producto final de su investigación.

La Gerencia Financiera mediante sus Direcciones rectoras en materia de cobros e inspección, así como a través de sus cinco direcciones regionales de sucursales a nivel nacional, ha impulsado la ejecución de los procesos de responsabilidad solidaria, fraude de simulación, para hacerle frente a la evasión, así como disminuir la morosidad patronal a través de los procesos de cierre de negocios por mora, y retención indebida, sin embargo, es necesario el desarrollo de planteamientos estratégicos así como el análisis sobre el impacto en la gestión de estas herramientas.

En lo relativo a las actividades de recursos humanos en la institución, revisten de una gran importancia, sobre este particular los estudios elaborados en el 2011, han evidenciado la necesidad de fortalecer las labores de supervi-

sión y monitoreo de las actividades que ejecutan las oficinas de recursos humanos, considerándose áreas susceptibles de mejora las relativas a la ejecución de procesos de reclutamiento y selección para primeros nombramientos y ascensos interinos.

Asimismo, se determinó la importancia de desarrollar e implementar un modelo de desempeño laboral, basado en el establecimiento de metas individuales y grupales e indicadores de producción de los funcionarios de la Institución.

En materia de contratación administrativa, el estudio efectuado relativo a las prácticas, procesos y normativa interna, relativa a la ejecución y cierre de las contrataciones, evidenció la necesidad de desarrollar una cultura dirigida a la aplicación de las herramientas que brinda la administración de proyectos, lo cual permitirá alcanzar un mejor aprovechamiento de los recursos y oportunidad en la gestión.

En cuanto a los procesos de equipamiento institucional, esta área implementó estudios a través de los cuales se observó la necesidad de perfeccionar la planificación de la adquisición de equipo médico, de manera que esté debidamente sustentada en las necesidades de los usuarios, y se programen oportunamente los recursos presupuestarios y humanos para su mantenimiento y utilización.

Otra área susceptible de mejora, lo constituye, la relativa al cumplimiento de los cronogramas de los proyectos de equipamiento, determinándose, que existe desfases entre los plazos programados y los realmente ejecutados, siendo el proceso de contratación una de las etapas que requieren ser optimizadas.

Se observó además, que la administración debe garantizar la apropiada identificación, plaqueo y registro contable de los activos, para evitar la exposición al riesgo.



Cientos de asegurados participaron en las elecciones de las Juntas de Salud, las cuales se llevaron a cabo el 5 de octubre del 2011 y se eligieron alrededor de 138 órganos de participación social.

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 2011 definió actividades orientadas a fiscalizar y asesorar a la Administración en los procesos institucionales relacionados con la gestión de las tecnologías de información, en las cuales descansa la ejecución de las operaciones aportándoles mecanismos para mejorar la eficiencia y eficacia aplicadas.

Se desarrollaron evaluaciones orientadas a la revisión de unidades que desempeñan labores tácticas importantes en el tema de la gestión institucional de tecnologías de información, tales como el Área de Ingeniería en Sistemas y el Área de Soporte Técnico adscritas a la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones, las cuales



tienen a su cargo el mantenimiento y desarrollo de aplicaciones organizacionales, así como la correcta operación de la plataforma tecnológica central según las necesidades respectivas.

Se evidenció que estas unidades pueden ser fortalecidas, según lo dispuesto para ellas en el Manual de Organización de la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones, en aspectos específicos tales como la implementación de métricas que permitan brindar parámetros a través de los cuales pueda monitorearse la gestión en aras de garantizar mejora continua de las labores operativas designadas, las cuales proyectan mediante las aplicaciones y servicios desarrollados, facilidades en la atención de los usuarios, la instauración de mecanismos que faciliten los procesos de rendición de cuentas a instancias superiores, así como el perfeccionamiento del sistema de control interno institucional.

