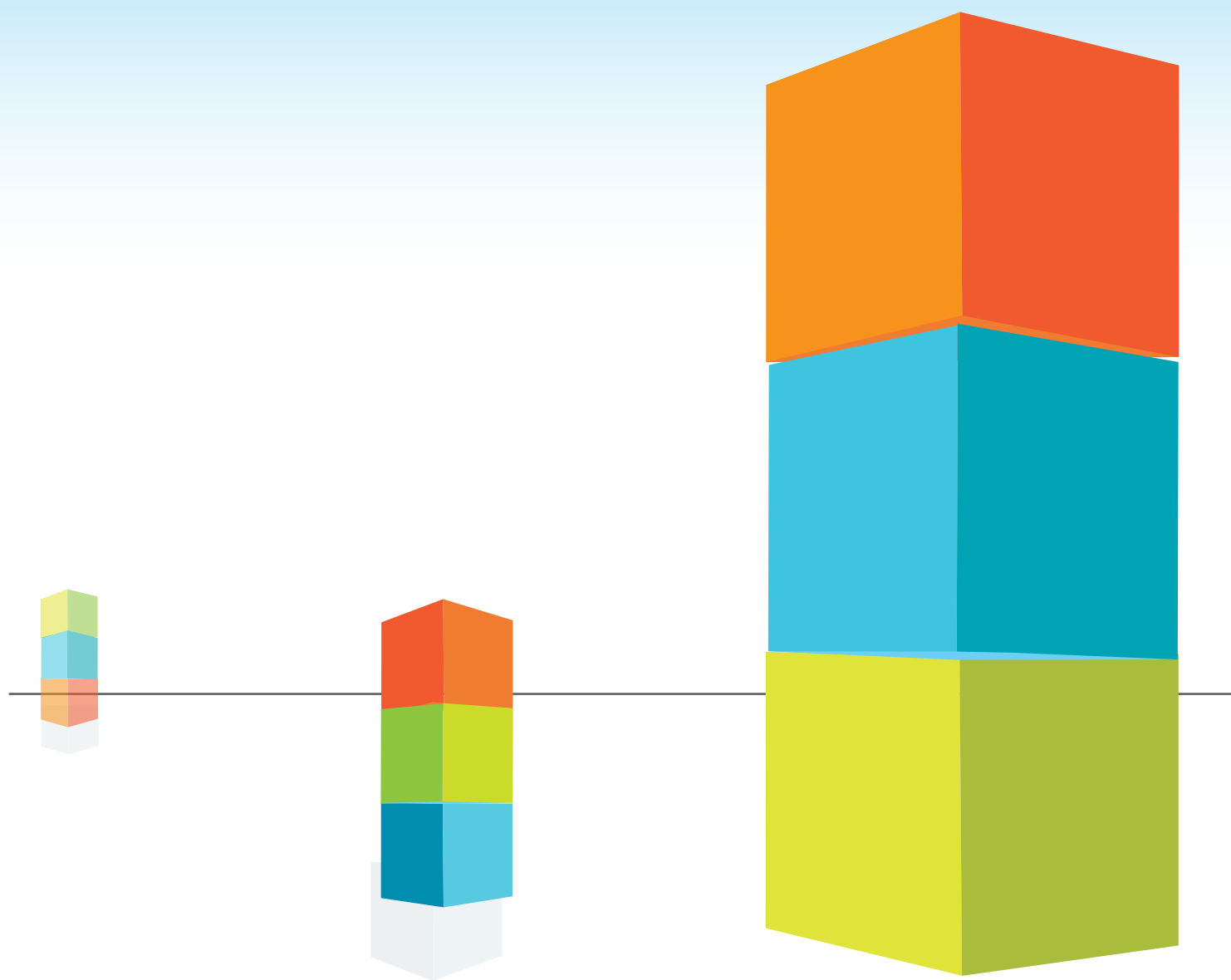


Informe de gestión 2006-2010



Dr. Eduardo Doryan Garrón



WWW.CCSS.SA.CR

Índice

1. ÁMBITO DE APLICACIÓN.	3
2. INTRODUCCIÓN	3
2.1. ESTADO DE SITUACIÓN AL INICIO DE PERÍODO.	3
3. RESULTADOS DE LA GESTIÓN.	4
3.1. REFERENCIA DE LA LABOR SUSTANTIVA INSTITUCIONAL.	4
4. CAMBIOS HABIDOS EN EL ENTORNO DURANTE EL PERÍODO DE GESTIÓN.	6
4.1. REFORMAS LEGALES.	6
4.2. RESOLUCIONES RELEVANTES DE LA SALA CONSTITUCIONAL:	8
4.2.a. <i>Instituto Costarricense Contra el Cáncer</i>	10
4.2.b. <i>Vacunas contra el neumococos y rotavirus</i>	10
4.2.c. <i>Centro Psiquiátrico Penitenciario</i>	11
4.2.d. <i>Medicamentos para pacientes en condiciones especiales</i>	13
4.2.e. <i>Pago de incapacidades, eliminación del tope</i>	14
5. FORTALECIMIENTO DEL PROCESO DE PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL Y AVANCES EN LA AUTOEVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL.	15
5.1. CREACIÓN DE LA SECRETARÍA TÉCNICA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO (STPE):	16
5.2. FORTALECIMIENTO DEL CONTROL INTERNO:	16
5.3. ATENCIÓN DE RECOMENDACIONES DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA:	19
5.3.b. <i>Fortalecimiento de la Conducción Técnica del Sistema de Control Interno Institucional</i>	20
5.3.c. <i>Planificación del Sistema de Control Interno Institucional</i>	21
5.3.d. <i>Evaluación del Sistema de Control Interno Institucional</i>	24
5.3.e. <i>Mejoramiento continuo del Sistema de Control Interno Institucional</i>	24
6. PRINCIPALES LOGROS ALCANZADOS DURANTE EL PERÍODO DE GESTIÓN.	25
6.1. AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA Y MEJORA DE SERVICIOS:	26
6.1.a. <i>Aumento de cobertura</i> :	29
6.2. SOSTENIBILIDAD DEL SEGURO DE SALUD	31
6.2.A. SOSTENIBILIDAD FINANCIERA	31
6.2.B. ENTORNO	32
6.2.C. SITUACIÓN FINANCIERA ACTUAL	33
6.2.D. PERSPECTIVAS	34
6.2.E. CONCLUSIONES	35
6.3. <i>Mejora de servicios</i> :	36
6.4. AMPLIACIÓN DE RED DE SERVICIOS	38
6.5. INFRAESTRUCTURA:	39
6.6. EQUIPO MÉDICO E INDUSTRIAL:	40
6.6.a. <i>Equipo Médico</i> :	40
6.6.b. <i>Equipo Industrial</i>	40
6.7. RED ONCOLÓGICA NACIONAL.	41

6.7.a. Aperturas de Clínicas de Mama.....	43
6.8. TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES.....	45
6.9. PRINCIPALES INVERSIONES 2006 - 2009	47
6.10. OTRAS INVERSIONES:.....	48
6.11. MEJORAS EN PENSIONES, COBERTURA Y MONTOS	49
6.11.a. Pensiones por invalidez:.....	49
6.11.b. Distribución comparativa casos nuevos pensiones Seguro IVM.....	51
6.11.c. Régimen no contributivo.....	52
6.11.d. Composición actual de la cartera de inversiones del RIVM.....	53
6.11.e. Diversificación de la cartera de inversiones del RIVM.....	54
6.11.f. Sector Privado.....	54
6.11.g. Sector Externo	54
6.11.h. Monedas.....	55
6.11.i. Contabilizar a Precios de Mercado Cartera RIVM.....	55
6.11.j. Visión de Mediano y Largo Plazo de la estructura de la cartera del RIVM.....	56
6.11.k. Aspectos relevantes de Prestaciones Sociales.....	56
6.11.l. Ejes estratégicos del plan de mejoramiento integral en administración del régimen de pensiones	57
6.12. PLAN DE ACCIÓN GERENCIA DE LOGÍSTICA	58
6.13. EQUIDAD DE GÉNERO:	61
6.14. SEGUIMIENTO DE ACUERDOS DE JUNTA DIRECTIVA.....	62
6.14.a. Integración del Equipo de Seguimiento:.....	62
6.14.b. Estrategia.....	63
7. LOS GOLPES DE TIMÓN	65
8. LA CAJA HACIA EL FUTURO.	70
ANEXOS	71
9. ANEXO 1.....	0
10. ANEXO 2.....	4
11. ANEXO 3.....	33
12. ANEXO 4.....	36

Informe de fin de gestión

Destinatarios del presente informe de gestión:

Junta Directiva Caja Costarricense de Seguro Social 2010 - 2014, Presidente Ejecutivo entrante, Consejo de Gobierno, Contraloría General de la República.

Jerarca: Dr. Eduardo Doryan Garrón, Nombramiento que rige del 08 de mayo de 2006 al 08 de mayo de 2010, acuerdo que fuera publicado en La Gaceta N° 100, del jueves 25 de mayo 2006.

1. Ámbito de aplicación.

El presente Informe de Labores corresponde al periodo que va del 08 de mayo de 2006 al 07 de mayo de 2010.

2. Introducción

2.1. Estado de situación al inicio de período.

El entorno institucional al inicio de la gestión. Al asumir este período, la Caja venía saliendo de los eventos que condujeron eventualmente a procesos judiciales, la actividad de los funcionarios estaba todavía golpeada por esos sucesos y el rumbo de largo plazo era percibido como incierto.

Por ello, se diseñó una estrategia de visión renovada de la Institución hacia el 2025, reforzando el papel de la institución en el marco del Estado Social de Derecho y se enfatizó en la necesidad de mejorar las capacidades institucionales en el uso adecuado de los recursos y las inversiones. Se adoptan medidas inmediatas para reducir la brecha de especialistas que existía en ese momento. También se identifica la necesidad de tomar acciones para reducir los problemas de abastecimiento de medicamentos, reactivos y otros bienes, reducir los cerros¹ y mejorar los procesos de abastecimiento y uso de recursos.

Una de las primeras acciones de la Presidencia Ejecutiva fue la de reforzar el Planeamiento Estratégico Institucional para consolidar a una institución clave para el desarrollo del país y la calidad de vida de la gente, como lo es la Caja Costarricense de Seguro Social. Ya en el documento denominado “Una CCSS Renovada Hacia el 2025”, señalábamos que entre las principales tendencias del desarrollo nacional que podrían afectar la salud pública y el financiamiento de la seguridad social, destacaban la transición demográfica, la evolución del perfil epidemiológico, los cambios en el mercado de trabajo, la inmigración y la evolución de los servicios públicos.

¹ Términos con el que se denomina el desabastecimiento de productos y medicamentos.

El análisis realizado en el 2006 nos indicaba el rumbo para abordar los problemas más apremiantes y proyectar las necesidades de la población en el futuro mediano y a largo plazo. Es así como se analiza la disminución de la tasa de mortalidad y de la tasa de natalidad que sumada al aumento sostenido en la esperanza de vida, acelerará en los próximos años el envejecimiento de la población destinataria de los servicios de la Caja con padecimientos, principalmente crónico y degenerativo y disminuirá la proporción de personas en edad de aportar como contribuyentes al sistema de la seguridad social.

Otro de los aspectos identificados fue la transición epidemiológica, ya que aunque Costa Rica es un país de ingreso medio, las principales causas de muerte en los últimos 10 años son similares a las patologías propias de un país desarrollado, entre ellas las enfermedades del aparato circulatorio, los tumores malignos y las muertes violentas, en particular los accidentes de tránsito.

En tercer lugar los cambios en la estructura del mercado laboral costarricense con una evolución difícil de predecir, pero con aumento en el sector de servicios, y manufactura y alta tecnología y nuevas actividades productivas, así como los cambios tecnológicos y en el comercio internacional que llevarán a importantes ajustes para aumentar la base contributiva a la seguridad social.

También se identifica la importancia de los determinantes de la salud y las actividades preventivas para mejorar las condiciones de salud de la población.

Ante el reto de reducir las inequidades existentes en salud, pensiones y otras prestaciones sociales, y mejorar el acceso a los diversos servicios que presta la institución, se propuso una revisión para ajustar y rediseñar el modelo de atención en salud, fortaleciendo el trabajo en redes; aumentando la capacidad resolutoria del primer y segundo nivel de atención; desarrollando un nuevo modelo de atención y gestión hospitalaria, fortaleciendo y estableciendo la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como ejes fundamentales del proceso de atención integral de la salud; fortaleciendo el derecho de los habitantes a la información y aumentando de manera gradual el poder de los usuarios para elegir y tomar decisiones en el proceso de atención; asimismo, garantizando la seguridad y calidad de todos los servicios de salud y demás prestaciones sociales que brinda la institución y promover la organización y el trabajo conjunto intra e intersectorial para mejorar la cobertura y el impacto de los programas de salud, pensiones y prestaciones sociales.

3. Resultados de la gestión.

3.1. Referencia de la labor sustantiva institucional.

La Caja Costarricense de Seguro Social es una institución descentralizada de rango constitucional y con autonomía reforzada. Así se desprende de lo dispuesto por la propia Constitución Política en su artículo 73, que literalmente dispone:

Constitución Política

“Artículo 73.- Se establecen los seguros sociales en beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales, regulados por el sistema de contribución forzosa del Estado, patronos y trabajadores, a fin de proteger a éstos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, muerte y demás contingencias que la ley determine.

La administración y el gobierno de los seguros sociales estarán a cargo de una institución autónoma, denominada Caja Costarricense de Seguro Social.

No podrán ser transferidos ni empleos en finalidades distintas a las que motivaron su creación, los fondos y las reservas de los seguros sociales.

Los seguros contra riesgos profesionales serán de exclusiva cuenta de los patronos y se regirán por disposiciones especiales.”

Por su parte la Ley Constitutiva de la Caja, reitera las funciones sustantivas de la institución en los numerales 1ro y 2do y desarrolla en el artículo 6to las funciones del Presidente Ejecutivo, como de seguido se transcribe:

Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, Ley No 17 de 1943 y sus posteriores reformas.

“Artículo 1.- La institución creada para aplicar los seguros sociales obligatorios se llamará Caja Costarricense de Seguro Social y, para los efectos de esta ley y sus reglamentos, CAJA.

La Caja es una institución autónoma a la cual le corresponde el gobierno y la administración de los seguros sociales. Los fondos y las reservas de estos seguros no podrán ser transferidos ni empleados en finalidades distintas de las que motivaron su creación. Esto último se prohíbe expresamente. Excepto la materia relativa a empleo público y salarios, la Caja no está sometida ni podrá estarlo a órdenes, instrucciones, circulares ni directrices emanadas del Poder Ejecutivo o la Autoridad Presupuestaria, en materia de gobierno y administración de dichos seguros, sus fondos ni reservas.

Artículo 2.- El seguro social obligatorio comprende los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y desempleo involuntario; además, comporta una participación en las cargas de maternidad, familia, viudedad y orfandad y el suministro de una cuota para entierro, de acuerdo con la escala que fije la Caja, siempre que la muerte no se deba al acaecimiento de un riesgo profesional.

Artículo 6.- La Caja será dirigida por una junta directiva, integrada en la siguiente forma:

1) Un presidente ejecutivo de reconocida experiencia y conocimientos en el campo correspondiente a la Institución, designado libremente por el Consejo de gobierno.

Su gestión se regirá por las siguientes normas:

a) *Será el funcionamiento de mayor jerarquía para efectos del gobierno de la Institución, cuya Junta Directiva presidirá. Le corresponderá fundamentalmente velar porque se ejecuten las decisiones tomadas por la*

Junta Directiva, así como coordinar internamente la acción de la Institución, y la de ésta con las demás instituciones del Estado. Asimismo, asumirá las demás funciones que por ley están reservadas al Presidente de la Junta Directiva y las otras que le asigne la propia Junta.

b) Será un funcionario de tiempo completo y dedicación exclusiva; consecuentemente no podrá desempeñar otro cargo público ni ejercer profesiones liberales.

c) Podrá ser removido libremente por el Consejo de Gobierno, en cuyo caso tendrá derecho a la indemnización laboral que le corresponda por el tiempo servido en el cargo. Para determinar esa indemnización se seguirán las reglas fijadas en los artículos 28 y 29 del Código de Trabajo, con las limitaciones en cuanto al monto que esos artículos determinan.

ch) Tendrá la representación de la Institución, con facultades de apoderado generalísimo sin limitación de suma. No será necesaria la inscripción de su personería en el Registro Público y bastará únicamente la publicación de acuerdo de nombramiento en "La Gaceta". (...)"

4. Cambios habidos en el entorno durante el período de gestión.

4.1. Reformas Legales.

De mayo 2006 a abril 2010, destacan las siguientes reformas legales:

4.1.a. Ley N° 8676. Ley Orgánica del Colegio de Profesionales en Nutrición. Publicada en La Gaceta N° 11 de 16 de enero de 2009.

Artículo 2.- Finalidad

El Colegio, creado en esta Ley, velará por el cumplimiento estricto de las normas técnicas y de ética profesional de las personas agremiadas que cuenten con un bachillerato universitario, así como por quienes posean títulos obtenidos en el extranjero en Nutrición Humana, Nutrición y Dietética o Dietista reconocidos como equivalentes, de conformidad con las leyes de Costa Rica.

4.1.b. Ley N° 8701. Se reforma parcialmente la Ley N°. 7494, Contratación Administrativa. Publicado en la Gaceta N° 20 del 20 de enero de 2009.

Artículo 1.-

Refórmese la Ley N° 7494, Contratación administrativa, de 2 de mayo de 1995, en las siguientes disposiciones:

Básicamente esta reforma amplía las potestades de contratación administrativa que asisten a las instituciones públicas. Estas reformas se desarrollan en el Reglamento de la Ley de Contratación Administrativa publicado en la Gaceta N° 210 del 02 de noviembre del 2006.

4.1.c. Ley N° 8721. Reforma del Sistema de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional. Publicada en La Gaceta N° 74 de 24 abril de 2009.

Esta reforma en el artículo 15 establece que el Estado, en su calidad de tal, cotizará un porcentaje idéntico al que aporta al Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte administrado por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), del total de los salarios de los servidores públicos y privados de la educación nacional, que se encuentren dentro del colectivo cubierto por el Régimen de capitalización colectiva.

4.1.d. Ley N° 8726. Reforma del Capítulo octavo del título segundo del Código de Trabajo, Ley N°. 2 Ley de Trabajo Doméstico Remunerado. Publicada en La Gaceta N° 143 de 24 de julio de 2009.

“Artículo 104.-

Las personas empleadoras del trabajo doméstico remunerado estarán obligadas a garantizar la seguridad social de las personas trabajadoras, y a inscribirlas en la Caja Costarricense de Seguro Social, dentro de los ocho días hábiles siguientes al inicio de sus labores, de conformidad con el artículo 44 de la Ley constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social y sus Reglamentos, así como a otorgarle un seguro de riesgo de trabajo, de conformidad con los artículos 193, 201, siguientes y concordantes de este Código.