En el tema de sistemas de información se evaluó el Sistema de Contabilidad de Bienes Muebles, en donde se determinó oportunidades de mejora que puede generar grandes beneficios a la Institución en temas de control, relacionado a mejoras en el Sistema que facilite la gestión de los activos en condición de faltante, su fiscalización, control y seguimiento oportuno, igualmente con los retiros y reparaciones de los equipos, que pueden generar indicadores para la toma de decisiones enfocados en el adecuado mantenimiento y uso de los equipos. Adicionalmente, se localizaron debilidades en la identificación, registro y gestión de las donaciones y en la seguridad lógica del sistema.

Sobre la gestión de la automatización de la facturación generada producto de los servicios brindados en la atención de accidentes de tránsito y riesgos laborales, se abordaron temas tales como la estandarización de los procesos por automatizar a nivel institucional, la implementación de mecanismos que permitan dar monitoreo y seguimiento a los requerimientos solicitados por parte del comité de usuarios y la documentación generada por las partes técnicas y administrativas, lo anterior dado que el desarrollo del sistema para la facturación de los riesgos excluidos se había abordado con un enfoque de requerimiento y no de proyecto.

Respecto de la gestión de datos estadísticos sobre los egresos hospitalarios a nivel institucional, se señalaron aspectos relativos a la necesidad de brindar monitoreo y mantenimiento al Sistema Egresos de los Servicios de Salud (SESS) y su correspondiente base de datos, así como implementar las diferentes medidas de seguridad lógica, tendientes a brindar integridad de la información ingresada y obtenida a través del SESS y administrada por los motores de bases de datos, además, se abordaron temas sobre la existencia de enlaces telemáticos entre los niveles locales y el central, así como la generación de estadísticas sobre los egresos hospitalarios y la estandarización en cuanto a las versiones instaladas del SESS, en los diferentes centros hospitalarios y el nivel central.

Se efectuó evaluación referente a la integración de las bases de datos de entidades externas a los sistemas de información de la Caja Costarricense de Seguro Social, donde evidenció que la institución no dispone de un li-

neamiento que regule los intercambios de información entre entidades, la ausencia o atraso en la ejecución de convenios de cooperación interinstitucional en esta temática, además del empleo de mecanismo manuales para la carga y traslado de los datos proporcionados algunos entes externos (Tribunal Supremo de Elecciones, Registro Nacional, FODESAF).

En revisión de la gestión del licenciamiento adquirido a nivel institucional, se identificó debilidades en la cobertura del licenciamiento ofimático, la ausencia de perfiles de usuario que permitan orientar los procesos de planificación, distribución y control del software adquirido, además de oportunidades de mejora en utilización de herramientas de software libre como alternativa a soluciones propietarias, la utilización y aprovechamiento de soluciones como el System Center Configuration Manager (SCCM) para la gestión del inventario en software y el aporte brindado por la “Herramienta de Colaboración con CGI’s y la STIC” a la administración de estos componentes tanto en el nivel central como local.

En cuanto al Antivirus Institucional, se evidenció que pese a los esfuerzo de la institución en el desarrollo de políticas, estándares y procedimientos en el tema de seguridad, siguen manifestándose debilidades que pueden comprometer a la institución. Entre ellos, no se identificó un papel protagónico del Área o Sub Área que administre y controle el tema de las licencias, la carencia de estrategias para asegurar la instalación del antivirus institucionalmente, debilidades en la divulgación, cumplimiento pero sobre todo, la oportunidad de la comunicación con los centros de gestión informática, así como la falta de el monitoreo y las pruebas periódicas que permitan identificar y anticipar acciones correctivas para mitigar los riesgos son parte esencial del proceso.

Referente a la administración y control del Anillo de Conectividad Inalámbrico Institucional, se evidenció debilidades en el estudio de factibilidad y análisis de prerequisites del proyecto asociado a esta solución informática; además de oportunidades de mejora en lo correspondiente al monitoreo NOC, el control de acceso en los sitios, el control y custodia de activos, las labores de mantenimiento preventivo y correctivo ejecutadas por la empresa adjudicada, y el registro contable de los equipos en el Sistema Contabilidad Bienes Muebles y Suministros (SCBM).

En torno a los mecanismos para la administración de planes de continuidad de tecnologías de información y comunicaciones, se abarcaron puntos concretos tales como la implementación de la herramienta informática destinada para la administración de los planes de continuidad en tecnologías de información y comunicaciones, además de la inexistencia de un mecanismo oficial para la administración y gestión de incidencias reportadas por los CGI gerenciales, regionales y locales al nivel central, así como las incongruencias entre la información solicitada por el Sistema Administración de Planes de Continuidad y Respallos versus la información requerida en la plantillas del Manual para la Elaboración de Planes de Continuidad en Tecnologías de Información y Comunicaciones, los mecanismos de evaluación para los planes de continuidad ela-



Durante el 2011, la CCSS impulsó diversas campañas tendientes a sensibilizar a la población sobre la urgencia de involucrarse en la lucha contra el dengue, entre ellas la isla de Chirra.



borados por los diferentes CGI y la inexistencia de un comité de usuarios el cual avale, priorice y revise todas las solicitudes entorno al sistema SAPC.

En el tema de compras electrónicas, la presente evaluación se determinó que la institución no dispone de un lineamiento claro que permita conocer la estrategia a seguir en torno a la automatización de las compras que se realizan en las diversas unidades, pese a que actualmente se están analizando opciones orientadas a esa gestión. De ahí que la Caja no posee una herramienta aprobada e implementada que le permita realizar compras electrónicas. Sin embargo, se evidenció que con el fin de modernizar el modelo de compras se han valorado iniciativas como Compra Red implementado por el Ministerio de Hacienda, y actualmente, la herramienta Mer-link a cargo de la Secretaría Técnica de Gobierno Digital - ICE, para su eventual utilización, gestión que debe ser fortalecida con el propósito de seleccionar la alternativa que se ajuste mejor a los requerimientos institucionales.

Mediante la evaluación realizada sobre la implementación de los centros de llamadas en los establecimientos de salud, se abordaron aspectos tales como la falta de un marco regulatorio el cual establezca los procedimientos y mecanismos mínimos que se deben de implementar para brindar un monitoreo, control y supervisión de las actividades realizadas en los centros de llamadas, así mismo, sobre la ausencia de indicadores que brinden información sobre el impacto que estos centros de llamadas han generado en la gestión de citas médicas. Por otro lado se abarcaron temas como programas de capacitación los cuales contemplen temas relativos a los centros de llamadas y sobre el respaldo de la implementación de esta estrategia local por parte de la Institucional.

Finalmente, en el tema de la continuidad de negocio se determinó oportunidades de mejora en su gestión tales como la falta de una estrategia integral para la gestión de la continuidad de negocio por cuanto no se genera adecuada asociación y coordinación entre todos los esfuerzos que se llevan a cabo en la institución, orientados a velar por la prevención, protección y recuperación ante eventos de interrupción o desastre.

Área Gestión Operativa

El Área Gestión Operativa, durante el 2011, llevó a cabo evaluaciones donde se realizaron aportes para propiciar el fortalecimiento de la seguridad social.

El primer nivel de atención cumple una labor fundamental en el sistema de salud de país, se realizaron diversos estudios que evidenciaron la importancia de fortalecer las estrategias de captación, detección, seguimiento y control de enfermedades como actividades de prevención y la participación, educación y comunicación social, dentro del componente de Promoción de la Salud, enfatizando en la necesidad de impulsar temas relacionados con la salud

sexual y reproductiva, alimentación saludable, actividad física y recreativa, salud buco dental y mental, ambientes libres de humo, hábitos de higiene, protocolo de lavado de manos y del estornudo, entre otros, como ejes temáticos que respondan a la atención de las principales causas de morbilidad y mortalidad de la población, para el ello, el Análisis de Situación de Salud (ASIS) constituye un instrumento valioso en la gestión de la salud local.

El sistema de abastecimiento y suministro de medicamentos institucional es la base para el adecuado funcionamiento de las farmacias de los establecimientos de salud de la Caja, la cual representó para el presupuesto del 2011 más de ¢90 mil millones. Se ha enfatizado en la necesidad de asegurar la continuidad y eficiencia de la gestión de adquisiciones, donde la constante deber ser la modernización de los instrumentos aplicados en los procesos de planificación, programación, ejecución de la compra, almacenamiento, distribución y aprovisionamiento de los medicamentos a los servicios de farmacia.