4.1.e. Ley N° 8783. Reforma de la Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, N°. 5662. Publicada en La Gaceta N° 199 alcance 42 del 14 de octubre de 2009.

Relevante para la Caja en que literalmente dispone:

Artículo 17.-

Para su funcionamiento, la DESAF podrá utilizar hasta un cero coma cincuenta por ciento (0,50%) de los ingresos ordinarios y extraordinarios del Fondo para cubrir sus gastos administrativos, incluidos personal, materiales y equipo de oficina, vehículos y viáticos nacionales y extranjeros, así como para pagar las actividades destinadas a la evaluación de la ejecución, eficiencia y eficacia de los programas financiados por el Fondo, incluidos el costo de vehículos para el transporte de los funcionarios a las inspecciones de campo, los viáticos y otros gastos propios de esta función fiscalizadora.

La DESAF también podrá utilizar hasta un cero coma cincuenta por ciento (0,50%) de los ingresos ordinarios y extraordinarios del Fondo para cubrir el pago de los gastos administrativos a favor de la CCSS, por concepto del servicio de recaudación y administración del Fondo.

La recaudación que realice la Caja la hará por medio del Sistema Centralizado de Recaudación (Sicere) y los gastos administrativos que cobre serán los que periódicamente establezca, mediante los estudios pertinentes, la Dirección

Actuarial y de Planificación Económica de la Caja, debidamente aprobados por la Junta Directiva y comunicados a la DESAF.

4.1.f. Ley N° 8769. Reforma de los artículos 1 y 2 de la Ley de Pensión Vitalicia para personas que padecen parálisis cerebral profunda, N°. 7125. Publicada en La Gaceta N° 201 de 16 de octubre de 2009.

Esta Ley crea la pensión para este segmento de población y su aporte:

“Artículo 1.-

Las personas que padezcan parálisis cerebral profunda o autismo, mielomeningocele o cualquier otra enfermedad ocurrida en la primera infancia con manifestaciones neurológicas equiparables en severidad, de acuerdo con el dictamen de la Comisión calificadora del estado de la invalidez, que se encuentren en estado de abandono o cuyas familias estén en estado de pobreza y/o pobreza extrema, tendrán derecho a una pensión vitalicia equivalente al menor salario mínimo legal mensual fijado por el Poder Ejecutivo.

La pensión se pagará en forma mensual de los fondos del Régimen No Contributivo que administra la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), y se ajustará a la suma correspondiente, cada vez que se realice una nueva fijación de salarios mínimos.

4.1.g. Ley N° 8793. Reforma a la Ley 8783 que reforma a la Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, N°. 5662. Publicada en La Gaceta N° 253 de 30 de diciembre de 2009.

Artículo Único

Refórmese el inciso l) del artículo 3 de la Ley N° 8783 que reforma la Ley de desarrollo social y asignaciones familiares, N° 5662. El texto dirá:

Artículo 3.-

Con recursos del FODESAF se pagarán de la siguiente manera programas y servicios a las instituciones del Estado y a otras expresamente autorizadas en esta Ley, que tienen a su cargo aportes complementarios al ingreso de las familias y la ejecución de programas de desarrollo social.

4.2. Resoluciones relevantes de la Sala Constitucional:

Durante este período y a pesar de los esfuerzos realizados por la Administración para mejorar la atención de los pacientes con condiciones especiales, la Caja Costarricense de Seguro Social ha recibido múltiples sentencias de la Sala Constitucional que nos ha obligado a ser más efectivos en nuestra gestión. De acuerdo con un reciente estudio realizado por el Estado de la Nación², la Caja Costarricense de Seguro Social se

² Estudio especial del Proyecto Estado de la Nación, dado a conocer el 03 de marzo de 2010, y que corresponde al análisis de 424 casos resueltos entre octubre y noviembre de 2009.

reporta con un 67% de cumplimiento total de las resoluciones emitidas por la Sala Constitucional, sólo superado por el Poder Judicial. A efecto de ilustrar esta dinámica, se inserta de seguido, un cuadro con los datos más relevantes sobre resoluciones de la Sala Constitucional para la Caja Costarricense de Seguro Social durante este período y que muestra que a pesar de la percepción colectiva, aproximadamente el 50% de las acciones que conoce la Sala IV con la Caja son declaradas sin lugar, es decir la Sala Constitucional atiende las razones y el actuar de la Caja en casi la mitad de los casos de las acciones presentadas.

Tabla N° 1

Recursos de amparo	2006 <input type="checkbox"/>	2007	2008	2009
Declarados con lugar	66	256	123	81
Declarados sin lugar	61	257	152	78
Total de Recursos de Amparo*	127	513	275	159

*Al momento de elaborarse este informe, existían 154 casos sin resolver, correspondientes a todo el periodo.

☐ Este dato corresponde de setiembre a diciembre 2006

Además destacamos de esta información como se reducen los casos presentados ante la Sala Constitucional a lo largo de este periodo, reducción que se atribuyen a los cambios ejecutados a nivel institucional en el abordaje de los pacientes en condiciones especiales.

La implementación de las resoluciones de la Sala Constitucional, implicó varios cambios institucionales, uno de ellos fue la incorporación en la Lista Oficial de Medicamentos (LOM) de aquellos medicamentos a los que se referían reiteradas resoluciones. Es importante; sin embargo, consignar el impacto que a nivel financiero tuvo esta medida para la Caja, en el cuadro inserto se puede observar el costo anual institucional.

Tabla N° 2

Monto anual adjudicado (2009) para la adquisición de tres medicamentos que fueron anteceditos por recursos de amparo, y que luego de ser adquiridos por los hospitales pasaron a compra central:

Número de Concurso	Descripción Adjudicado	Monto Anual
2009ME-000143-1147	Trastuzumab 440 mg.	\$ 3.960.000,00 USD
2009ME-000164-1142	Imatinib 400 mg.	\$ 4.887.949,50 USD
2009ME-000197-1142	Rituximab.	Frasco de 10 ml.: \$ 507.000,00 USD Frasco de 50 ml.: \$ 1.916.600,00 USD Total Rituximab: \$ 2.423.600,00 USD
Total		\$ 242,867,000.00

4.2.a. Instituto Costarricense Contra el Cáncer

La Sala Constitucional emite mediante el Voto N° 1572-2008 del 30 de enero de 2008, -y después de siete años de trámite de la acción interpuesta- la resolución de inconstitucionalidad sobre la forma de aprobación de la ley. En lo que interesa dicha resolución dispone:

Por lo tanto: *“... En consecuencia se declara inconstitucional y se anula la Ley de Creación del Instituto Costarricense contra el Cáncer, que es la número 7765. Esta sentencia tiene efectos declarativos y retroactivos a la fecha de vigencia de la norma anulada, sea, el cuatro de julio de mil novecientos noventa y ocho, sin perjuicio de derechos adquiridos de buena fe. De conformidad con lo dispuesto por el artículo 91 de la Ley de la Jurisdicción Constitucional, se dimensionan los efectos de este fallo en el sentido de que el Instituto Costarricense Contra el Cáncer podrá continuar operando hasta por un plazo de tres años a partir de la notificación de esta sentencia, plazo que se concede para que la Asamblea Legislativa defina, en ley debidamente tramitada y promulgada, la creación de dicho Instituto, y de no ser así, se tomen por parte del Ministerio de Salud, las medidas necesarias para asegurar una ordenada transición administrativa de todos los recursos humanos y materiales así como los derechos y obligaciones, del Instituto a la Caja Costarricense de Seguro Social”.*

Posteriormente mediante la Ley N° 8718, Ley de “Autorización para el cambio de nombre de la Junta de Protección Social y Establecimiento de la Distribución de Rentas de las Loterías Nacionales”, en el Transitorio III se dispone:

“Tres (3) meses a partir de la vigencia de esta Ley, el ministro o la ministra de Salud deberán haber tomado las medidas necesarias para asegurar una ordenada transición administrativa de todos los recursos humanos y materiales, así como los derechos, las obligaciones y el patrimonio del Instituto Costarricense contra el Cáncer, creado mediante la Ley N° 7765 y declarado inconstitucional mediante la resolución de la Sala Constitucional N° 2008-001572, a la Caja Costarricense de Seguro Social. La CCSS procederá a la administración de los recursos financieros transferidos en una cuenta contable, presupuestaria y bancaria separada, y los destinará exclusivamente al fortalecimiento de la Red Oncológica Nacional; además, dispondrá de tres (3) meses, contados a partir de la vigencia de la presente Ley para elaborar un plan de acción para su implementación. La Contraloría General de la República verificará la ejecución de los gastos, de conformidad con lo aquí dispuesto, las demás leyes y los reglamentos vigentes.”

La estrategia de abordaje de los distintos tipos de cáncer será analizado en un apartado especial más adelante.

4.2.b. Vacunas contra el neumococos y rotavirus.

Mediante resolución N°08-015737 del 21 de octubre del 2008 la Sala Constitucional declara parcialmente con lugar recurso de amparo y dispone que *“de inmediato se aplique la vacuna contra el neumococo a la menor S.M.V. bajo las condiciones establecidas por la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología; así como la realización de los trámites pertinentes para hacer efectiva la universalización de la vacuna contra el neumococo y el Rotavirus, se realice la compra de ambas vacunas a partir del año 2009, se inicie la compra de vacunación correspondiente y la modificación del listado oficial de vacunas del esquema básico de vacunación que consta en el artículo dieciocho del Reglamento a la Ley Nacional de Vacunación.”*

Si bien en el plan de trabajo de la Caja, de previo a la interposición del amparo, ya se había incorporado la vacunación, se había proyectado a grupos etáreos específicos y de mayor vulnerabilidad; sin embargo, la resolución de la Sala no considera la progresividad en el cumplimiento, por lo que según datos suministrado por la Gerencia de Logística el implementar esta resolución ha significado para la Caja un desembolso de \$8.628.469.50 USD, por la compra de 379.800 dosis de vacuna antineumococcica y una asignación presupuestaria para el 2010 de \$11,444,731.80 USD. En el caso del la vacuna contra el rotavirus, se asignó un presupuesto de \$1.288,550,00 USD para adquirir 150000 dosis.

4.2.c. Centro Psiquiátrico Penitenciario

En atención al voto emitido por la Sala Constitucional N° 2009-004555 de las 8:23 horas del 20 de marzo de 2009, y en lo que corresponde a la Caja Costarricense de Seguro Social, ésta se ha avocado a la preparación para dar cumplimiento a dicha resolución que consiste en la construcción de un Centro Psiquiátrico Penitenciario, así como separar a las personas, que actualmente se ubican en el Hospital Psiquiátrico inimputables o con imputabilidad disminuida a las que se les impone una medida cautelar o de seguridad por el sistema penal de los enfermos mentales que no se encuentran sometidos a medida preventiva o de seguridad alguna. Establece la Sala un plazo improrrogable de un año para que se planifique y programe la creación, construcción y puesta en funcionamiento de un centro de tratamiento psiquiátrico especializado y de rehabilitación para las personas inimputables o con imputabilidad disminuida a las que se les impone una medida cautelar o de seguridad por el sistema penal. También dispone el fallo de cita, que se deberá coordinar con el Ministerio de Seguridad Pública la custodia de los enfermos mentales inimputables o con imputabilidad disminuida a quienes se les haya impuesto una medida cautelar o de seguridad.

En cumplimiento de lo resuelto por la Sala Constitucional, la Presidencia Ejecutiva integra mediante oficio N° Oficio P.E 16.146-09, dos equipos de trabajo multidisciplinarios que comparten en lo pertinente información relevante e interrelacionan su trabajos. El detalle de lo desarrollado hasta ahora consiste en lo siguiente:

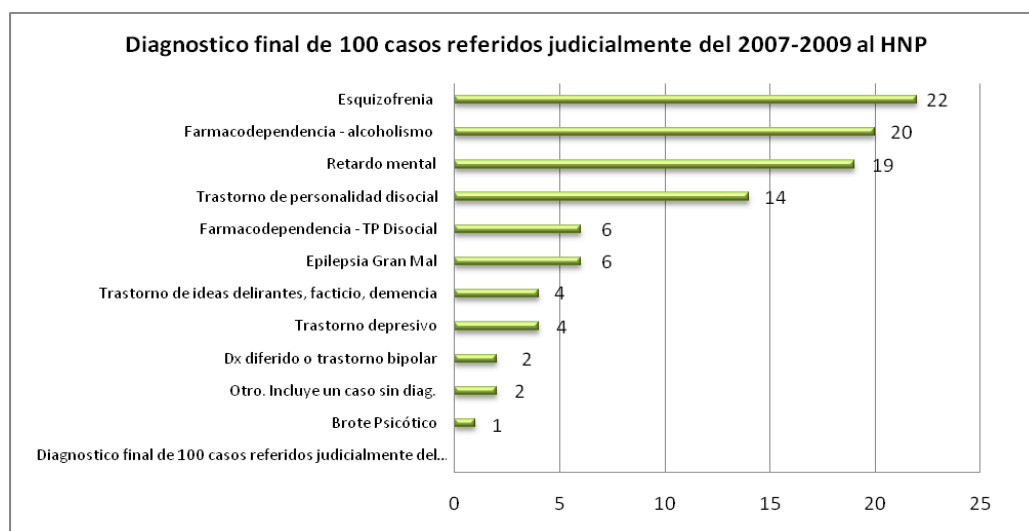
Tabla N° 3
Proyecto 1: Formulación Centro Psiquiátrico Penitenciario³

Actividades
1. Se integran los dos equipos interdisciplinarios de trabajo en la Caja Costarricense de Seguro Social La Gerencia Médica y la Gerencia de Infraestructura y Tecnología, proceden a conformar los equipos de trabajo. Ver oficios N° GIT-16566-2009 y N° 26110-4
2. Coordinación con el Ministerio de Justicia. La Presidencia Ejecutiva establece coordinación con el Ministerio de Justicia ver nota P.E. 23-720-09
3. Revisión de literatura Nacional e Internacional relacionado con el tema y se coordina con el Ministerio de Justicia la revisión de datos relevantes y se caracteriza información proveniente de los Juzgados que es relevante para el análisis pero que no consta en las fuentes analizadas.
4. La comisión informa a la Presidencia Ejecutiva sobre el avance del trabajo de comisiones mediante oficio CCPP003 y se elabora un plan de trabajo hasta agosto del 2014, como fecha de finalización de puesta en operación el establecimiento.
5. Diseño en fase de borrador del Perfil de complejidad del establecimiento de salud, basados en la experiencia del hospital Psiquiátrico y la bibliografía consultada.
6. La Defensoría de los Habitantes expresa su posición en torno al tema en estudio mediante oficio N° D-H-PE-0409-09, la cual es remitida al Ministerio de Justicia mediante oficio P.E.23 720-09
7. Mediante oficio N° CCPP005, se da respuesta a solicitud de información de la Auditoría Interna relacionada con el proyecto.
8. Se incursiona en el diseño de nuevas formas de abordaje, para dotar al proyecto de información confiable y pertinente ya que bases de datos de la Institución de los pacientes es común al resto de los pacientes internados y los equipos consideran que se otro tipo de variables a registrar y analizar
9. Se analizan expedientes de salud de los pacientes del Hospital Psiquiátrico a efecto de evaluar la posibilidad de construir un marco muestral. Se organiza el trabajo de campo y se procede a ejecutarlo, para construir el marco muestral, luego se analiza y procesa información.
10. Se construyen escenarios para una posible estimación de camas y se le presenta a la Gerencia Médica y a la Presidencia Ejecutiva.
11. Se trabaja en dimensionar espacios, una estimación de metros cuadrados de construcción requerida

Como parte del análisis realizado por la Caja en cumplimiento del citado voto de la Sala Constitucional, se obtuvo el perfil de infractores referidos por el sistema judicial al Hospital Nacional Psiquiátrico en el periodo 2007-2009 que se muestra a continuación:

Grafico N° 1

³ En esta tabla se han integrado las acciones de las 2 comisiones institucionales creadas para implementar la resolución de la Sala Constitucional.



Las últimas gestiones realizadas en este período por la Caja, en atención a la resolución de la Sala, han llevado a evaluar las posibilidades de arrendamiento de edificio con las condiciones de seguridad necesarias, para proceder a la mayor brevedad posible con la implementación del proyecto, según publicación de invitación realizada en periódico de circulación nacional en Marzo de 2010. La siguiente acción será conformar la comisión institucional para la revisión de las ofertas recibidas en plazo.

4.2.d. Medicamentos para pacientes en condiciones especiales.

En atención a las resoluciones de la Sala Constitucional sobre medicamentos en condiciones especiales, la Caja tomó la decisión de incorporar en la lista oficial de medicamentos (LOM) o compra directa en los hospitales aquellos más reiterados en las resoluciones judiciales, lo que requirió de una asignación presupuestaria superior los mil quinientos millones de dólares, tanto para el período 2008 como el 2009 tal y como se muestra en la tabla N° 4.

Tabla N° 4

Especialidades Médicas	Monto erogado por especialidad (2008)	Monto erogado por especialidad (2009)
Oncología	\$1.438.395,62	92,20%
Neumología	\$100.440,00	6,44%
Neurología	\$4.212,00	0,27%
Cardiología	\$8.004,92	0,51%
Urología	\$3.384,00	0,22%
Psiquiatría	\$5.678,00	0,36%
Total	\$1.560.114,54	100,00%

Tabla N° 5
Erogación en Medicamentos por Recurso de Amparo según la
representación de la especialidad en el 2009.

Grupo Terapéutico	Costo por Medicamento	% en Relación al Gasto
Oncología	\$1.379.301,02	90,08%
Inmunomoduladores	\$49.848,00	3,26%
Anti-asmáticos	\$37.204,30	2,43%
Cardiología	\$21.722,54	1,42%
Agentes Gastrointes.	\$19.978,92	1,30%
Antipsicóticos	\$4.335,48	0,28%
TOTAL	\$1.512.390,25	98,77%

Como se observa en las tablas que anteceden, para ambos períodos, la mayor erogación se dio en los medicamentos para el tratamiento oncológico.

4.2.e. Pago de incapacidades, eliminación del tope

Mediante la Resolución N° 17917-2007 de la Sala Constitucional se dispuso lo siguiente:

“Se declaró la inconstitucionalidad de los artículos 9 y 10, párrafo tercero del Reglamento para el Otorgamiento de Incapacidades y Licencias a Beneficiarios de Seguro de Salud, dimensionando los efectos de la declaratoria así: “se debe declarar con lugar la acción y por ende, anular por inconstitucionales el artículo 9 y el párrafo tercero del artículo 10 del Reglamento para Otorgamiento de Incapacidades y Licencias a los Beneficiarios de Seguro de Salud” (aprobado por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el artículo 1 de la sesión N° 7897, celebrada el 14 de octubre de 2004 y publicado en la Gaceta N° 219 del 09 de noviembre del 2004), por considerarlos contrarios al derecho a la seguridad social, al derecho a la salud y al derecho al trabajo. Lo anterior implica, que la Caja Costarricense de Seguro Social deberá mantener la incapacidad de todo trabajador mientras según criterio médico subsista el motivo de ésta; y bajo esa misma consideración deberá resolver el caso de todos los trabajadores que se encuentren pendientes de autorización por parte de esta institución, así como todos aquellos que le sean nuevamente presentados.”