Se ha estudiado el tema de compra medicamentos, a nivel central y hospitalario, con el fin de procurar, mediante un diagnóstico amplio, identificar aquellos procedimientos dentro de las diferentes fases de la cadena de abastecimiento que requieren ser mejorados y su impacto dentro del proceso, con énfasis en las condiciones mínimas necesarias para una adecuada planificación, rigurosos procesos de revisión y formulación del cartel, estudios de razonabilidad de precios y un transparente proceso de invitación a la mayor cantidad de proveedores, que asegure satisfacer las necesidades institucionales de fármacos.

En relación con incapacidades, se ha evidenciado la necesidad de mejorar los sistemas de control interno institucional en materia de incapacidades, durante este año se detectaron actos irregulares en el cobro de los subsidios, que fueron comunicados al Ministerio Público, mediante tres denuncias penales, donde se implicó a 90 personas por una afectación patrimonial de ¢54,000,000.00, relacionados a incapacidades otorgadas mediante el IAFA, así como la colaboración al OIJ en el tema de las incapacidades realizadas en el sistema de cooperativas, donde se determinaron anomalías en incapacidades otorgadas, cuya afectación se estima en más de ¢166,000,000.00.

Se ha evidenciado la necesidad de fortalecer los controles mediante un abordaje integral, analizando las incidencias por incapacidades, tanto de los funcionarios de la institución, como de los asegurados del sector público y privado, de tal forma que se brinde un seguimiento a los indicadores; personas que presentan mayor otorgamiento de incapacidades, patologías, montos erogados por subsidio, días otorgados por médico, entre otros.

Las Comisiones Locales de Incapacidades, deben asumir un papel protagónico y activo que alerten acerca de cualquier desviación a los procedimientos de control



Especialistas y médicos generales de la Caja Costarricense de Seguro Social, se desplazaron el 5 de abril del 2011, a la isla de Chirra, con el propósito de atender las necesidades más apremiantes de salud de esa comunidad insular. Se ofrecieron consultas de diversas especialidades entre ellas: oftalmología, cirugía, odontología, dermatología y medicina general.

interno, o conductas que conlleven a incumplimientos de requisitos técnicos y legales en el otorgamiento de este subsidio. Las recomendaciones de la Auditoría y las acciones ejecutadas de la Administración han generado una reducción de ¢7,500,000,000.00 en los gastos por este concepto.

Por otra parte, los estudios sobre salas de cirugía en hospitales periféricos y regionales, evidenciaron la necesidad de mejorar su resolutiveidad, con el propósito de disminuir la lista de espera en los procedimientos quirúrgicos. Adicionalmente, que mediante un proceso gradual y efectivo se recupere las salas de cirugía, se renueve el equipo y se disponga del personal especializado.

Se ha informado de la conveniencia de efectuar un abordaje integral enfocado en dos aspectos fundamentales, establecer un marco normativo que sea suficiente y pertinente para regular los procedimientos médicos y organizacionales y el segundo aspecto es definir un nuevo modelo de pago que esté acorde a la situación financiera de la institución, sin afectar los derechos de los funcionarios, pero que sea capaz de generar eficiencia en la prestación de los servicios de salud.

En los Servicios de Ingeniería y Mantenimiento se ha reflejado que deben de fortalecer la gestión administrativa en aspectos como: planificación, programación, organización, supervisión, producción y coordinación, a fin de mantener una adecuada conservación y mantenimiento de la infraestructura y equipo de los centros médicos, favoreciendo de esta manera los requerimientos de los diferentes Servicios del establecimiento médico.

Persiste un desequilibrio entre el crecimiento en infraestructura y equipamiento y la profesionalización de la gestión de su mantenimiento, que eleva los riesgos de disminuir la vida útil del patrimonio institucional nuevo, y que aumenta las posibilidades de que se presente un ciclo de deterioro. Entre las oportunidades de mejora en la gestión de conservación de infraestructura y equipo, se ha sugerido fortalecer los controles de las labores técnicas, implementar planes para disminuir la cantidad de órdenes de mantenimiento acumuladas por años, implementar sistemas informáticos institucionales con seguridad e interconectados con los demás servicios de cada centro de salud para disminuir la duplicación de las solicitudes de órdenes de trabajo, cambios en la cultura organizacional, capacitación, coordinación interdepartamental entre los servicios encargados de los procesos de adquisición de materiales constructivos para agilizar las compras de insumos oportunamente.

La labor desarrollada por el cuerpo de Inspectores de Leyes y Reglamentos constituye uno de los pilares fundamentales para la captación de recursos económicos, los estudios de auditoría se han enfocado fiscalizar las acciones relacionadas con disminuir la evasión patronal y de Trabajadores Independientes e incrementar la cobertura contributiva de trabajadores asalariados, atención oportuna de casos de inspección, la mejora



La Presidenta de la República, licenciada Laura Chinchilla Miranda, fue testigo de honor de la adquisición del terreno para la construcción del área de salud Alajuela.

continúa en la obtención de la prueba que respalda los informes que elaboran los Inspectores de Leyes y Reglamentos, acompañada de una gestión de cobro eficiente, oportuna y rigurosa, que permita la recuperación de los adeudos y la disminución de la morosidad acumulada.

Durante el presente año se presentó la preocupación de no disponerse mediante el fondo rotatorio, de los recursos económicos suficientes para cancelar las deudas contraídas con los proveedores, lo cual expuso en riesgo la operación normal de algunos servicios, por lo que se determinó que la institución registraba un endeudamiento de ¢23 mil millones al 2 de febrero del 2011. Posteriormente, a las acciones llevadas a cabo por la Auditoría de Gestión Operativa y la Administración activa, al 23 de marzo del 2011, se presentó una reducción de ¢10 mil millones en la deuda adquirida con los proveedores, dado que a esa fecha se registraba una deuda total de ¢13 mil millones.

El objetivo del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, se circunscribe a brindar seguridad a los trabajadores del país, al cesar su vida productiva por razones ya sea de jubilación, pérdida de su capacidad física y mental o muerte del asegurado directo, para lo cual la pensión se distribuye entre los beneficiarios del causante. Los resultados de las evaluaciones evidenciaron la necesidad de mejorar la oportunidad en la resolución de pensiones de invalidez, subsanar debilidades de control en el análisis de las solicitudes, conveniencia de fortalecer la comunicación y coordinación entre las Sucursales evaluadas y los Centros Hospitalarios encargados de entregar los protocolos para referir posibles beneficiarios a pensión por invalidez y necesidad de desarrollar actividades de capacitación dirigidas al personal de pensiones.

En relación con el programa del Régimen No Contributivo de Pensiones por Monto Básico, el cual se fundamenta en la esperanza para mejorar la calidad de vida del costarricense, y que busca favorecer a las clases más desprotegidas del país, con prioridad hacia el adulto mayor, se han realizado diversos estudios tendientes a buscar que este programa posea una estructura debidamente establecida, de tal forma que los recursos asignados se

orienten a beneficiar a una mayor cantidad de personas que se encuentran dentro de los rangos de pobreza y pobreza extrema. Entre los aspectos recomendados están: que las Unidades establezcan metodologías para determinar los tiempos que tarda un expediente en los distintos procesos (Comisiones de Calificación de la Invalidez, Comisión de Apelaciones, en el Área de Trabajo Social, en la Sucursal respectiva, etc.). Asimismo, a las Direcciones Regionales de Sucursales para que establezcan estrategias, con el fin de disminuir los pendientes de solicitudes existentes en las Unidades.



Un moderno servicio de Patología fue inaugurado en el Hospital de las Mujeres.