Esta resolución implicó la eliminación del tope para el pago de incapacidades por enfermedad que contempla el artículo 10° del citado reglamento, el cual literalmente decía:

“Artículo 10°. De las prórrogas de incapacidades

Cuando el trabajador (a) activo tenga agotado el plazo máximo de 365 días y haya aportado 9 cuotas mensuales dentro de los últimos 12 meses anteriores a la fecha de su incapacidad, según la índole de la enfermedad y las circunstancias del caso, a juicio de la respectiva Comisión Médica Local Evaluadora de Incapacidades a que se refiere el artículo 15° de este Reglamento, podrán otorgarse periodos adicionales de incapacidad comprendidos dentro del período máximo de seis meses desde la fecha en que agotó los 365 días.

Dicha prórroga tiene como propósito, también, brindar la protección económica y un tiempo prudente para que el trabajador recupere su salud o en caso necesario, inicie las gestiones para ser valorado como candidato a pensión por invalidez. Una vez agotada la prórroga no es procedente el otorgamiento de nuevas incapacidades, salvo que el trabajador se reincorpore a su actividad laboral. El reconocimiento del subsidio procede sólo cuando haya transcurrido un año después del agotamiento de la prórroga y se cumpla con los plazos de calificación correspondientes estipulados en el artículo 34 del Reglamento del Seguro de Salud.

De no ser posible la reincorporación de los trabajadores en el plazo indicado, el patrono puede actuar conforme lo establecen los artículos 79 y 80 del Código de Trabajo.”

En términos económicos el impacto estimado por implementación de la resolución de la Sala Constitucional alcanza los ₡1,659, 408,099 (millones de colones) a marzo 2010 y habiéndose ejecutado según disposición de la Sala N° 2007-17971, a partir del 12 de diciembre 2007.

5. Fortalecimiento del proceso de planificación institucional y avances en la autoevaluación del sistema de control interno institucional.

Desde el 25 de agosto de 2006, la Presidencia Ejecutiva cursaba a la Contraloría General de la República el Oficio N° P.E. 34.494-06 en el que indicaba que se había asumido el compromiso de readecuar y fortalecer el sistema integrado de planificación, en sus ámbitos institucional, gerencial y local. Para ello se planteó la estrategia de incorporar una gestión transversal de la planificación, con un enfoque de gerencia estratégica y previa identificación de responsabilidades, fortalecimiento de recurso humano y tecnológico para que estén en capacidad de planificar su accionar en tres dimensiones: la gestión propia y exclusiva del ámbito de acción interno; los aspectos coordinados e interrelacionales con otras áreas de apoyo sustantivo y; la dimensión que impone la gestión en red de servicios institucionales. A efecto de facilitar su implementación apoyamos la construcción de una metodología común, guías y capacitación. Estábamos conscientes entonces y los estamos ahora, de que se trata de

un proceso de transición hacia una gerencia estratégica que nos permita coherencia, racionalidad e integración de procesos de toma de decisiones; así como disminuir los riesgos institucionales y sociales.

5.1. Creación de la Secretaría Técnica de Planeamiento Estratégico (STPE):

La Secretaría Técnica de Planeamiento Estratégico (STPE) fue instituida por acuerdo de Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), en la sesión N° 8150, celebrada el 10 de mayo de 2007. En efecto, el artículo N° 1 del Acta de dicha sesión, establece a la STPE como órgano encargado de *“la asesoría y control del planeamiento estratégico institucional y la programación de inversiones, con el fin de “posibilitar” el ejercicio continuado de ese planeamiento y esa programación, garantizar su debido monitoreo y seguimiento y la generación de las acciones correctivas oportunas en caso de inobservancia.”*

Desde la perspectiva institucional, la Secretaría Técnica de Planeamiento Estratégico debe identificar las necesidades y generar capacidades para articular los procesos de “Decisión Política”, “Servicio Público”, “Administración” e “Inversión y Costos” para construir inteligencia de servicios en salud y pensiones desde la perspectiva de mejora continua e integración de acciones estratégicas.

5.2. Fortalecimiento del control interno:

Respecto al aspecto de fortalecimiento del Sistema de Control Interno, este ha sido asumido por la Presidencia Ejecutiva en los términos que establece el inciso g) del artículo 2 de la Ley de Control Interno, Ley N° 8292, de setiembre de 2002 y que de seguido se transcribe:

“g) Actividades de control: políticas y procedimientos que permiten obtener la seguridad de que se llevan a cabo las disposiciones emitidas por la Contraloría General de la República, por los jefes y los titulares subordinados para la consecución de los objetivos del sistema de control interno”.

Es menester aclarar que la política institucional es adoptada por dos instancias colegiadas: la Junta Directiva y el Consejo de Presidencia y Gerencias, por lo que al Presidente Ejecutivo le corresponde verificar su adecuada implementación, la coordinación con las instancias institucionales correspondientes y la facilitación de procesos de autoevaluación, pero la institución cuenta con sus respectivas instancias administrativas operativas.

Durante el 2009, la Caja procuró consolidar acciones y actividades institucionales iniciadas en el 2006, con el fin de identificar, analizar, evaluar, administrar, y comunicar los riesgos institucionales relevantes, a través del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI), en apego a lo establecido en la Ley

General de Control Interno, Ley N° 82923⁴. Se generó además una matriz de riesgos institucional que incluye los conceptos de “impacto” y “probabilidad”. Ciertamente la labor de integrar procesos a nivel de una institución de 42,997 empleados (abril 2010) y con un presupuesto de 1979⁵ millones de colones no es tarea fácil; sin embargo, esta tarea está siendo apoyada por la Secretaría Técnica de Planificación y llevada a cabo por las Gerencias, unidades responsables y desconcentradas.

Una de las principales preocupaciones durante este período de gestión, ha sido el construir y fortalecer los procesos de planificación institucional. A la fecha de emisión del presente informe podemos destacar como resultados, el contar con un Plan Estratégico Institucional 2007-2012, que establece la “Adopción de procedimientos formales que garanticen la debida articulación entre la planificación estratégica institucional, los planes anuales operativos, los compromisos de gestión y el presupuesto”.

En el 2006, los principales procesos de planificación de las unidades de salud (PAO, Compromisos de Gestión y Presupuesto), se daban de manera separada e independiente, generando duplicación de esfuerzos y saturación del trabajo operativo que efectuaban las unidades ejecutoras.

A efectos de cerrar dicha brecha, se integró una Comisión Intergerencial constituida mediante acuerdo de Junta Directiva, artículo 7, de la Sesión N° 8306, con el fin de que las direcciones de Planificación, Compra de Servicios de Salud, Presupuesto y Proyección de Servicios de Salud, unieran esfuerzos para su ejecución. Como se verá en el apartado de “Acciones emprendidas para establecer, mantener, perfeccionar y evaluar el sistema de control interno institucional”, se han adoptado múltiples medidas para implementar y hacer operativo el sistema de control interno y se ha probado ya en proyectos críticos como la construcción del Hospital San Vicente de Paul.

Mediante acuerdo N° 18 de la Sesión 8433 de 25 de marzo de 2010, la Junta Directiva, en conocimiento de la presentación realizada por la Secretaría Técnica de Planeamiento Estratégico, acordó lo siguiente:

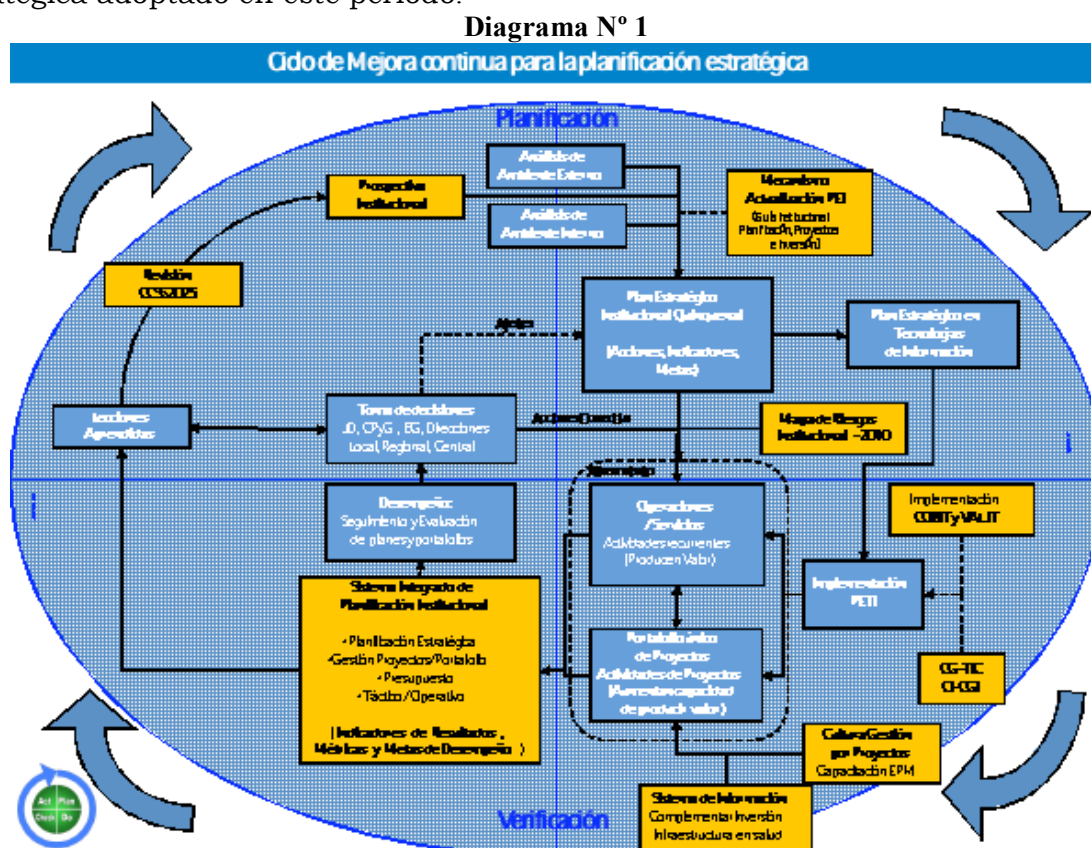
- 1) Aprobar el Plan Estratégico Institucional 2007-2012 actualizado.
- 2) Instruir a todas las Gerencias de la Institución para que cumplan de forma efectiva el Cuadro de Mando Institucional y sus referentes Gerenciales, garantizando que en todos los niveles de gestión, a los que se les trasladaron acciones, se cumpla con la estrategia quinquenal.
- 3) Instruir a la administración para la divulgación de este Plan, por medio del trabajo integral del Sistema de Planificación Institucional, mediante los enlaces gerenciales de planificación, la Dirección de Planificación Institucional y la Secretaría Técnica de Planeamiento Estratégico.

⁴ Ley General de Control Interno, N° 8292 del 27 de agosto del 2002, publicada en La Gaceta N° 169 del 04 de septiembre del 2002. Entró en vigencia en esa misma fecha.

⁵ Ver informe DFOE-SOC-IF-98-2009 de 15 diciembre, por medio del cual se aprueba el presupuesto de la Caja.

- 4) Diseñar, con el apoyo de la Secretaría Técnica de Planeamiento Estratégico, un sistema de información integrado para la utilización de este Plan y sus respectivas herramientas en el portal Web institucional, de modo que las Gerencias publiquen semestralmente los resultados de su gestión, a manera de rendición de cuentas y así realizar el seguimiento y monitoreo del Plan para el cumplimiento de la estrategia y visión al 2025.
- 5) Desarrollar el mapa de riesgos institucional con base en el Plan Estratégico Institucional 2007-2012 actualizado, que queda constando en actas, de tal forma que la valoración de riesgos esté alineada con la planificación institucional, y
- 6) Utilizar el Plan Estratégico Institucional 2007-2012 actualizado para que los proyectos de inversión que desarrollen formen parte de un único Portafolio Institucional de Proyectos, que incorpore los niveles locales, regionales y central, toda vez que éstos estén alineados con la estrategia y visión al 2025 sobre los cuales se realizará la valoración de riesgos respectiva.

En el siguiente diagrama se ilustra el ciclo de mejora continua para la planificación estratégica adoptado en este periodo:



Posteriormente en sesión N° 8437 artículo N° 2 la Junta Directiva acordó aplicar el estándar COBIT (*Objetivos de control para las tecnologías de información*) junto con VAL-IT (*Resultado de las Tecnologías de Información*) para cumplir en forma integral con las "Normas Técnicas para la gestión y control de las Tecnologías de Información N-

2-2007-CO-DFOE”, Estos estándares constituyen un conjunto de mejores prácticas para el manejo de las tecnologías de información, y se utilizan como un marco de trabajo para el buen gobierno de TIC y para la administración del portafolio de inversiones de TIC, garantizando que la institución logre los mayores beneficios con un costo razonable, y con un nivel conocido y aceptable de riesgo.

5.3. Atención de recomendaciones de la Contraloría General de la República:

En atención a puntuales recomendaciones de la Contraloría General, esta Administración se comprometió a fondo con los procesos de planificación institucional, en una organización altamente compleja, de 42,997 funcionarios y un presupuesto anual cercano a los tres mil millones de dólares. Durante la primera fase de implementación se articularon los instrumentos de planificación operativa y se mejoraron sustancialmente los compromisos de gestión que se suscriben con las unidades desconcentradas y con los terceros prestadores de servicios, para lo cual se realizó una revisión y actualización de indicadores a fin de depurar los mismos para la programación del 2010 y 2011.

Asimismo con el fin de buscar resultados intermedios se definieron los nuevos indicadores del compromiso de gestión en 6 dimensiones:

- eficiencia,
- accesibilidad,
- efectividad,
- continuidad,
- aceptabilidad y
- gestión administrativa.

Todos los indicadores fueron validados en un proceso de consulta a las instancias técnicas involucradas. De igual forma se vincularon los indicadores del Plan Nacional de Desarrollo, Plan Estratégico Institucional y Plan Táctico Local en el Plan de Gestión Local, con el fin de darle integralidad a este proceso y garantizar el cumplimiento de los objetivos propuestos en los diferentes niveles de gestión de la planificación.

También se desarrolló un “Formulario Electrónico” para facilitar el registro único de datos en los procesos de formulación, seguimiento y evaluación del Plan de Gestión Local 2010-2011, mecanismo que permite mejorar la tarea de planificación en la programación de las acciones de planificación operativa, compromisos de gestión y presupuesto. Posteriormente con los lineamientos desarrollados se da un proceso de socialización, entrega de lineamientos y capacitación en el mes de mayo 2009, en la que participaron al menos dos funcionarios de cada uno del total de establecimientos de salud⁶.

5.3.a. Acciones emprendidas para establecer, mantener, perfeccionar y evaluar el sistema de control interno institucional durante el período 2006-2010

⁶ Evaluación al proceso de articulación PAO, Compromiso de Gestión y Presupuesto, Dirección de Planificación institucional, noviembre 2009.

Las acciones emprendidas en este período se caracterizan, en su ámbito estratégico-político, por haber fortalecido el marco orientador, por medio de la actualización de la Política Institucional de Riesgos adoptada en el 2007; la incorporación del tema de control interno como parte de las Líneas de Acción del documento denominado: “Una Caja Renovada hacia el 2025” (2007); mediante la aprobación del Mapa de Riesgos Institucional incorporados en el 2009 y que está sujeto a revisiones periódicas y a la incorporación de la valoración de riesgos como una herramienta para el mejoramiento de la planificación estratégica (2009). También se han elaborado y aprobado los Informes de Autoevaluación del Sistema Institucional de Control Interno de los períodos 2006-2009.

Asimismo se aprobaron, divulgaron e implementaron estrategias, planes, lineamientos, guías metodológicas y de capacitaciones y asesorías, que derivaron en acciones en el ámbito técnico que reforzaron el tema de control interno a nivel institucional.

Podemos destacar como logros puntuales los siguientes:

- a) Consolidar la Autoevaluación del Sistema de Control Interno como una herramienta propicia para el mejoramiento continuo del sistema y de la gestión institucional;
- b) Contar con un Sistema Específico de Valoración de Riesgos Institucional (SEVRI) en los niveles estratégico (Plan Estratégico Institucional), táctico (Cuadro de Mando Institucional) y operativo (Plan Anual Operativo, en los Proyectos y en los Procesos Sustantivos por titular subordinado).

5.3.b. Fortalecimiento de la Conducción Técnica del Sistema de Control Interno Institucional.

Las acciones emprendidas para establecer, mantener, perfeccionar y evaluar el Sistema de Control Interno Institucional, tienen como insumos la Ley General de Control Interno y sus respectivas Normas, el cumplimiento de las Políticas y Lineamientos en la materia, así como el cumplimiento de las recomendaciones de los órganos de control, lo que le permite a la Caja Costarricense de Seguro Social cumplir con los lineamientos de política y metodológicos adoptados para el establecimiento, mantenimiento, perfeccionamiento y evaluación del SCII.

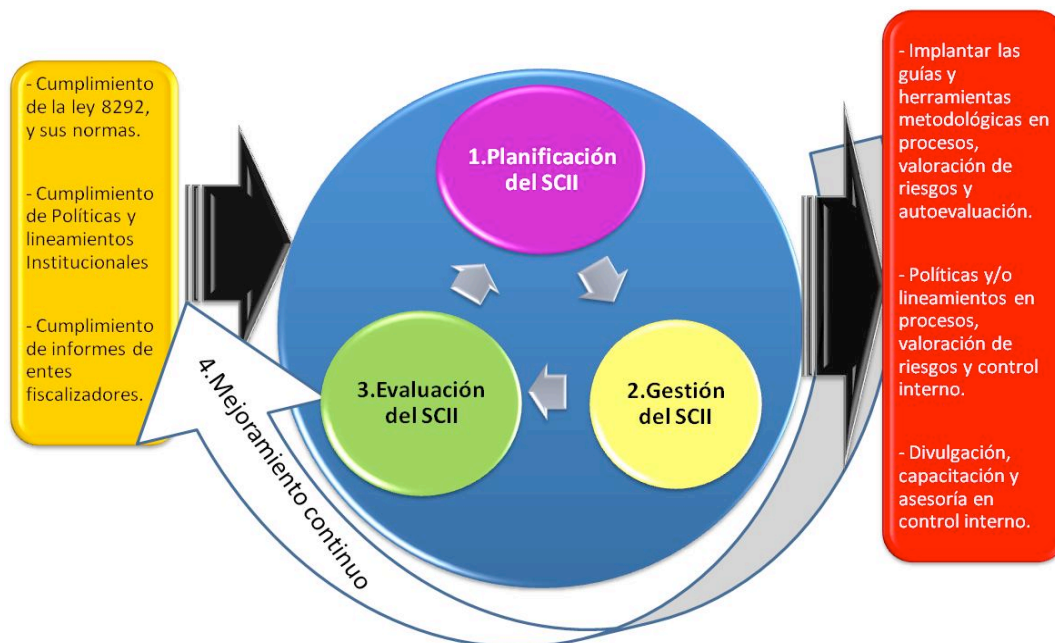
De conformidad con este marco regulatorio se establecieron tres componentes que se retroalimentan mutuamente:

- a) Planificación del Sistema de Control Interno Institucional (SCII);
- b) la Gestión del SCII, de acuerdo a lo planificado; y, finalmente,

c) La Evaluación del SCII, este con el fin de identificar oportunidades de mejora y retroalimentar el nuevo proceso de planificación del SCII, para reiniciar el ciclo.