Subárea Gestión Administrativa y Logística

Los servicios que brinda la Auditoría Interna en la institución involucran actividades de fiscalización y prevención. Dentro de este último grupo se encuentra la asesoría, el cual es un servicio dirigido al jerarca y consiste en el suministro de criterios, obser-

vaciones y demás elementos de juicio para la toma de decisiones con respecto a los temas que son competencia de la auditoría interna. También puede ser brindado a otras instancias institucionales, si la auditoría lo considera pertinente. (Norma 1.1.4 Norma para el ejercicio de la Auditoría Interna en el Sector Público).

En este orden de ideas, este Órgano de Control y Fiscalización, como parte de las acciones que realiza para contribuir al logro de los objetivos institucionales y para enfrentar el entorno que impone un enfoque proactivo y una gestión moderna de auditoría, incorpora nuevas herramientas efectivas para estos nuevos desafíos, para tales efectos se ha desarrollado un programa presencial de “Asesoría en Auditoría de Calidad para el Fortalecimiento del Control Interno”, mediante el cual se brinda a la Administración Activa aspectos generales sobre la importancia de la gestión desarrollada en el seno de cada unidad de trabajo para el fortalecimiento de la Seguridad Social, elementos básicos de auditoría para que realicen autoevaluaciones y mejoren sus procesos, así como, señalar los principales hallazgos evidenciados producto de las evaluaciones efectuadas en temas específicos.

Esta asesoría pretende consolidar una cultura de calidad, mediante el desarrollo de autoevaluaciones periódicas, sobre el supuesto que la autoevaluación genera el autocontrol y que este se ejerce en la medida en que se elaboran planes de desarrollo de corto y mediano plazo, se haga un seguimiento objetivo y se repita el proceso: autoevaluación – planeación – seguimiento – autoevaluación.

Durante el 2011, las actividades de asesoría realizadas pretendieron estimular a la Administración hacia las acciones de prevención, a efectuar autoevaluaciones para fortalecer sus procesos y establecer planes de acción que favorezcan el logro de los objetivos.



La CCSS participó en la Semana de la Vacunación de las Américas que promueve anualmente la Organización Panamericana de la Salud.



Capítulo X

Reformas reglamentarias

Reformas reglamentarias

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
6	8487	13-01-11	SOLPUB-N°37437	17-01-11	N°10.659	17-01-11	24	3-2-11

ASUNTO: Prórroga del Transitorio único 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
28	8487	13-01-11	SOLPUB-N°37436	17-01-11	N°10.661	17-01-11	24	3-2-11

ASUNTO: Revalorización N°60 de los montos de pensiones en curso de pago del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
26	8497	10-03-11	SOLPUB-N°37439	22-03-11	---	---	El Alcance N°19 de Gaceta N°61	28-3-11

ASUNTO: Reformas al Reglamento para la inversión de las reservas del Seguro de Salud.

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
4	8498	17-03-11	SOLPUB-N°37441	23-03-11	N°23.304	23-03-11	El Alcance N°19 de Gaceta N°61	28-3-11

ASUNTO: Revalorización N°23 de los montos de pensiones del Fondo de Retiro (FRE).

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
18	8498	17-03-11	SOLPUB-N°37440	23-03-11	---	---	El Alcance N°19 de Gaceta N°61	28-3-11

ASUNTO: Reforma de los artículos 2°, 3°, 4°, 5°, 7°, 8°, 9°, 10°, 11°, 12°, 19°, 23°, 27°, 28°, 30° y 31° y el Transitorio del Reglamento de Inversiones del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte.

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
8	8499	24-03-11	SOLPUB-37442	31-03-11	---	---	72	13-04-11

ASUNTO: Reglamento de organización y funcionamiento de la Comisión Especial de Licitaciones.

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
13	8501	7-04-11	SOLPUB-37443	12-04-11	---	---	84	3-05-11

ASUNTO: Derogar el actual Reglamento para recibir tratamiento de radioterapia con acelerador lineal.

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
24	8505	28-04-11	SOLPUB-N°37444	27-07-11	---	---	159	19-08-11

ASUNTO: Reforma al artículo 9 del “Reglamento que regula la formalización de arreglos y convenios de pago de las contribuciones a la seguridad social”.