El siguiente gráfico muestra el Modelo del Sistema de Control Interno Institucional

Diagrama N° 2
Modelo de la Implementación del Sistema de Control Interno Institucional



Las acciones emprendidas en cada una de las etapas del Sistema de Control Interno Institucional, del 2006 al 2010, son las siguientes:

5.3.c. Planificación del Sistema de Control Interno Institucional

5.3.c.1. Gestión del Conocimiento

Desde el 2006 a la fecha se han llevado a cabo actividades de formación y capacitación, con el fin de garantizar la apropiación de conocimientos necesarios sobre gestión de riesgo institucional para elaborar los planteamientos metodológicos y regulatorios.

5.3.c.2. Definición de lineamientos de Control Interno a nivel Institucional.

Del 2006 al 2010 se elaboraron e incluyeron los lineamientos en materia de Control Interno, para ser incluidos en los Planes Anuales Operativos que deben cumplir las unidades de la Caja Costarricense de Seguro Social (autoevaluación, procesos, valoración de riesgos, seguimiento de planes de mejora y tratamiento de riesgos).

5.3.c.3. Gestión del Sistema de Control Interno Institucional

Se elaboró la propuesta del Modelo del Sistema de Control Interno Institucional, la cual fue adoptada por la Gerencia Administrativa, e implementada a través de instancias de capacitación.

Desarrollo de guías y herramientas metodológicas (2006-2009):

- Autoevaluación: A partir del 2006 se elaboró una herramienta automatizada para la aplicación del proceso de autoevaluación, tanto de la Junta Directiva como de los Titulares Subordinados. Actualmente esta herramienta aplica las nuevas Normas de Control Interno para el Sector Público vigentes desde Febrero de 2010.
- Procesos: En ese mismo período se elabora la Guía Metodológica de Levantamiento y Documentación de Procesos y la herramienta automatizada para elaborarlos, y se les entrega a los diferentes responsables de control interno de las unidades de la institución. En el año 2008 se actualiza la guía incorporando el capítulo “Rediseño de Procesos” y se elabora la Guía para la elaboración de Manuales de Procedimientos. Para el 2009 se incluye la Evaluación de los Controles en los procesos como una mejora del Capítulo de “Rediseños de Procesos”, y para el año 2010 se tiene programado elaborar la Guía para el diseño del Modelo de Macroprocesos para las Direcciones y las Gerencias.
- SEVRI: Se elaboraron la Guía para la Aplicación del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional (SEVRI) en los procesos y la Guía para la Aplicación del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional (SEVRI) a nivel macro, con su respectiva herramienta automatizada, como productos disponibles a finales del 2006. En el 2009 se elaboró la “Guía para la aplicación del Sistema Específico de Valoración del Riesgo (SEVRI) a proyectos y portafolio de proyectos”, con su herramienta automatizada para aplicar la metodología. En este mismo año se actualizó la herramienta del SEVRI a nivel macro, con el fin de vincularlo con la planificación institucional.

5.3.c.3.1. Implementación del Sistema de Control Interno

Se ha brindado capacitación a funcionarios de las unidades de la Caja Costarricense de Seguro Social, en aspectos relevantes tales como la “Ley General de Control Interno y sus Normas”, “Levantamiento, documentación y rediseño de Procesos”, “SEVRI”, “Autoevaluación”, con el fin de fomentar un ambiente y una cultura favorable para el control, así como dotar a las unidades de las herramientas necesarias para el mejoramiento de sus sistemas de control interno.

Dentro del “Mecanismo para la actualización de los instrumentos de planificación”, desarrollado por la Secretaría Técnica de Planeación Estratégica, en el Capítulo 2.6.7. Mapa de Riesgos Gerenciales, a grandes rasgos, se contempla lo siguiente:

- a) Identificación de riesgos en las acciones definidas en el Cuadro de Mando Institucional y en los Cuadros de Mando Gerenciales por los equipos gestores de riesgos de cada gerencia.
- b) Cada Gerencia deberá asignar responsables y recursos para administrar los riesgos y garantizar la realización de las metas y el cumplimiento de los objetivos, todo esto como se establece según acuerdo de Junta Directiva.
- c) A lo interno de cada gerencia se deberá tomar las acciones para la administración y revisión de los riesgos, así como monitorear y dar seguimiento a las acciones y sus resultados.
- d) Las modificaciones propuestas por las gerencias a los cuadros de mando gerenciales deben generar una revisión y valoración de estos riesgos.
- e) Si alguna de las acciones definidas para la administración de riesgos es considerada como una “acción estratégica”, esta acción deberá incluirse en las siguientes revisiones del Cuadro de Mando Gerencial.
- f) Las acciones consideradas como operativas, tendrían una unidad ejecutora o un funcionario como responsable de la ejecución en un plazo determinado, aún cuando esa acción no sea incorporada en el nuevo Cuadro de Mando Gerencial.

A continuación se consigna el resultado de capacitación indicado supra:

Tabla N° 6

Año	Unidades Ejecutoras	Funcionarios
2006	231	1241
2007	321	1019
2008	321	956
2009	321	771 Presencial 42 Virtual
2010	170	500 Presencial 150 virtual
TOTAL	4.579 FUNCIONARIOS CAPACITADOS	

Elaboración y aprobación del Mapa de Riesgos Institucional (2008-2009).

El Mapa de Riesgos Institucional fue aprobado por Junta Directiva en julio de 2009, disponiendo la ejecución de las recomendaciones y ajustar el análisis de riesgos al Cuadro de Mando Institucional, posteriormente en la sesión N° 8429 artículo 16 la Junta Directiva conoció las acciones realizadas para la actualización del Mapa de Riesgo Institucional, entre ellas las orientadas a garantizar la calidad de análisis de información y la coordinación con otras instancias institucionales. En la Sesión N° 8433, artículo 18, la Junta Directiva de 25 de marzo de 2010, ese órgano colegiado dispuso que el Mapa de Riesgos Institucionales se actualizara con base en el Plan Estratégico Institucional 2007-2012 debidamente aprobado. En la Sesión N° 8441 del 29 de abril de 2010, la Junta Directiva conoce la actualización del Mapa de Riesgos Institucional.

5.3.c.4. Valoración de Riesgos en los proyectos y unidades sustantivas.

En acatamiento de las nuevas Normas de Control Interno para el Sector Público, aprobadas por la Contraloría General de la República, se diseñó el modelo y los instrumentos metodológicos para realizar valoración de riesgos en los proyectos y en el portafolio de proyectos institucionales, así como la metodología de valoración de riesgos en los procesos sustantivos y establecimiento de responsabilidad a nivel de jefaturas.

5.3.d. Evaluación del Sistema de Control Interno Institucional

5.3.d.1. Diseño del modelo de seguimiento y evaluación (2009-2010).

En el 2009 se diseñó y aprobó el Modelo de Seguimiento y Evaluación del Sistema de Control Interno Institucional, conceptualizado como el componente Funcional de Seguimiento del control interno, según lo establece la Ley y las Normas de Control Interno y los lineamientos de la Contraloría General de la República. En apoyo al modelo se elaboró la Estrategia de Seguimiento al Sistema de Control Interno, la cual ésta se encuentra en proceso de revisión; se tienen programadas pruebas piloto en diferentes unidades ejecutoras, con el fin de comprobar la validez y suficiencia del modelo y de los instrumentos de la estrategia de seguimiento y evaluación del Sistema de Control Interno Institucional.

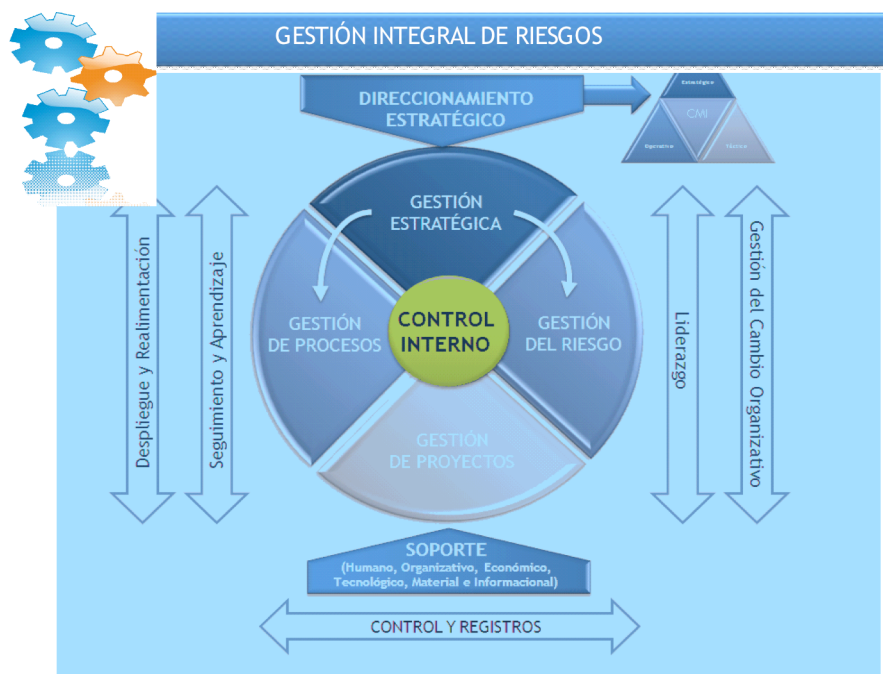
5.3.e. Mejoramiento continuo del Sistema de Control Interno Institucional

5.3.e.1. Planes de tratamiento de riesgos (2008-2010)

Parte del proceso de valoración de riesgos, en la etapa de administración de riesgos, es mejorar la gestión, por lo que, los diferentes equipos gestores de riesgos deben incorporar dos perspectivas: la preventiva, que son los planes acción-mejora; y la reactiva, que incluye los planes de contingencia. A la fecha está establecido para todos los niveles de la institución planes de acción o mejora y planes de contingencia para atender los riesgos identificados en los procesos sustantivos, en la planificación estratégica y operativa y en los proyectos y el portafolio de proyectos institucional.

En el siguiente diagrama se muestra los elementos de la gestión integral de riesgos.

Diagrama N° 3



6. Principales logros alcanzados durante el período de gestión.

La Caja Costarricense de Seguro Social va hacia delante. En este período y a pesar de la recesión económica que golpeó a nivel global, fuimos capaces de concluir obras e instalar equipos de última generación, -y que cuenten con los especialistas que requieren-, crear nuevos EBAIS, reiniciar el programa de trasplantes, innovar en múltiples áreas médicas todo ello con el único fin de dar un servicio de salud de primera a la comunidad.

Tenemos Hospitales seguros en términos de ingeniería y riesgo, con cobertura en pólizas de seguro; evaluados por expertos, reforzados y mejorados, en Osa y Liberia; el área de Farmacia del Hospital México Centros de Salud en Puriscal y Cañas; Áreas de Salud en Alajuelita, Edificio A del Hospital de la Mujeres y el Nuevo Edificio del Hospital Blanco Cervantes. Por su parte el Hospital de Heredia cuya construcción ya finalizó se encuentra en etapa de revisión y recepción por parte de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías de la Caja.

Vemos una institución con retos, pero también una institución vigorizada que marcha segura hacia delante, con una visión de futuro basada en los principios que le dieron origen: la universalidad, la obligatoriedad, la solidaridad, y la igualdad. Tenemos un compromiso con las mejoras en la cobertura y la calidad, bajo una visión integral de la salud, prevención, promoción, curación y rehabilitación y una atención integral en pensiones. Otro elemento esencial de la Caja y la seguridad

social es la obligatoriedad de la cotización, este elemento está en la médula ósea de nuestro marco jurídico y en la mente y en el corazón de los costarricenses⁷.

Hemos ampliado los servicios de urgencias, y la Lista Oficial de Medicamentos (LOM) y los No LOM. En atención a este tema tenemos una fortaleza en la política institucional de medicamentos esenciales, que tiene tres características:

La **primera** está basada en criterios de producción, estas características son de una política institucional de país desarrollado. Los criterios de selección, están acordes con la Organización Mundial de la Salud, las prácticas de mayor excelencia y recomendaciones de ese organismo multilateral. Hemos impulsado el concepto de justo a tiempo en la entrega con participación de los proveedores y reduciendo los costos institucionales de almacenamiento y bodegaje. La búsqueda de precios asequibles y más justos, que está basada en el patrón de *morbi mortalidad*, tanto de las factores de enfermedad como de muerte, basada en la evidencia de la eficacia y la seguridad de cada medicamento, y en los costos y en la eficacia comparativa. Hay que señalar que cerca de un 40% de los medicamentos que adquiere la Caja tienen un único proveedor lo que nos dificulta el beneficiarnos de la competencia para mejorar los precios.

La **segunda** es contar con una estructura para la selección de medicamentos, hay un comité central de farmacoterapia integrado por trece médicos y farmacéuticos. En medicina interna, cirugía, ginecoobstetrica, pediatría, anestesia, oncología, infectología, farmacia química y farmacia, que definen y evalúan el perfil epidemiológico y toman decisiones basadas en evidencia, robusto desde el punto de vista técnico y clínico.

La **tercer** característica de la política institucional sobre medicamentos es el fundamento legal, que parte incluso de los Decretos de vieja data N° 13, 8, 7, 8; de la SPDEC, del 22 de setiembre de 1982 y reformado con el Decreto 19.4.3, allí ya era Ministerio de Salud, del 23 de noviembre de 1989, que define esta política de medicamentos que se compra con base en el principio activo, y que tenemos cuatrocientos cincuenta y tres principios activos en seiscientos veintisiete presentaciones.

Todo ello lo llevamos a cabo utilizando una caja de herramientas, que contempla desde licencias obligatorias a importaciones paralelas, la cláusula de Larch⁸, y la posibilidad del registro automático de medicamentos.

6.1. Ampliación de la cobertura y mejora de servicios:

El 24 de abril de 2008, la Junta Directiva aprobó la reestructuración de la Gerencia Médica, lo que permitió trabajar una estructura organizacional más

⁷ Ver Acta de sesión ordinaria N° 30 del jueves 17 de agosto de 2006, de la primera legislatura de la Comisión Permanente Especial de Relaciones Internacionales y Comercio Exterior de la Asamblea Legislativa.

⁸ Lenguaje de interface.

adecuada para lograr los objetivos de mejora de servicios. Este proceso de reestructuración incluyó, entre otros, los siguientes elementos:

1. La creación de la Dirección de Centros Especializados, que tiene a cargo las siguientes Unidades:
 - Centro de Control del Dolor y Cuidados Paliativos
 - Laboratorio Nacional de Citologías
 - Clínica Oftalmológica
 - Laboratorio de Genética Molecular Humana (Paternidad Responsable)
 - Banco Nacional de Sangre
2. La Dirección de Proyección de Servicios de Salud, responsable de la planificación de los servicios de salud e incluye tres áreas específicas:
 - Análisis y Proyección de Servicios de Salud
 - Estadística de Salud
 - Soporte Estratégico para los Servicios de Salud
3. El Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS), mantuvo sus funciones como ente encargado de la capacitación y formación del recurso humano institucional.
4. La Dirección de Medicamentos y Terapéutica, varió su nomenclatura y su perfil funcional, transformándose en la Dirección de Farmacoepidemiología.
5. Se eliminó la Dirección de Información en Salud y se mantuvo la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.
6. En el caso de la Dirección de Gestión y Redes de Servicios de Salud, cambió de nomenclatura a Dirección de Red de Servicios de Salud.
7. Se creó el Centro de Gestión Informática como dependencia perteneciente al Despacho Gerencial. Esta unidad brinda soporte informático y asesoría tanto a las direcciones de sede como a los centros médicos. Cabe destacar, que uno de los hechos relevantes que está ejecutando el CGI es la integración, en materia de Centros de Gestión Informática, de un consejo que desde ya se reúne con todos los representantes de los diferentes niveles de atención, CGI Gerenciales y Jefaturas de DTIC.

A partir del 2008, la Unidad Técnica de Listas de Espera varió su estrategia de trabajo y la forma de afrontar la situación de las colas de pacientes existentes en los servicios de cirugía de un grupo específico de centros médicos generándose los denominados Plan Piloto de Cirugía Vespertina, el cual está dirigido a la realización de cirugías de mediana y baja complejidad, que no requieran de hospitalización. Cada centro hospitalario desarrolla su propia estrategia incorporando aquellas especialidades que consideran prioritarias para impactar la lista de espera quirúrgica. Esta iniciativa arrancó, en una primera etapa, en los hospitales Rafael

Ángel Calderón Guardia y San Juan de Dios donde se redujo la lista de espera quirúrgica en aproximadamente un 30%. Actualmente el programa se desarrolla también en el hospital Max Peralta y Nacional de Niños. Esta estrategia nos permitió impactar por primera vez en cinco años, la lista de espera en cirugía a nivel nacional.

Diagrama N° 4
Planes pilotos implementados

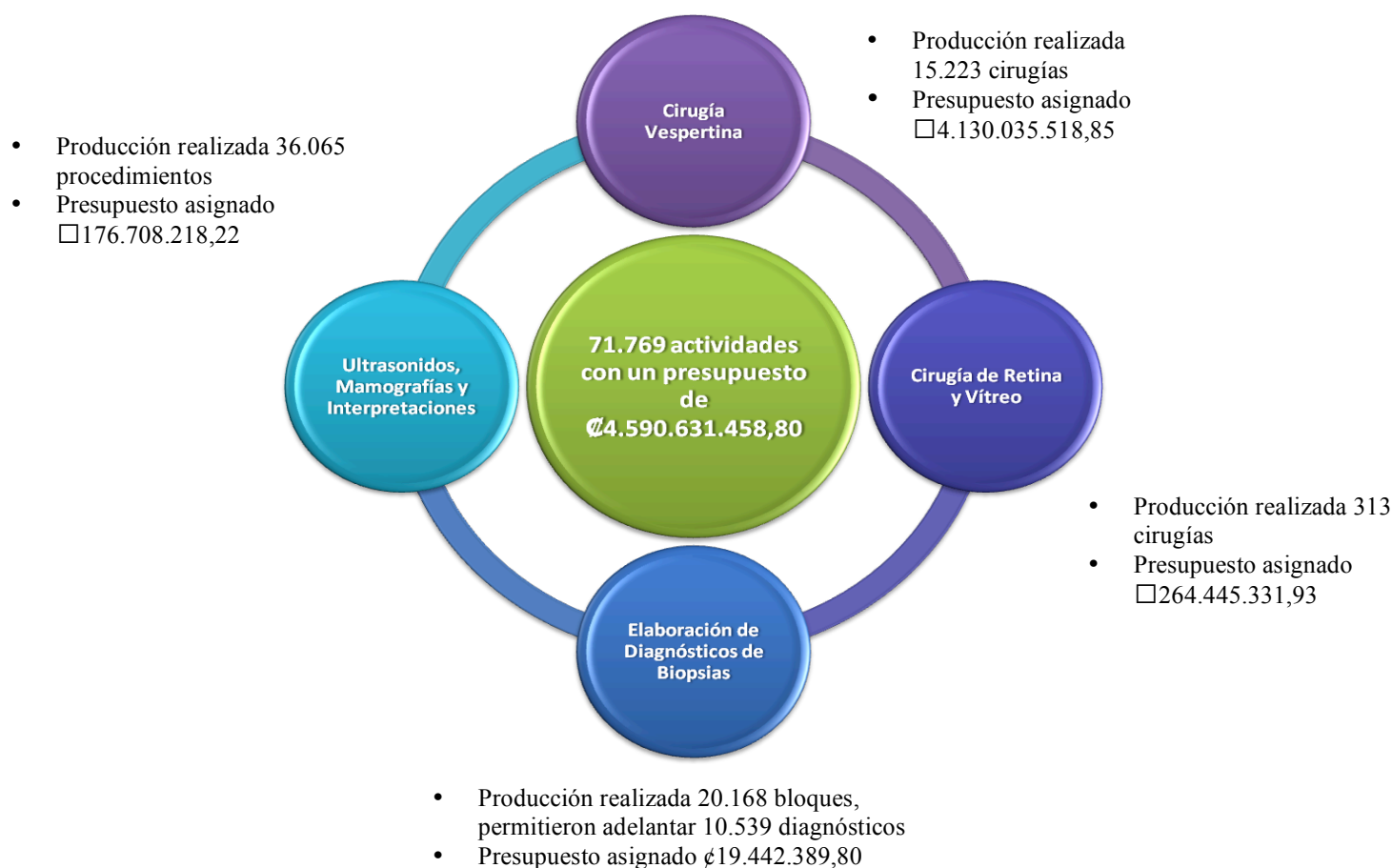


Tabla N° 7
Impacto de la estrategia de reducción de listas de espera por centro hospitalario

Establecimiento	Tracto			Total de cirugías pactadas I-II Y III Tracto	Total de cirugías realizadas II Tracto	Total de cirugías realizadas III Tracto	Total de cirugías realizadas
	I	II	III				
Hospital Rafael A. Calderón Guardia	1.438	2.148	1.932	5.518	3.689	1.590	5.279
Hospital Max Peralta Jiménez	1.251	1.021	1.296	3.568	2.247	1.212	3.459
Hospital San Juan De Dios	1.424	1.708	2.838	5.970	3.277	2.070	5.347
Hospital Nacional De Niños	0	274	330	604	163	171	334
Hospital México	0	0	1.568	1.568	0	804	804
Total General	4.113	5.151	7.964	17.228	9.376	5.847	15.223

6.1.a. Aumento de cobertura:

La Caja ha adoptado una serie de medidas para ampliar la cobertura de aquellas personas que pertenecen a la economía informal, entre las que destacan los trabajadores de tiempo parcial; agricultores de autosuficiencia y servidoras domésticas.

Para aumentar la incorporación de los trabajadores independientes e informales, la Caja ha desarrollado estrategias diferenciadas, entre ellas las siguientes:

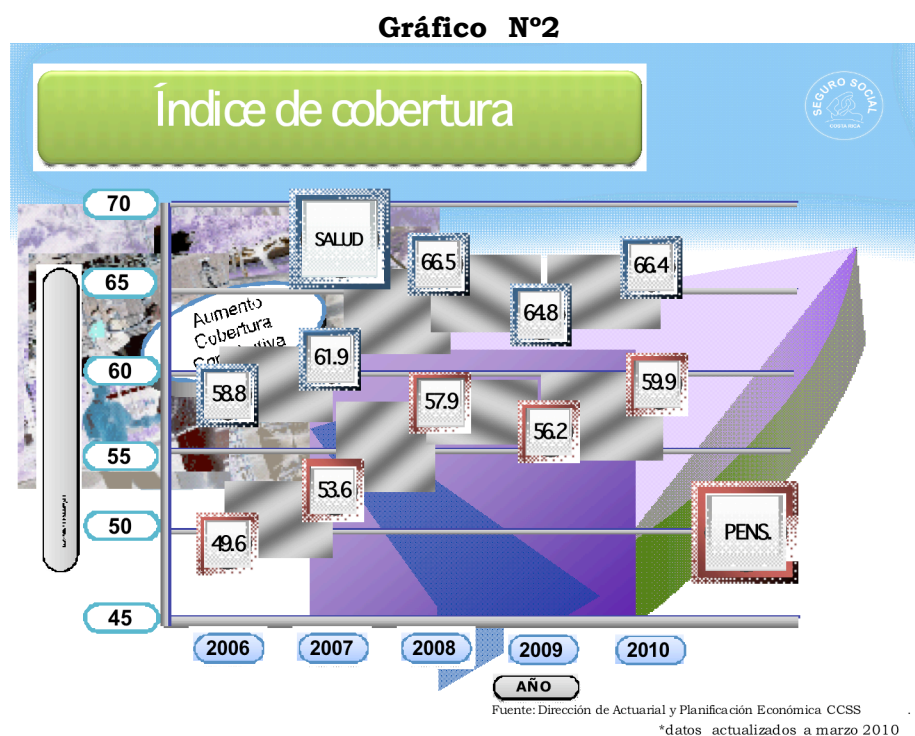
- a. Suscripción de convenios con asociados por actividad productiva:
Se han suscrito convenios con grupos especiales para garantizar el acceso a los servicios de salud y pensión. Estos convenios han permitido incorporar al sistema a 82,325 personas entre pescadores, parceleros, agricultores y artesanos.
- b. Convenios con el Estado⁹:
Estos convenios cubren las prestaciones a indigentes, servicio exterior, migrantes, y a menores de edad con independencia de la nacionalidad y estatus migratorio.
- c. Servidoras domésticas y amas de casa:
Considerando que la mitad del sector analizado labora menos de 24 horas, y

⁹ Ver, Ley N° 7374 “Aprobación de los contratos de préstamo suscritos entre el Banco Interamericano de Desarrollo y el Gobierno de la República de Costa Rica”, el artículo 6 establece: “El costo de atención de la población indigente se cubrirá con los recursos provenientes de las partidas del Fondo de Asignaciones Familiares para lo cual se utilizará como referencia el porcentaje de cotización media, calculado por la Dirección Técnica Actuarial de la Caja Costarricense de Seguro Social”.

devenga ingresos equivalentes a una quinta parte de la base mínima contributiva, actualmente se analizan distintas opciones para garantizar la accesibilidad de los seguros sociales mediante una cotización diferenciada.

Con estas estrategias implementadas podemos afirmar que durante el periodo correspondiente al presente informe, la seguridad social costarricense logró consolidarse en servicios y cobertura.

El siguiente gráfico muestra el avance de los índices de cobertura en los últimos cinco años tanto en salud como en pensiones:



Como se observa, en el caso del Régimen IVM la cobertura alcanzó a marzo 2010 un 59.9%, siendo esta la mayor cobertura alcanzada en la historia de la Institución. Por su parte, la cobertura en salud experimenta una baja en agosto 2009 que se reporta en una caída en cobertura al 64.4% como resultado de la recesión mundial y a la pérdida de empleos. La Caja es una institución que recibe sus ingresos principales de tres fuentes: el aporte del patrono, el aporte del trabajador y el aporte del Estado, al contraerse la economía global su impacto en la economía nacional se mostró en una contracción de mercados, decrecimiento del empleo y disminución de la oferta crediticia, lo que implicó a su vez una disminución en la recaudación de los ingresos de la Caja, ya que se afectaron los tres actores contribuyentes al sistema; para el mes de agosto 2008 el sector privado reportaba una pérdida de cerca de treinta y cinco mil empleos; mayoritariamente en los sectores del agro, construcción y turismo. Los trabajadores reportados a la Caja de Seguro Social bajaron 10%; sin

embargo, a través de los empleos asociados a los cultivos estacionales y el crecimiento en servicios especializados como los Call Center, así como por empleos generados en el sector público y la incorporación al régimen contributivo de la Caja del 52% de la población inmigrante económicamente activa, se logró paliar las pérdidas indicadas. Además, la Caja había desarrollado desde el 2007, una agresiva campaña para la afiliación al sistema de los trabajadores independientes mediante el PRECIN y para las PYMES que dio sus frutos y siendo el sector más golpeado por la crisis económica mundial, era de esperar que generaran mayor morosidad o retiro del sistema, para paliar este impacto, se implementaron mecanismos de arreglo de pago y garantías para no perderlos de la cobertura y beneficios, especialmente en época de crisis tal y como ya se indicó.

Posteriormente, a partir de setiembre de 2009 se observa una franca recuperación.

6.2. Sostenibilidad del Seguro de Salud

En el Seguro de Salud, y desde una perspectiva estrictamente actuarial, el tema de la sostenibilidad financiera de corto, mediano y largo plazo, se torna en el elemento sustantivo a considerar. En tal sentido, la genética estructural de los ingresos del Seguro de Salud, los elementos coyunturales y la presencia de los factores de riesgo generados por el entorno, en sus diferentes dimensiones: económica, judicial y salarial, constituyen aspectos que necesariamente deben abordarse en el análisis de este régimen de protección.

6.2.a. Sostenibilidad Financiera

La garantía permanente de la sostenibilidad financiera en los seguros sociales guiados por un esquema contributivo - **como lo es el caso de los seguros administrados por la Caja Costarricense de Seguro Social** - constituye un reto presente en todo momento. En su aplicación al Seguro de Salud, el concepto trata, sobre la viabilidad financiera que tendrá el Seguro de Salud para proveer a la población - **actual y futura** - el conjunto de prestaciones definidas a nivel reglamentario y programático.

Como punto de partida, es de particular importancia señalar que genéticamente la estructura de los ingresos del Seguro de Salud, descansa en dos grandes columnas: el aseguramiento contributivo de la población activa y el aporte estatal por concepto de cobertura a programas específicos, principalmente, lo relativo a la población indigente. Concretamente el diseño estructural de los ingresos puede resumirse de la siguiente forma:

$$I = \Pi \cdot M_c + A.E.P.E$$

Π = Es la prima global promedio, aproximadamente en 14.6% sobre la masa cotizante.

A.E.P.E = Es el Aporte Estatal para Programas Específicos: Asegurados por Cuenta del Estado, Internos en Centros Penales, Código Niñez y Adolescencia y Otros.

Ambos componentes están expuestos, como es razonable, a los factores de riesgo, derivados de eventuales variaciones no usuales del entorno económico (una recesión económica por ejemplo), principalmente las contribuciones, las cuales representan aproximadamente el 94% del total de ingresos. Al respecto, la recesión económica experimentada por nuestro país, durante el 2009, y la consecuente reducción en los ingresos por contribuciones – **70 mil millones de colones** - constituye un claro ejemplo de esa dependencia. En este caso de la aplicación de una política anticíclica y reservas estratégicas para enfrentar situaciones inusuales como ésta, permitieron un funcionamiento “ normal ” de la atención en salud. Ello no fue lo característico en ninguno de los sistemas de salud del hemisferio. Por otra parte, y en referencia al aporte estatal por concepto del aseguramiento de la población indigente, es preciso señalar como parte de sus características el rezago estructural, cuya explicación radica en que el reconocimiento por parte del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF) y como garante de última instancia del Ministerio de Hacienda se efectúa a posteriori, una vez verificada la obligación y transcurrido el periodo. Sobre este aspecto, es oportuno señalar que el cobro por este programa es población efectivamente atendida, y por ello al final de cada año calendario esto es revisado por la Dirección General de Desarrollo Social y Asignaciones familiares (DESAF) y se genera la factura de la deuda del año anterior.

Por otra parte, y en lo que se refiere a los egresos del Seguro de Salud, es factible identificar la siguiente formulación:

$$E = f(SP, SNP, MS, TC, BD, O)$$

SP: Servicios Personales

SNP: Servicios No Personales

MS: Materiales y Suministros

TC: Transferencias Corrientes

BD: Bienes Duraderos (Infraestructura y Equipo)

O: Otros gastos (intereses y comisiones, activos financieros, amortización, etc).

Aún y cuando esta estructura permite su programación, intrínsecamente contiene riesgos asociados a elementos exógenos y endógenos.

6.2.b. Entorno

La referencia que tradicionalmente se hacía en los análisis financieros del Seguro de Salud, estaba circunscrita básicamente al comportamiento del ambiente económico; sin embargo en los últimos años la importancia relativa que ha ido ganando la judicialización de la seguridad social – **pronunciamientos de la Sala Constitucional que obligan a la CCSS el suministro de determinados medicamentos y tratamientos** – y los efectos indirectos de políticas salariales externas a la CCSS – **relacionadas con la política de percentiles dictada por**

el Servicio Civil - hacen necesario, que adicionalmente se consideren otros entornos, específicamente el judicial y el salarial. Esto, principalmente por la alta vulnerabilidad que muestran los gastos, ante cambios en esos entornos.

6.2.c. Situación Financiera Actual

Es necesario indicar que el tema de sostenibilidad financiera, por su connotación debe abordarse bajo una perspectiva actuarial – **de mediano y largo plazo** - en dónde lo sustancial, más allá de los flujos, es la estructura financiera y su consistencia, reflejada en la razón de sostenibilidad financiera, o sea, la solidez de los ingresos reglamentarios frente al comportamiento y tendencias del gasto. Al respecto, el cuadro siguiente muestra el comportamiento de la razón de sostenibilidad financiera, (I-E) / I, durante la presente década.

Tabla N° 8
Ingresos, Gastos y la Razón de Sostenibilidad Financiera
Durante el Período 2000-2009
- En Millones de Colones -

Año	Ingresos Reglamentarios (I)	Egresos (E)	Relación (I-E) / I %
2000	259,614.0	213,539.3	17.7%
2001	299,095.1	270,038.8	9.7%
2002	345,350.2	303,535.5	12.1%
2003	381,220.2	357,179.8	6.3%
2004	494,843.4	407,952.6	17.6%
2005	530,417.7	475,944.1	10.3%
2006	722,999.5	568,384.9	21.4%
2007	765,201.3	695,947.1	9.1%
2008	948,195.9	840,183.9	11.4%
2009 1/	1,113,898.2	1,031,963.2	7.4%

1/ Dato preliminar

Fuente: Análisis Técnico, Dirección Actuarial, CCSS.

La importancia de los valores positivos en la razón (I – E) / I, como indicador de sostenibilidad financiera, radica en el concepto mismo, el cual indica la proporción relativa del superávit financiero respecto al ingreso, o sea, en cuanto superan relativamente los ingresos a los egresos. De ahí la importancia de la generación continua y sostenida de valores positivos en esa razón. Cabe señalar, que a pesar de los efectos adversos que durante el período 2008-2009, causó la coyuntura externa, esta razón mantuvo un valor positivo.

6.2.d. Perspectivas

Con el propósito de evaluar la sostenibilidad financiera en un período de 15 años, se ha empleado un modelo financiero, que incorpora varios escenarios. Concretamente por el lado de los ingresos, las diferencias entre **escenarios – pesimista, base y optimista** - se circunscriben a: la evolución en la cobertura contributiva y el crecimiento de la masa salarial, mientras que por la vertiente del gasto la diferencia en los supuestos se remite a la tasa de crecimiento en el rubro de servicios personales, número de plazas para nuevos EBAIS, otros servicios y el monto de la construcciones financiadas con ingresos corrientes y fideicomiso.

Con fundamento en esos supuestos, y empleando el modelo de proyección financiera, los resultados obtenidos con la relación de **Excedente de Ingresos sobre Egresos, Respecto a los Ingresos: $(I-E) / I$** , son los siguientes:

Tabla N° 9
Seguro de Salud
Proyección de la Razón de Sostenibilidad Financiera
(I-E) / I, por Año: 2010 – 2025

Año	Razón de Sostenibilidad Financiera %		
	Escenario Ingreso Base Egreso Pesimista	Escenario Ingreso Base Egreso Base	Escenario Ingreso Optimista Egreso Base
2010	1.12	1.12	1.12
2013	1.77	1.46	5.36
2016	(0.77)	3.20	12.29
2019	(3.97)	4.86	18.55
2022	(5.68)	5.02	22.85
2025	(12.89)	0.94	23.25

Fuente: Dirección Actuarial, CCSS.

Estos resultados deben interpretarse como referentes circunscritos a determinadas hipótesis, y en esa medida indican la importancia de orientar las acciones y políticas hacia la eficiencia en la gestión de los ingresos y egresos.

Bajo ese marco, las proyecciones reflejan que bajo las condiciones actuales – **crecimiento económico del 3% , gestión de PRECIN, control de la morosidad** - la razón de sostenibilidad financiera se mantiene positiva hasta aproximadamente el 2025, mientras que bajo condiciones más optimistas en cuanto a la existencia de crecimiento económico del 5% anual y las acciones anteriormente apuntadas, así como mayor control en la gestión de gasto – **principalmente en servicios**

personales - en las diferentes unidades, permiten garantizar una razón de sostenibilidad financiera positiva, más acentuada, durante todo el período de proyección.

En cuanto al escenario pesimista resulta evidente que los resultados negativos, aparecen en el 2016; no obstante, debe rescatarse que existe la obligación institucional de que en los próximos años, al menos se transite bajo los lineamientos que enuncia el escenario base, los cuales básicamente se circunscriben a un crecimiento relativo en la cobertura y a la implementación de acciones de control de gasto, específicamente sobre el rubro de servicios personales.

6.2.e. Conclusiones

6.2.e.1. La sostenibilidad financiera es un concepto referido al equilibrio entre ingresos y egresos, a través del tiempo, en donde el diseño de la estructura genética de los ingresos descansa en dos grandes columnas: Contribuciones y aportes estatales. La clara comprensión de esta estructura es fundamental, no solo para la definición del perfil de beneficios, sino para identificar la presencia de riesgos asociados a la sostenibilidad financiera, y las posibles vías de solución.

Concretamente los riesgos intrínsecos en esa estructura genética de los ingresos, en el pasado reciente – crisis financiera internacional - han sido mitigados mediante acciones más agresivas de cobertura, mayor eficiencia en la facturación y control de la morosidad; aspectos que se materializan en mayor recaudación.

6.2.e.2. El tema actuarial está relacionado con la estructura del financiamiento – fuentes de ingresos reglamentariamente establecidas - y su consistencia con el perfil de beneficios, reflejándose cuantitativamente en la razón de sostenibilidad: (I-E) / I. Por ello, el análisis de sostenibilidad financiera debe enfrentarse desde una perspectiva estrictamente actuarial.

6.2.e.3. A diferencia de tiempos pasados los riesgos asociados a las finanzas institucionales no solamente radican en el entorno económico, ya que actualmente el entorno judicial y el entorno salarial representan factores de riesgo importante. Es claro que tal situación afecta directamente la estructura genética que sustenta financieramente el Seguro de Salud, y que eventualmente pueden manifestarse en menores ingresos por contribución y aportes, lo que conjuntamente con el surgimiento de gastos no programados, incidirían en el desempeño financiero.