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
4	8506	5-05-11	SOLPUB-N°37445	11-05-11	---	---	96	19-05-11

ASUNTO: Reforma al Reglamento que regula la formalización de arreglos y convenios de pago de las contrataciones a la Seguridad.

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
9	8509	26-5-11	SOLPUB-N°37447	8-6-11	N°27.134	8-6-11	121	23-06-11

ASUNTO: Modificación Reglamento para el otorgamiento de incapacidades y licencias a los beneficiarios del Seguro de Salud.

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
11	8514	23-06-11	SOLPUB-N°37448	29-06-11	---	---	135	13-07-11

ASUNTO: Aprobación Transitorio para el nombramiento en propiedad de jefaturas administrativas en la Caja Costarricense de Seguro Social.

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
7	8517	11-07-11	SOLPUB-N°37449	18-07-11	---	---	150	05-08-11

ASUNTO: Derogatoria de los artículos 39 y 40 del Reglamento de la Dirección Jurídica y de las Actividades Jurídicas de la Caja Costarricense de Seguro Social.

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
29	8518	14-07-11	SOLPUB-N°37450	19-07-11	N°37.145	19-07-11	163	25-08-11

ASUNTO: Aprobación Revalorización N°61 de los montos de pensiones en curso de pago del seguro de invalidez, vejez y muerte.

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
30	8521	28-07-11	SOLPUB-N°37402	23-08-11	N°41.168	23-08-11	178	16-09-11

ASUNTO: Reforma al artículo 4°, en sus incisos c) y d), la adición de los incisos f) y g), la reforma al artículo 12, inciso b), y la adición de un inciso g) al artículo 19° del Reglamento de Inversiones del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte.

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
36	8529	1°-09-11	SOLPUB-N°37403	08-09-11	N°43.689	08-09-11	183	23-09-11

ASUNTO: Modificación apartado II. SOLICITUD DE TRATAMIENTOS CON ACELERADOR LINEAL del “Procedimiento para Autorización de Tratamientos de Radioterapia con Acelerador Lineal”. en lugar de médico tratante se lea médico prescriptor, cuyo texto y CD se adjunta.

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
11	8532	22-09-11	SOLPUB-N°37404	26-09-11	N°43.763	26-09-11	196	12-10-11

ASUNTO: Aprobación revalorización N° 24 montos de las pensiones del Fondo de Retiro de los Empleados de la Caja Costarricense de Seguro Social.

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
23	8540	20-10-11	SOLPUB-N°37405	08-11-11	N°52.710	08-11-11	233	05-12-11

ASUNTO: Modificar los artículos 5°, 8°, 11°, 17°, 21° y 22° del Reglamento para el otorgamiento de incapacidades y licencias a los beneficiarios del Seguro de Salud.

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
3	8550	14-12-11	SOLPUB-N°37406	06-01-12	N°6.369	06-01-12	18	25-01-12

ASUNTO: Prórroga para la 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 de la seguridad social.

ART.	SESION	FECHA	OFICIO	FECHA	CIRCULAR	FECHA	GACETA	FECHA
18	8551	15-12-11	SOLPUB-N°37407	06-01-12	N°6.372	06-01-12	18	25-01-12

ASUNTO: Modificación al artículo 23° del Reglamento para el Otorgamiento de Créditos Hipotecarios en el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.



Capítulo XI

**Caja Costarricense de Seguro
Social... 70 años en el corazón
de nuestros habitantes**

Durante el 2011, la Caja Costarricense de Seguro Social conmemoró 70 años desde el advenimiento a la vida institucional del país, aniversario que se celebró dentro de un marco solemne y festivo, pero austero.