6.2.e.4. Por la incidencia que han mostrado en el gasto institucional la política de percentiles implementada por el Servicio Civil – 22 mil millones en el 2009 y 34 mil millones de colones en el 2010 – así como lo referente al pronunciamiento de la Sala IV, relacionado con medicamentos varios y muy caros y los demás factores de riesgo introducidos por el entorno, es necesario identificar líneas de acción que permitan seguir dándole sostenibilidad al Seguro de Salud. Para enfrentar tal situación, las acciones endógenas relacionadas con los programas de extensión de cobertura (PRECIN), combate a la morosidad (call center), así como el control presupuestario

en las diferentes unidades se presentan como alternativas de amortiguamiento de esos riesgos.

6.2.e.5. Las proyecciones financieras constituyen un referente válido en el marco de los supuestos utilizados, en donde es necesario considerar la genética estructural de los ingresos – contribuciones y aporte estatal – y consecuentemente los riesgos asociados, así como los mecanismos de amortiguamiento. El panorama proyectado muestra, que mediante criterios de optimización de gasto y un adecuado control de los riesgos, es posible mantener por plazos relativamente prolongados, una razón de sostenibilidad positiva.

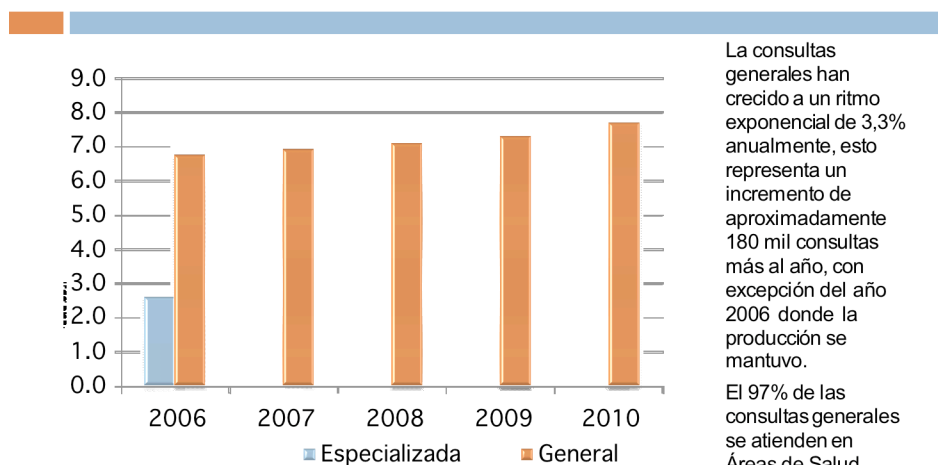
6.2.e.6. Aún y cuando los factores de riesgo definidos por el entorno - en sus diferentes dimensiones - inciden sobre la estructura financiera del Seguro de Salud, las acciones orientadas a una mejor gestión de los ingresos – cobertura y recaudación – así como la mejor gestión del gasto constituyen mecanismos de mitigamiento, ya comprobados.

6.3. Mejora de servicios:

Este periodo se caracterizó por el aumento de los servicios, el personal, los equipos e infraestructura, especialmente en el segundo nivel, que incluye los hospitales periféricos –los de las zonas rurales como Los Chiles, San Vito o Turrialba y los hospitales de las cabeceras de provincia, al pasar de 31.2% de los egresos del 2006 a 34.5% programado para el 2010. Con un incremento en la cirugías ambulatorias, esquemas de hospital de día, visitas domiciliarias y otras innovaciones, el tercer nivel compuesto por los grandes hospitales metropolitanos y los especializados se pudo hacer mucho más con una mezcla relativa menor al pasar del 43.2% en el 2006 a 37.5% programado para el 2010.

Asimismo, se muestra que a pesar de la recesión global del 2009, el manejo financiero de la Caja Costarricense de Seguro Social, permitió continuar con las obras de inversión, y de operación del seguro de salud a un nivel por encima de los años anteriores a la recesión de tal manera que no se afectaran los servicios. Más aún, se aumentaron las recetas despachadas, los exámenes clínicos, las citas y otros muchos servicios a lo largo y ancho del país.

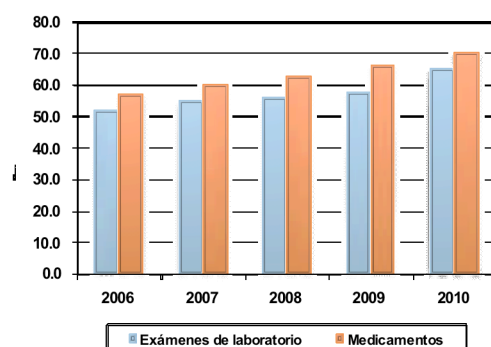
También se impulsó la atención ambulatoria tanto en consulta general como especializada, lo que se refleja en los años 2008 y 2009 y la tendencia continúa para el 2010. En cuanto a la prestación de servicios a nivel hospitalario, durante el 2009 se incluyeron 49.162 egresos de Cirugía Mayor Ambulatoria y 2.765 de Cirugía Vespertina. El Hospital San Juan de Dios, por tener población adscrita es el que mayor número de consultas de medicina general atiende, con un incremento significativo en el último año. Dada la organización por niveles, la mayoría de las consultas de medicina general no se brindan en el tercer nivel. De seguido se presenta un cuadro de barras que muestra este crecimiento en millones de consultas.

Grafico N° 3**Producción Ambulatoria durante periodo 2006-2010**
Consulta General y Consulta Especializada

La consultas especializadas se han mantenido estable alrededor de 2,5 millones al año.
El 82% de la consulta especializada se concentra en hospitales.

Fuente: Área de Estadística en Salud. Datos proyectados al 2010

El aumento en la consulta ambulatoria implicó una mayor demanda en los servicios de apoyo, entre ellos los de laboratorio que tuvieron un crecimiento exponencial en ese mismo período así como el despacho de medicamentos, tal y como se observa a continuación:

Grafico N° 4**Producción Ambulatoria:**
Exámenes de Laboratorio y Medicamentos Despachados

Los medicamentos despachados han crecido a un ritmo de 5,7% anualmente, esto significa 3,5 millones más de medicamentos al año.

El crecimiento anual en el número de exámenes de laboratorio es de 6,3% exponencialmente, esto representa 1,7 millones más de exámenes al año.

Fuente: Área de Estadística en Salud. Datos proyectados al 2010

6.4. Ampliación de red de servicios

La Gerencia Financiera y la Subdirección de Tecnología han trabajado en proyectos de ampliación de la red de pagos que corresponde a las cuotas de la Caja Costarricense de Seguro Social hasta contar en el 2009, con 413 oficinas bancarias y 83 sucursales de la Caja, ampliándose a 723 las opciones que tienen los 79,000 patronos, 155,000 trabajadores independientes y 130 mil asegurados voluntarios para cancelar sus cuotas obrero patronales.

Tabla N°10
Seguro de Salud Inversiones por Niveles de Atención 2006-2009
(En millones de colones)

Concepto	Período 2006 -2009					
	EQUIPO	% PART	INFRAE.	% PART	TOTAL	% PART
Primer nivel	7.061,5	24,2	1.674,0	51,2	8.735,5	26,9
Segundo nivel	9.256,2	31,7	879,4	26,9	10.135,6	31,2
Tercer nivel	12.860,8	44,1	716,5	21,9	13.577,3	41,8
Total	29.178,5	100,0	3.269,9	100,0	32.448,4	100,0

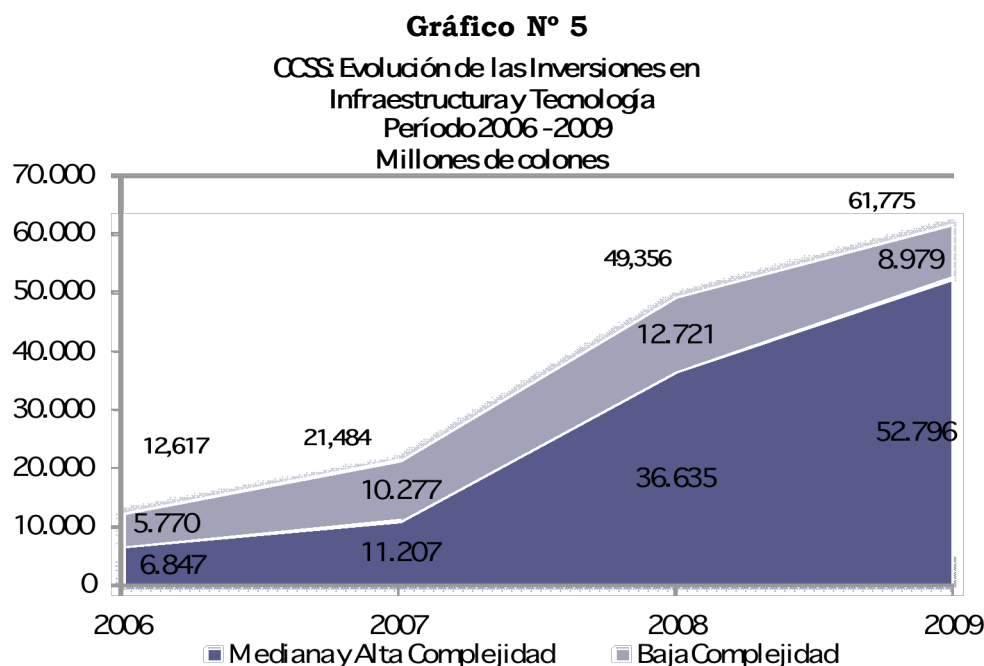
Fuente: Sistema de Control de Presupuesto, Gerencia Financiera, CCSS, Enero 2010

Estas inversiones corresponden a obras licitadas o ejecutadas por las unidades de salud propiamente dichas: en el **Primer Nivel** corresponde a las 104 áreas de salud o clínicas e incluye a los casi 1000 EBAIS fijos, con su propia instalación o alquilada que atienden todos los días y a los más de 700 EBAIS móviles donde el equipo de salud se desplaza a dar la atención a las comunidades con poblaciones más pequeñas.

En el **Segundo Nivel**, se encuentran los hospitales periféricos como el de los Chiles, San Vito, Turrialba o Grecia, entre otros y los hospitales regionales, usualmente uno por cabecera de provincia.

En el **Tercer Nivel**, están los tres hospitales cabezas de las redes de salud: el Hospital San Juan de Dios, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y el Hospital México, así como los especializados, como ejemplo el Hospital Nacional de Niños y el Hospital Nacional Geriátrico Dr. Raúl Blanco Cervantes.

Las inversiones físicas realizadas en el 2009 por la Caja, alcanzaron un monto de ₡61.775 millones de colones, de las cuales ₡52.794 millones se utilizaron en proyectos de mediana y alta complejidad y ₡8.979 millones en proyectos de baja complejidad, esfuerzo importante en el ámbito nacional que supera las inversiones de los años anteriores tal como se observa en el siguiente Gráfico.



De tales inversiones en proyectos de mediana y alta complejidad, se destacan obras concluidas, avances importantes en construcciones, la entrega de equipos médicos y equipos industriales, así como inversiones en tecnologías de información y comunicaciones, como las siguientes:

6.5. Infraestructura:

En este período destacan las siguientes obras realizadas: ala Sur del Hospital Blanco Cervantes, CAIS Puriscal, Demolición y Restitución de Parasoles del Hospital Monseñor Sanabria, Servicio de Hemodinamia del Hospital Calderón Guardia, Remodelación Servicio Vascular Periférico y Neurocirugía del Hospital San Juan de Dios, Remodelación Servicio de Neumología y Terapia Respiratoria del Hospital Nacional de Niños, Edificio para Diagnóstico por Imágenes de Resonancia Magnética del Hospital Calderón Guardia, Servicios de Proveeduría y Mantenimiento del Hospital Tony Facio de Limón, Hospital de Liberia última etapa y Nuevo Hospital de Heredia, éste último en periodo de recepción de obra.

Se logró avanzar en la etapa de Licitación en proyectos como CAIS Desamparados, Salas de Cirugía Hospital de Guápiles, Ampliación de Consulta Externa de CENARE y del Reforzamiento del Hospital Ciudad Neilly y Construcción Sede EBAIS Bellavista.

Se tienen los planos listos de la Sucursal de Alajuela, y están en proceso los planos constructivos de la Torre Este y Servicio de Nutrición del Hospital Dr. Calderón Guardia, del CAIS de Siquirres, Reforzamiento Estructural y Hospitalización del

Hospital de Nicoya, Nueva Sede de Área de Salud de Barba de Heredia, Nueva Sede de Área de Salud de Mora Palmichal, Nueva Área de Salud de Parrita, Servicios de Mantenimiento y Nutrición del Hospital Max Peralta de Cartago, Construcción y Equipamiento del Servicio de Nutrición, Servicio de Urgencias y Tomógrafo Hospital Pérez Zeledón y Reforzamiento de Oficinas Centrales.

6.6. Equipo Médico e Industrial:

6.6.a. Equipo Médico:

Durante el período de gestión del presente informe se adquirió un conjunto de equipos médicos entre los que se destacan el Acelerador Lineal para el Hospital México, 54 Ventiladores Pulmonares asignados a los Hospitales Dr. Rafael Angel Calderón Guardia, San Juan de Dios, Nacional de Niños, Golfito, Cartago, Liberia, Limón, Pérez Zeledón y Puntarenas; 22 procesadores de placas asignados a varios centros de salud, un Ecocardiógrafo para el Hospital Dr. Calderón Guardia, equipo para la Unidad Dental Área Salud de Alajuelita, Ultrasonidos para el Hospital México, Hospital Dr. Calderón Guardia y para el Servicio de Ginecobstetricia del Hospital San Juan de Dios; Angiógrafo para el Hospital Dr. Calderón Guardia y Hospital San Juan de Dios. 65 Equipos de Telemedicina para fortalecer la red actual de Telesalud, ampliando el número de sitios del I y II Nivel de Atención, equipando las Direcciones Regionales Médicas y sustituyendo equipos de Telesalud en el III Nivel de Atención.

6.6.b. Equipo Industrial

Extintores (2.065), Equipo de Lavandería (10). Planchadores para el Hospital de San Ramón, Hospital San Carlos y Hospital de Turrialba. Aires Acondicionados para la Clínica Oftalmológica y en el Almacén General. Calderas para el Centro Nacional de Rehabilitación. Accesibilidad al espacio físico: Plataformas Vertical: CEDESO, CENDEISSS y Edificio Genaro Valverde.

En síntesis durante este periodo se han invertido en infraestructura y equipo más de 165 millones de colones, tal y como se desglosa en la siguiente tabla

Tabla N°11
SEGURO DE SALUD
INVERSIONES PERIODO 2006-2010
(En millones de colones)

Periodo	Obra Mayor	Obra Menor	Equipo Médico	Otros Equipos	Terrenos y Edificios	Total
2006	4,939.3	537.9	3,316.2	5,250.6	61.0	14,105.0
2007	7,701.7	657.4	6,091.2	7,487.7	858.3	22,796.3
2008	26,259.9	2,512.9	9,571.1	13,267.3	129.2	51,740.4
2009	27,403.0	2,292.0	18,378.9	15,468.6	290.8	63,833.3
Abr-2010	6,843.3	893.0	3,752.2	1,555.3	-	13,043.8
Total	73,147.2	6,893.2	41,109.6	43,029.5	1,339.3	165,518.8

Fuente: Informe de Liquidación Presupuestaria y Sistema de Control de Presupuesto abril 2010.

6.7. Red Oncológica Nacional.

En este período y como consecuencia de transición epidemiológica, hemos enfrentado el reto de atención de una población creciente que padece algún tipo de cáncer. Ello ha obligado a desarrollar una estrategia de atención especializada pero que involucra acciones en todos los niveles mediante un reforzado trabajo en red y que no tiene impacto solo en el nivel operativo de atención, sino en el abordaje de la enfermedad. En su oportunidad, mediante acuerdo No 9 de la Sesión No 8317, la Junta Directiva declaró “...de interés y prioridad institucional la prevención, detección temprana y atención oportuna del cáncer en todos los centros de atención de la Caja, sean hospitales nacionales, regionales y periféricos, clínicas y áreas de salud.” y solicitó el alineamiento presupuestario con las políticas institucionales en materia de cáncer.

El elemento clave para el éxito de la Red Oncológica Nacional en el largo plazo está condicionado al nivel de desarrollo de la red de atención del cáncer, para lo cual ha sido necesario definir de forma explícita los elementos conceptuales del modelo y diseñar intervenciones para la gestión de los cuellos de botella, entre los cuales identificamos los siguientes: referencia entre niveles, gestión de pacientes en la red para garantizar continuidad de la atención, comunicación entre equipos de atención entre los niveles, principalmente entre el especialista-médico general y la asignación de recursos financieros en red.

A partir del mes de agosto de 2009, inicia funciones la Unidad Ejecutora del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer cuya finalidad es la coordinación de los componentes de Infraestructura y Equipamiento, Gestión y Servicios de salud, Formación, Capacitación y Sensibilización del recurso humano y Promoción de la Salud. El monto total asignado a este conjunto de proyectos asciende a \$149.089.100 USD de los cuales \$52.558.000 USD provienen de la Ley N° 8718 y \$87.781.100 USD de una contrapartida de la Caja.

Además de lo indicado, se incorporan la creación del Observatorio de la Red Oncológica; el desarrollo e implementación de guías clínicas para la atención integral de los cánceres prioritarios y la creación de un Centro de Investigación y Diagnóstico del Cáncer que permita la generación del conocimiento para mejorar la calidad de la atención del cáncer.

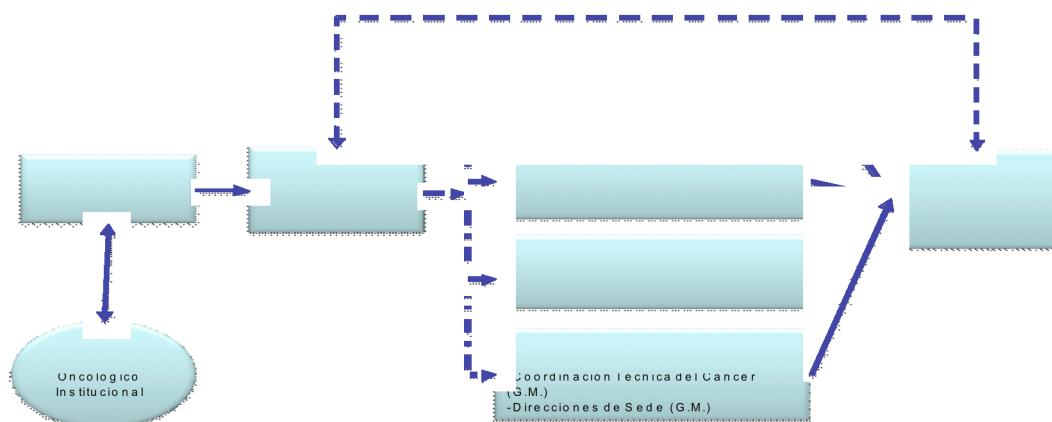
La estrategia se basa en crear instancias especializadas, como las clínicas de mamas; el fortalecimiento de la atención del cáncer cérvix en áreas de salud alto riesgo mediante la implementación de clínicas de patología cervical y la extensión del tamizaje, ampliar la dotación de la infraestructura adecuada y necesaria. Así como promover la atención del cáncer gástrico, colon y próstata en áreas de alto riesgo mediante la dotación de equipamiento, fortalecimiento de la detección temprana y la formación y capacitación de funcionarios para esos tipos de cáncer

Los principales logros al momento del presente informe, se dan en las siguientes áreas: definición del Subproyecto de Aceleradores Lineales del Hospital México, diseño conjunto entre el Ministerio de Salud y la CCSS del Subproyecto de Tamizaje de Cáncer de Mama; Subproyecto de Formación y Capacitación de Recursos Humanos para la Atención del Cáncer, Subproyecto de compra de equipos para fortalecer el diagnóstico y el tratamiento del cáncer, definición del Subproyecto de Promoción de la Salud enfocado a estilos de vida saludables, así como la formación de los Departamentos de Hemato-oncología en los Hospitales Nacionales y el Hospital de Niños, asignación de tres plazas clave para el Consejo Oncológico Institucional.

Esquema N° 1



Esquema funcional del Proyecto



Fuente: Esquema N ° 2 del documento "Perfil Funcional para la Atención del Cáncer".

6.7.a. Aperturas de Clínicas de Mama

Durante el año 2008 se inició la apertura de las nuevas Clínicas de Mama de la Caja, brindado con un equipo multidisciplinario, apoyado en la dinámica de la red de servicios de salud y en sistemas de información, en esta primera etapa se inició con la clínica Clorito Picado, la Clínica de Coronado y el Hospital de San Carlos, a la fecha operan 18 Clínicas de Mama en todo el país y se espera consolidar diez más durante el 2010. Se capacitó a personal y están en proceso de implementación: el Hospital Tony Facio, Hospital Escalante Pradilla, el Área de Salud Heredia Cubujuquí, Área de salud de Corralillo y el Área de Salud Alajuela Oeste.

Estas unidades fueron dotadas de personal especializado, capacitado en la detección temprana de patología mamaria, con el fin de brindar atención preferencial a toda aquella mujer con patología mamaria, gestionar su atención por servicios especializados y brindarle acompañamiento a cada mujer tratada según sus especiales necesidades a través de la red para agilizar los procesos administrativos y atención prioritaria. Este proceso permitirá orquestar una red con una alta capacidad de diagnóstico, apoyado en examen clínico de mama, mamografía y la gestión integral del paciente. Este es un cambio de paradigma hacia una posición

institucional proactiva, en favor de la paciente, quien constituye el centro de toda la red de atención.

Durante el 2009 se concentraron los esfuerzos en la expansión de la red de atención a otros centros médicos considerados estratégicos debido a que se encuentran en zonas geográficas que presentan sobremortalidad de cáncer de mama y se reforzó el proceso de capacitación para el personal del II Nivel de Atención.

6.5.b. Becas para capacitación de profesionales expertos en cáncer:

Durante el año 2008 se brindó apoyo económico a 60 profesionales de la Caja que se encuentran fuera del país realizando estudios de especialización en el tema de cáncer, siendo la mayoría de ellos médicos con algún nivel de especialidad en esta enfermedad que están realizando un énfasis en el exterior.

Estos profesionales se encuentran en países como Canadá, Estados Unidos de América, España, Francia, Alemania, Australia, Italia, México y Argentina.

A ellos se une un grupo de 75 funcionarios becados en nuestro país, quienes están cursando la Maestría en Administración de Servicios de Salud Sostenibles, con énfasis en Cáncer, impartida por la Universidad Estatal a Distancia.

Aunado a lo anterior, un grupo de cinco radiólogos realizaron una pasantía en Argentina, en lectura de mamografías; en el 2009 se enviaron 6 becados más en especialidad de medicina nuclear y 1 en maestría de física médica. La Caja invirtió en capacitación para el tratamiento de esta patología, más de 123 millones de colones, durante este período, lo que permitirá realizar diagnósticos más efectivos de patologías mamarias.

A la fecha del presente informe de gestión, se ha tramitado la compra de los siguientes equipos, para la Red Oncológica:

Tabla N° 12

Centro	Monto
Laboratorio Nacional de Citología	Monto Total: \$166.580,00 USD
40 Microscopios	Actualmente en garantía de funcionamiento a partir de agosto del 2009 y hasta agosto del 2011
01 Máquina Teñidora	
01 Estufa	
01 Placa Caliente	
Hospital de Upala	Monto Total: \$55.392,00 USD
01 Microscopio	Actualmente en garantía de funcionamiento a partir de abril del 2010 y hasta abril del 2012
Hospital de San Carlos	
Microscopio Binocular	
Microscopio Trinocular con Cámara Digital	
Criostato	

Además, se están revisando los expedientes para adquisición de equipo para los siguientes centros:

- Hospital Max Peralta
- Centro Detección del Cáncer Gástrico
- Hospital Monseñor Sanabria
- Hospital de Guápiles
- Hospital de las Mujeres
- Hospital San Juan de Dios
- Hospital de San Ramón
- Clínica Moreno Cañas
- Clínica Solón Núñez
- Hospital México
- Hospital de San Carlos

Así como los expedientes para el trámite de adquisición de Torres de Endoscopia Altas, Bajas y 17 equipos de endoscopia, se encuentran en las etapas preliminares.

6.8. Tecnologías de Información y Comunicaciones

En atención a recomendaciones puntuales de la Contraloría General de la República, esta Presidencia Ejecutiva, ha impulsado la construcción de un estándar que sirva como mapa de ruta para tener claros aspectos como cuales son las instancias responsables de decidir quién y cómo se desarrollan los sistemas de información, los criterios técnicos que se deben prevalecer y la articulación entre los diferentes actores en la gestión de tecnologías de información a nivel institucional, de esta forma se espera fortalecer a los Centros de Gestión Informática, a través de las acciones que sistemáticamente desarrolla la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones, y en las que tales Centros se constituyen como actores claves.

De seguido se enlistan los principales proyectos en el área de informática y tecnología:

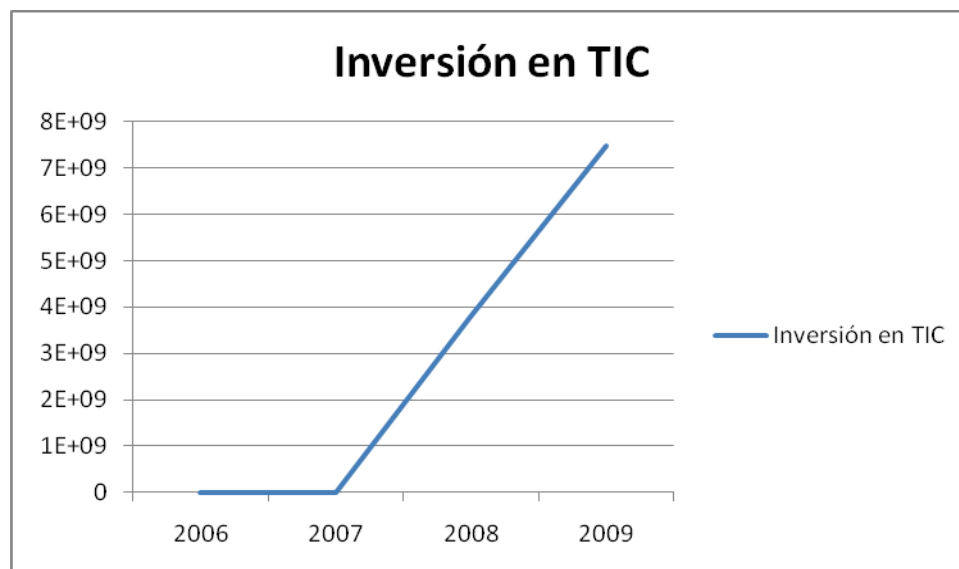
Tabla N° 13

Crecimiento de la Red de Área Extendida (Red WAN):	Pasó de 390 enlaces hacia los sitios de la Institución a 521 enlaces
Proyectos de fortalecimiento de la red institucional:	Se implementó la instalación de los nuevos Switches de Core de la Institución que cuentan con más capacidad de procesamiento, mejorando el rendimiento de la red y por ende de los servicios y aplicaciones para la central telefónica, sistemas de información y videocomunicaciones.
Implementación antivirus institucional:	Implementación de antivirus Symantec endpoint Protection en los diferentes Direcciones Regionales y Hospitales del país.
Implementación de la herramienta de filtrado de contenido Web en todos los dominios:	Implementó el Producto WEBSense el cual tiene un motor de filtrado más robusto y acelera la navegación.

Renovación plataforma tecnológica de procesamiento y almacenamiento central:	Se han obtenido mejoras en el rendimiento de los procesos diferidos, de un 600% comparado con la plataforma actual. Se renovaron los servicios de ofimática y de productividad de tecnologías Microsoft. Active Directory, sharepoint, portal Interno, Antivirus, Cluster SQL Server, Filtrado de contenido con websense, entre otros. Se incorpora el nuevo concepto de virtualización de servidores.
Implementación de Sitio de Colaboración con CGI's en Sharepoint:	Permite a los Centros de Gestión Informática hacer trámites en línea y el tiempo de respuesta se redujo de días de espera a minutos.
Mejoras al Sistema de Identificación Agendas y Citas – SIAC- e Implantación en nuevos sitios:	En la región Pacífico Central se ha logrado implementar el SIAC. Se realizó la implantación a nivel nacional del módulo de aseguramiento por el estado del SIAC y sobre el mismo se capacitó al personal de las diferentes regiones y actualmente más de 120 establecimientos de salud lo están utilizando.
Desarrollo del Sistema Integrado de Ficha Familiar – SIFF:	Se desarrolló el SIFF-PC y se implementó en 5 EBAIS del Área de Salud de Talamanca.
Ajustes al Sistema Integrado de Farmacias (SIFA)	Se desarrolló nuevo Sistema Institucional de Control y Suministros (SICS) Se logró incrementar la cantidad de sitios oficiales que utilizan el SIFA, pasando de 81 sitios a 97 sitios.
Sistema Integrado de Expediente de Salud (SIES):	Se concluyeron las fases de concepción y elaboración del SIES versión 1.0 y se inició la fase de construcción de la aplicación.
Nuevo Sistema Financiero Institucional:	Se desarrolló un modelo general de procesos para continuar con las fases siguientes para la modernización del Sistema Financiero Institucional, incluyéndose además las actividades referentes a cadena de abastecimiento institucional.
Proyecto renovación plataforma tecnológica de procesamiento y almacenamiento central:	Todo el nuevo equipamiento de almacenamiento, procesamiento y servicios del Centro de Cómputo principal de la institución, ha sido recibido, revisado, configurado y probado, lo cual ha generado incrementos significativos en el rendimiento de procesos relacionados con tecnologías de información y comunicaciones, principalmente en el Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE)
Proyecto Anillo de conectividad inalámbrica:	Se construyó el Anillo de Conectividad Inalámbrica con velocidades de 300 Mbps, que incluye varios Hospitales y Clínicas.

Como se muestra en el siguiente gráfico, la inversión en TIC en la Caja Costarricense de Seguro Social para el periodo 2006-2009, experimentó un importante crecimiento:

Grafico N° 6



6.9. Principales Inversiones 2006 - 2009

La inversión total entre el 2006 y el 2009 en equipo médico, industrial (como calderas o lavanderías esenciales para los servicios de salud) y los equipos tanto de hardware y software en tecnologías de información y comunicación solicitados por las distintas unidades de salud a lo largo y ancho del territorio nacional pero que por su complejidad son licitadas y supervisadas institucionalmente alcanzan 118.603 millones más los 32.448 millones de origen local, dando un gran total de ¢151.052 millones en el período 2006 al 2009.

Tabla N° 14
Gastos Generales (no solo inversión) del Seguro de Salud, Nivel de Atención
Distribución Relativa Periodo 2006-2010 (En millones de colones)

Concepto	2006		2007		2008		2009		2010	
	EGRESOS	% PART	EGRESOS	% PART	EGRESOS	% PART	EGRESOS	% PART	EGRESOS	% PART
Niveles de Atención										
Primer nivel	96.079,0	25,6	126.433,4	27,4	138.835,7	24,6	194.675,2	21,1	229.481,4	28,0
Segundo nivel	117.335,3	31,2	140.580,7	30,5	212.256,3	37,7	254.605,6	35,5	282.356,7	35,4
Tercer nivel	162.137,2	43,2	193.970,4	42,1	212.526,5	37,7	268.633,7	37,4	307.530,3	37,5
Total	375.551,4	100,0	460.984,4	100,0	563.618,5	100,0	717.917,5	100,0	819.368,4	100,0
Porcentaje crec.	3,7		22,7		22,3		27,4		14,1	

Fuente: Sistema de Control Presupuestario, Gerencia Financiera CCSS, Enero 2010

En esta tabla se muestra la participación porcentual creciente del primer nivel de atención de la salud. Este es el que está más cerca de la gente incluye las áreas de salud y los 1000 EBAIS “fijos” y los 700 EBAIS de visita periódica. En este nivel se pasó en términos de gasto, del 25.6% en el 2006 al 28.0% en el inicio del 2010.

6.10. Otras inversiones:

Durante este período la Caja tuvo que hacer frente a la pandemia de la influenza AH1N1, decretada por la Organización Panamericana de la Salud, OPS, y en concordancia con la declaratoria sanitaria de emergencia, dispuesta mediante Decreto Ejecutivo N° 35217-MP-S, del 28 de abril de 2009, la Caja tuvo que reorganizar esfuerzos y recursos tanto humanos como financieros. Dicho decreto favorece la atención de la epidemia humana de influenza porcina y además declara de interés público nacional las acciones que realicen las autoridades para contrarrestarla. Estas medidas significaron para la Caja Costarricense de Seguro Social, una serie de acciones para darle viabilidad a la estrategia de atención de pacientes y vacunación de grupos riesgo. En la siguiente tabla se puede apreciar los principales rubros presupuestarios que se vieron afectados, entre ellos destacan el pago de tiempos extraordinarios que incluye los servicios de patología y emergencias entre otros, y los subsidios por incapacidades de las personas afectadas y pacientes sospechosos.

Tabla N° 15

**RECURSOS ASIGNADOS PARA LA ATENCION DE
INFLUENZA AH1N1 PERIODO 2009-2010
(En millones de colones)**

CONCEPTO	MONTO
Creación de 227 plazas	882.2
Tiempos extraordinarios y cargas sociales	7,199.6
Servicios no personales	119.0
Materiales y Suministros	1,471.2
Vacunas	900.0
Ventiladores Pulmonares	1,526.0
Subsidios	3,507.0
TOTAL	15,605.0

Fuente: Sistema de Control de Presupuesto, Presupuestos Extraordinarios y Modificaciones presupuestarias, Marzo 2010.

6.11. Mejoras en Pensiones, cobertura y montos**6.11.a. Pensiones por invalidez:**

El Cuadro N° 1 muestra como evolucionó la tendencia de las pensiones en curso de pago anualmente por invalidez, vejez y muerte desde el año 2002 al año 2009; evidenciando un incremento en la cantidad de pensiones de vejez y una desaceleración en la de invalidez, con una relación del total de pensionados, vejez 1,4 por cada uno de invalidez. Este progreso se observa con mayor claridad al comparar la relación de las pensiones otorgadas de invalidez con respecto a vejez ya que en el año 2002 el porcentaje era de 119% y para diciembre del 2009 esta descendió a un 37%, o sea bajó un 82%, en otras palabras por cada 100 pensiones nuevas de vejez solo 37 fueron aprobadas por invalidez.

Tabla N° 16
Pensiones Nuevas en curso de pago de IVM
Periodo 2001 - 2009

FECHA	INVALIDEZ	VEJEZ	MUERTE	Relación Inv./ Vejez
2002	3333	2795	3581	119%
2003	2705	2980	3130	91%
2004	3053	3138	2741	97%
2005	2419	3573	2530	68%
2006	1955	4388	2456	45%
2007	2187	4723	2823	46%
2008	2221	5866	2931	38%
2009	2436	6523	3333	37%

Fuente: Sistema Integrado de Pensiones, DAP

Como un elemento importante en la consecución de los objetivos mencionados e incorporado en el Plan de Mejoramiento de la Gerencia destaca la implementación de los protocolos de referencia para la evaluación de la invalidez, como requisito obligatorio para el trámite de pensión por invalidez, los cuales se aplican a partir del 17 de Agosto del 2009. Estos protocolos revisten gran importancia, ya que para determinar la invalidez debe tenerse debidamente documentada la enfermedad o lesión, así como la evolución de la misma con los mejores tratamientos que le ofrece la institución, con el fin de establecer si existe una deficiencia permanente que conlleve o no a la incapacidad laboral y deben ser completados en los centros médicos de atención de los solicitantes, basados en la información del expediente médico del Seguro de Enfermedad y Maternidad. Esta medida se adopta como estrategia para acortar los tiempos de respuesta y garantizar la calidad de la evaluación-calificación, al padecimiento por el cual solicita el usuario.

Además, se efectuaron una serie de actividades dirigidas a mejorar la gestión de la Dirección de Calificación de la Invalidez a lo interno así como a lo externo,

proyectándose a nivel institucional hacia el Régimen de Salud con capacitaciones a los médicos de los EBAIS de todo el país, sobre criterios de evaluación de invalidez y a todos los centros médicos del país para la implementación de los protocolos de referencia para la evaluación de invalidez. A nivel extra institucional, reuniones y capacitaciones a la Junta de Pensiones del Magisterio Nacional en relación con los protocolos de referencia, así como reunión coordinada por la Gerencia de Pensiones con la Corte Suprema de Justicia, con la Comisión responsable de coordinar la creación del nuevo Juzgado de Seguridad Social. Este acercamiento con el Poder Judicial permitió difundir la temática de invalidez, la posición diferenciada frente al tema de enfermedad y de discapacidad, el abordaje de la calificación de invalidez en la Caja y la disparidad de criterio con los médicos forenses que la califican a nivel judicial, logrando apertura y disposición en algunos de ellos de considerar los criterios técnicos médicos de la institución en el otorgamiento de estas pensiones en los juzgados laborales y en el recién creado Juzgado de Seguridad Social.