La Dirección de Comunicación Organizacional asumió el liderazgo en la celebración, logrando desarrollar las siguientes actividades:

- Se lograron alianzas estratégicas de gran importancia como la desarrollada por la Casa de Artista que culminó con la exposición “70 años edificando bienestar”.
- El Grupo Nayuribes desarrolló, por primera vez, una gira nacional en diferentes unidades institucionales.
- Se consolidó la puesta en escena de la obra “A su salud”, la cual se presentó en la gira nacional que se realizó tras la celebración del 70 aniversario de la CCSS.
- Participación en el Festival Nacional de las Artes con el ensamble de música tradicional costarricense “Son de la CCSS”.
- Realización de la cátedra Jorge Valverde Castillo.
- Diseño de la camiseta del 70 aniversario, que buscó incrementar el sentido de pertenencia a la institución.
- Actividad de gala en el Teatro Nacional, con la participación de la Presidenta de la República.
- Caminata de acción de gracias por el Seguro Social.



Así se vivió el aniversario institucional

Caminata



El 5 de noviembre de 2011 se llevó a cabo la caminata del 70 aniversario de la Caja Costarricense de Seguro Social, en la cual participaron autoridades institucionales, funcionarios y público en general.

Beneficiarios del programa "Ciudadano de Oro" marcharon portando mantas y pancartas alegóricas a la celebración.





Los funcionarios del hospital San Juan de Dios cantaron y bailaron durante todo el recorrido de la caminata del 70 aniversario.



Grupos musicales compuestos por funcionarios de la Institución amenizaron la feria de salud que se llevó a cabo en el marco de la celebración del 70 aniversario de la CCSS.



Además de la caminata, el 5 de noviembre, se realizó una feria de la salud en el Parque Central de San José, con el objetivo de sensibilizar al público en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Funcionarios sensibilizaron a los transeúntes y participantes de la Caminata del 70 aniversario en diversos temas como: el fumado, el uso correcto de medicamentos, nutrición, correcto lavado de mano y el protocolo del toser y estornudar.



Misa de acción de gracias



El 5 de noviembre del 2011, se llevó a cabo una misa de Acción de Gracias como parte de las actividades del 70 aniversario de la Caja Costarricense de Seguro Social, en la que participaron las autoridades del país como la Presidenta de la República, Laura Chinchilla Miranda, la ministra de Salud, la doctora Daysi Corrales y la presidenta ejecutiva de la CCSS, la doctora Ileana Balmaceda Arias.

En la misa de acción de gracias también participaron los miembros de la Junta Directiva de la CCSS, funcionarios y usuarios del Seguro Social.



El acto eucarístico de acción de gracias se realizó en la Catedral Metropolitana, el cual fue oficiado por el arzobispo de San José, monseñor Hugo Barrantes.



Carrerón del escalón



La presidenta ejecutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, fue la encargada de dar el banderazo de salud y recibir a los atletas que participaron en el Carrerón del escalón, el cual se realizó como parte de las actividades de la semana de la Seguridad Social y el 70 aniversario.

El carrerón del escalón consiste en subir los 13 pisos del edificio de Oficinas Centrales Laureano Echandi, en la carrera participaron tanto funcionarios internos, como de otras instituciones del país.



Exposición “Construyendo salud”



Como parte de las actividades de celebración del 70 aniversario, la Caja Costarricense de Seguro Social realizó la exposición de pintura “Construyendo salud”, la cual fue inaugurada en la primera semana de noviembre de 2011.

La exposición “Construyendo salud” retrató la evolución arquitectónica de la Caja Costarricense de Seguro Social, en donde sobresalen las estructuras antiguas y las más modernas como los hospitales San Rafael en Alajuela y San Vicente de Paúl en Heredia.





Los alumnos de la Casa del Artista fueron los encargados de demostrar la evolución arquitectónica de los edificios de la Caja Costarricense de Seguro Social.

La exposición “Construyendo salud” se realizó mediante una alianza con la Casa del Artista y consistió en plasmar en el lienzo la fachada de los hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social a lo largo y ancho de la geografía nacional.



Acto oficial - 70 aniversario



El 31 de octubre se realizó en el Teatro Nacional el acto oficial de celebración del 70 aniversario de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el cual participaron las autoridades institucionales e invitados especiales como la Presidenta de la República, licenciada Laura Chinchilla Miranda.





www.ccss.sa.cr

Dirección de Comunicación Organizacional

2012