Tabla N° 17
Principales grupos de enfermedades invalidastes
Período 2007 – II semestre 2009

N°	Diagnóstico	II-2009		I- 2009		2008		2007	
1	Osteomusculares	309	31%	261	26%	619	36%	651	32%
3	Sistema Nervioso Central y periférico	138	14%	139	14%	186	11%	256	12%
2	Tumores malignos	129	13%	184	18%	277	16%	277	13%
4	Corazón	68	7%	60	6%	110	6%	150	7%
5	Trastornos mentales y del comportamiento	67	7%	76	8%	146	8%	153	7%
6	Vías urinarias	62	6%	56	6%	58	3%	62	3%
7	Enfermedades visuales	42	4%	37	4%	69	4%	133	6%
8	Diabetes con complicaciones	32	3%	42	4%	36	2%	17	1%
9	Trauma craneoencefálico	31	3%	21	2%	16	0.9%	4	0.2%
10	Colagenopatías	30	3%	25	2%	34	2%	52	2%
*11	Sistema Digestivo	28	3%	29	3%	40	2%	52	2%
*12	Vascular periférica	25	2%	13	1%	46	3%	60	3%
*13	Neumopatías crónicas	32	3%	0	0%	38	2%	46	2%
	Otros	13	1%	81	2,6%	96	5%	195	3%
	Total	1006	100%	1004	100%	1,755	100%	2,107	100%

Fuente: Registros SIP. Dirección Calificación Invalidez

*Estos grupos de enfermedades se ubicaron dentro de los diez más importantes en el 2008 ó el 2007

Al realizar la comparación anual de la evolución de las causas de enfermedades del gráfico N° 2, se denota que los grupos de enfermedades de tumores malignos (barra amarilla) han venido recobrando importancia con el paso de los años, lo mismo las patologías del Sistema Nervioso y Central Periférico al mostrar un aumento del 11% en el 2008 al 14% en el 2009.

La diabetes mellitus y sus complicaciones, así como las enfermedades urinarias muestran una tendencia creciente desde el año 2007 en el que significó el 1% hasta

el 2009 en donde concentró al 4% de las declaraciones de invalidez. El grupo de los tumores malignos, igual que en el 2008 y el 2007, continúa posicionándose como la primera causa de invalidez en personas con edades entre los 31 a 50 años y en el segundo lugar en el grupo etáreo de los 51 a los 60 años.

6.11.b. Distribución comparativa casos nuevos pensiones Seguro IVM

Tal como se muestra, la proporción de mujeres respecto a los hombres para el año 2009 reveló un incremento de 2 puntos con respecto al promedio del período anterior, quedando en 27%. En consecuencia, el comportamiento en el porcentaje de hombres pensionados por Invalidez, en ese mismo período, se disminuyó en 2 puntos quedando en 73%. Más claramente: “de cada 100 pensionados por invalidez 73 son hombres y 27 mujeres”.

Tabla N° 18
Distribución de casos nuevos por sexo
Diciembre 2008 – Diciembre 2009

Sexo	2008	%	2009	%	Total
Femenino	549	25%	658	27%	1,207
Masculino	1,672	75%	1,778	73%	3,450
Total	2,221	100%	2,436	100%	4,657

Fuente: Sistema Integrado de Pensiones, DAP

Al analizar las pensiones nuevas otorgadas por invalidez por rangos de edad, se evidencia una mayor concentración de personas con edades entre 51 a 60 años, con un total de 1129 casos que porcentualmente representa un Incremento del 7% en comparación con el año 2008. En relación con la cantidad porcentual de los pensionados mayores de 51 años, estos equivalen al 74.2% del total de nuevos pensionados del 2009 (1622 pensionados).

Tabla N° 19
Casos nuevos aprobados, Riesgo Invalidez
En rangos de edad
Período 2008 – 2009

Rangos de edad	Pensiones Invalidez			
	2008	%	2009	%
20-30	52	2%	71	3%
31-40	120	5%	132	5%
41-50	334	15%	422	17%
51-60	856	39%	1129	46%
61-65	480	22%	439	18%
66-70	264	12%	189	8%
71-75	103	5%	49	2%
76-80	9	0.0%	5	0.2%
81-85	3	0.0%	0	0%
Totales	2221	100%	2,436	100%

Fuente: Sistema Integrado de Pensiones, DAP

La distribución de pensionados por provincia, mantiene el comportamiento en el periodo estudiado. La mayor cantidad de pensiones nuevas otorgadas se localiza en los tres centros urbanos con mayor población del país, San José, Alajuela y Cartago, concentran más del 63% del total de los casos nuevos de invalidez.

La relación de pensiones nuevas de invalidez con respecto a las otorgadas por vejez se ha reducido del año 2.002 al 2.009 de un 119% a tan solo un 37%, cifra que es más concordante con las condiciones demográficas y de salud de la población costarricense.

A pesar del esfuerzo que lleva a cabo la Institución en el justo y adecuado otorgamiento de las pensiones por invalidez, se determinó que un 28% de las pensiones nuevas otorgadas en el año 2008, fueron aprobadas por la vía Judicial y en el periodo 2009 este indicador es de un 29%; situación que es preocupante si consideramos que todos los casos que van a sede judicial han sido previamente valorados y denegados en la Dirección de Calificación de Invalidez, siendo por ende casos que no justifican el índice de aprobación tan elevado por parte de los médicos forenses.

6.11.c. Régimen no contributivo

La decisión de la Junta Directiva de la Caja, además de disponer incrementos en los montos de la pensión otorgada por el RNC, trazó metas cuantitativas para extender la cobertura del régimen, las cuales se fijaron en la concesión mensual de 400 pensiones netas (nuevas pensiones menos cancelaciones/suspensiones). En este sentido, como un elemento central en la estrategia de extensión de la cobertura horizontal del RNC, se consideró fundamental impulsar una serie de reformas reglamentarias, con el propósito de incrementar el grupo poblacional sujeto a cobertura por parte del RNC.

Para mantener el crecimiento de estas pensiones se necesita un gran esfuerzo dada la tasa de mortalidad del grupo meta.

Actualmente, a marzo de 2010, se tiene un total de **86,936** beneficiarios, distribuidos así:

Pensiones Ordinarias de RNC:	84.457
Pensiones de Parálisis Cerebral Profunda (PCP) :	2.479

Uno de los principales logros durante este periodo fue el superar la línea de pobreza con las pensiones del régimen no contributivo lo que se logra por primera vez en el 2007 tal y como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla N° 20
Cuadro comparativo: Monto de la pensión promedio ordinaria
Régimen No Contributivo de Pensiones

Año	Pensión Promedio	Línea de Pobreza: No Satisf. Nec. B.
2006	35,000	42,148
2007	50,000	48,304
2008	57,500	59,195
2009	66,125	65,044
2010*	70,125	65,044

Fuente: Dirección Actuarial. * a enero 2010 * según EHPM del INEC a julio 2009

El incremento progresivo de la pensión del RNC hace que cambie la naturaleza de la pensión de meramente asistencial a una fuente dignificante para los beneficiarios ya que les permite la satisfacción de sus necesidades básicas.

6.11.d. Composición actual de la cartera de inversiones del RIVM

La cartera de inversiones del RIVM es una cartera considerablemente grande para el mercado financiero costarricense y su diversificación responde en gran medida a la estructura del mercado financiero nacional en cuanto a emisores, su composición muestra una alta concentración en el sector público lo que es congruentemente con su naturaleza ya que la Caja responde a un régimen cuyo flujo está basado en los ingresos por cuotas, con una participación tripartita (Estado, trabajador y patrono), de esa forma, la seguridad del pago de las pensiones en el futuro, está íntimamente relacionado con la sanidad de la economía y su fortaleza. Es menester recordar que el pago de las pensiones se asegura por el flujo de cuotas y no por la cartera de inversiones y su rentabilidad; es ese flujo de cuotas, que depende de la sanidad económica y financiera del país el que asegura el pago de las pensiones.

La tasa de sustitución de las pensiones del RIVM (relación salario y pensión) es bastante alta, alrededor de un 60%. Ello ha quedado patente con el inicio del pago de pensiones complementarias, donde los pensionados que cotizaron por 10 años, reciben una pensión complementaria vitalicia que a lo suelo alcanza el 3% del salario de retiro.

Modificar esa estructura de cartera en este mercado requiere de mucho tiempo y de mucho cuidado en el proceso de inversión en ciertos sectores. Esa dificultad es aún mayor si tomamos en cuenta que la estructura de las nuevas emisiones acentúa la concentración en los emisores más importantes en su mayoría pública. En el mediano plazo, se tiene claro que el mercado costarricense será insuficiente para atender las necesidades de inversión de los recursos del RIVM, por lo que se están

tomando las previsiones para una transición adecuada que permita la posible incursión en mercados externos.

Esa incursión en el mercado externo requiere de criterios jurídicos sólidos que sustenten ese tipo de acciones. En la actualidad la Caja está en el proceso de análisis para determinar la viabilidad de incursionar en ese tipo de mercados, y en caso de requerirse, proponer las reformas jurídicas pertinentes para poderlo realizar, en mercados organizados, de una manera adecuada, segura y en consonancia con el bloque de legalidad.

Mantener la inversión principalmente en el sector público permitió a la Caja que durante los 18 meses de crisis financiera obtuviera rendimientos reales positivos mientras que las entidades reguladas, reportaron pérdidas sustanciales.

6.11.e. Diversificación de la cartera de inversiones del RIVM

La Caja ha respondido a los requerimientos de diversificación de la SUPEN de manera inmediata la cartera de inversiones, con una mayor participación en sector privado, sector externo y en monedas, dado que, en ningún caso, se ha señalado cuales son los indicadores y procedimiento que se deben utilizar en la realización de las operaciones para ese efecto, de manera que se minimicen o atenúen tales riesgos existentes que motivan que no podamos atender esos requerimientos de inmediato.

6.11.f. Sector Privado

En el medio nacional no existe un mercado que tenga significación para el tamaño de la cartera del RIVM, en especial si se consideran las necesidades de inversión a mediano y largo plazo del régimen. Cuando aparecen algunas oportunidades tan sólo significan una pequeña proporción de nuestras necesidades de inversión y a la vez tienden a significar una proporción muy grande en cuanto a las fuentes de apalancamiento de esas entidades emisoras. Las calificaciones y los rendimientos de los emisores privados no discriminan adecuadamente las diferencias de niveles de riesgo con respecto a Gobierno Central, Banco Central, Bancos Estatales y otras Entidades Financieras creadas por leyes especiales.

Por ello, las inversiones en el sector privado costarricense deben realizarse con especial cuidado y sus montos difícilmente son significativos, y esta es la posición que ha caracterizado a la Caja durante el periodo que corresponde al presente informe de gestión.

6.11.g. Sector Externo

En este campo, la Ley Constitutiva de la Caja es explícita al normar en su artículo 39.inciso-b:

"Los recursos de los fondos solo podrán ser invertidos en valores inscritos en el Registro Nacional de Valores e Intermediarios o en valores emitidos por entidades financieras supervisadas por la Superintendencia General de Entidades Financieras."

Por ello, la posibilidad de aplicación del artículo 59 de la Ley de Protección al Trabajador al RIVM, en cuanto a la autorización de SUPEN para inversiones en el exterior, no pareciera procedente, por carecer del carácter supletorio establecido en ese artículo.

Artículo 59 Ley de Protección al Trabajador:

"...Las inversiones del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte de la CCSS se regirán por lo establecido en la Ley Orgánica de la Caja Costarricense de Seguro Social y sus reformas y, supletoriamente, por lo establecido en este título.

Ante esta situación, se considera necesario realizar las consultas jurídicas pertinentes para determinar la viabilidad jurídica de invertir en el exterior y de ser necesario, determinar los cambios pertinentes en la Ley Constitutiva de la CCSS.

Por otra parte, en el medio financiero nacional, y especialmente en los agentes contratados por la CCSS (puestos de bolsa y custodia) para negociar sus inversiones, la capacidad para asesorar en el campo internacional y para ejecutar operaciones que permitan asegurar que las inversiones se realicen en un mercado organizado, con puja y esquema de liquidación transparente es muy reducida;

6.11.h. Monedas

Dado que el RIVM no tiene obligaciones en otra moneda que no sea el colón costarricense, cualquier inversión en otras monedas es una decisión puramente especulativa. Con la capacidad instalada de análisis y la experiencia existente, tanto a lo interno de la Caja como en el medio financiero nacional que nos apoya, incluyendo la SUPEN, no pareciera prudente salir a especular en monedas al mercado internacional, en esas condiciones.

Se debe tener en cuenta que las operaciones puramente de monedas son del tipo de futuros, opciones y derivados, donde se juega el todo de la inversión.

Si nos circunscribimos al mercado interno de monedas, prácticamente el colón y el dólar, una política y estrategia de diversificación significativa tendría que estar muy bien coordinada con el Banco Central para no afectar de manera negativa o inversa los objetivos de ese órgano Rector, así como evitar implicaciones inconvenientes en la cartera del RIVM, por efectos en el mercado y por las reacciones de otros agentes económicos de alta sensibilidad a esta actividad, tal y como ha sido conversado con el Gerente General del Banco Central.

6.11.i. Contabilizar a Precios de Mercado Cartera RIVM

Consideramos que el método de contabilizar la cartera a precios de mercado establecidos con el vector existente que ha sugerido la SUPEN, es propio de regímenes con participantes más pequeños, con visiones de corto plazo y con libre movilidad de afiliados (afiliación y salida), tal es el caso de las operadoras de pensiones en este país, quienes trabajan con riesgo de fuga de afiliados y con devoluciones parciales periódicas, no para la Caja.

6.11.j. Visión de Mediano y Largo Plazo de la estructura de la cartera del RIVM

Con el crecimiento de la reserva previsto por el estudio actuarial vigente, en pocos años se tendrán niveles de inversión que superarán definitivamente las posibilidades de nuestro mercado financiero interno y que se deberá que diversificar, posiblemente incluyendo mercados externos, para lo que se requerirán cambios en la Ley Constitutiva de la Caja. En cuanto al mercado interno, se considera que existe espacio para la diversificación, ampliando créditos para vivienda, incorporando el concepto de banca de segundo piso, iniciativa en proceso de desarrollo por parte de la Gerencia de Pensiones y que también implica posibles cambios jurídicos.

La Caja se está preparando para crear la infraestructura organizacional, operacional y de recurso humano capacitado para acudir a esos mercados con mayores posibilidades de éxito. En ese sentido estudiamos el proceso que ha desarrollado el Banco Central de Costa Rica con el Banco Mundial y hemos iniciado un acercamiento con la Tesorería de ese Banco, con vistas a evaluar una posible participación en el programa de apoyo a las inversiones de los bancos centrales y otros fondos públicos en mercados internacionales (Sovereign Investments Partnership).

6.11.k. Aspectos relevantes de Prestaciones Sociales

El Seguro Social en Costa Rica por Ley Constitutiva protege a la población en dos vertientes; una es que se le garantice atención de la salud con calidad y calidez; la otra, acceso a un sistema de pensiones que le permita cubrirse del riesgo de la invalidez, una renta para los deudos en caso de muerte y la garantía de un ingreso digno una vez concluida la etapa productiva de su vida.

No obstante que la Ley Constitutiva no se refiere en específico a las prestaciones sociales, a partir de la creación de la Gerencia de Pensiones se pusieron en práctica una serie de programas desarrollados por la Dirección de Prestaciones Sociales.

Las prestaciones sociales surgen como servicios complementarios a los que brinda salud y pensiones, con el aporte de un porcentaje en los Regímenes No Contributivo e Invalidez, Vejez y Muerte y como una respuesta a necesidades específicas de esta población.

Los programas de Prestaciones Sociales establecidos en el Reglamento son los siguientes:

- Ciudadano de Oro, beneficios y prestaciones sociales para mayores de 65 años, para mejorar su capacidad de compra, acceso a los servicios públicos, la recreación y en general promover su pleno desarrollo personal y social
- Preparación para la jubilación
- Educación y Capacitación promover la incorporación de los asegurados y pensionados a grupos socioproductivos educativos recreativos y de trabajo voluntario
- Estancias y ayuda social, servicios asistenciales ofrecidos por la Gerencia de Pensiones y las sucursales de conformidad con las reglamentaciones y directrices de la Junta Directiva

- Otros Programas de Prestaciones Sociales, aquellos que disponga la Junta Directiva

En la actualidad existe en los estados financieros del IVM, un fondo de 2500 millones de colones más los intereses generados; y en los estados financieros del Régimen No Contributivo, una cuenta por pagar a ese fondo de 3.657 millones de colones con el fin de darle contenido presupuestario a estos programas.. Los gastos de la Dirección de Prestaciones Sociales son asumidos por el presupuesto ordinario de la Gerencia de Pensiones.

6.11.1. Ejes estratégicos del plan de mejoramiento integral en administración del régimen de pensiones

En su momento fue evidente la necesidad de desarrollar una mayor articulación y liderazgo en las funciones de pensiones que se realizan a nivel nacional. Al inicio de este período de la Presidencia Ejecutiva, esas funciones estaban desagregadas en las Gerencias de Pensiones, Financiera y Médica, sin que existiera un mecanismo eficiente y eficaz de coordinación y liderazgo, que permita la asignación necesaria de responsabilidades y responsables para asumir el reto del mejoramiento y oportunidad de los servicios de manera adecuada, tanto en el nivel nacional como regional de parte de la Gerencia de Pensiones, en virtud de que los funcionarios que actualmente realizan funciones de pensiones son funcionarios de la Gerencia Financiera que atienden asuntos derivados de la gestión de una sucursal como labores de inspección, cobros, planillas, entre otros, sin que exista un equipo de especialistas en el tema de pensiones a nivel de sucursales, algunas de ellas con muy poco personal. A raíz de lo indicado se considera necesario introducir indicadores del mejoramiento del modelo de atención integral de las pensiones, así como del fortalecimiento de la gestión en red de los servicios de pensiones, de igual manera para el tema de las inversiones y las prestaciones sociales.

Los sistemas de pensiones, se evalúan tomando en cuenta tres aspectos fundamentales: la cobertura tanto prestacional como contributiva; la suficiencia de las prestaciones y la sostenibilidad financiera.

El buen manejo de estos aspectos fundamentales es de vital importancia para enfrentar con éxito uno de los retos centrales de los sistemas de protección social, el cual es proveer condiciones de vida dignas para el creciente número de personas adultas mayores, quienes se encuentran en una fase particularmente vulnerable desde el punto de vista económico, dada la capacidad reducida que tienen para generar ingresos producto de su empleo en actividades remunerativas. El cumplimiento de estos objetivos estratégicos, demanda la constitución y operación de una **estructura organizativa** que lleve a cabo las actividades y acciones necesarias para su consecución y que se refleje en una mayor **satisfacción de los asegurados y destinatarios de programas**.

En función de los objetivos y prioridades descritos, la Gerencia de Pensiones se ha abocado a una revisión profunda de su quehacer en todas las áreas. Con el fin de fortalecer el Régimen de Pensiones, y teniendo como marco de acción, el Plan Estratégico Institucional, 2007-2012, se plantean los siguientes ejes de desarrollo

sobre los cuales se espera generar un impacto positivo de los servicios y prestaciones del Régimen y que se ilustran en el siguiente diagrama:

Diagrama N° 5

Gestión de la Gerencia de Pensiones desde una óptica estratégica



Fuente: Gerencia de Pensiones

6.12. Plan de acción en Logística

En atención a una de las mayores debilidades encontradas al inicio de este período en cuanto a desabastecimiento y distribución de medicamentos e insumos varios, la Junta Directiva, en artículo 6 de la sesión N° 8220, del 24 de Enero de 2008, acordó la creación de las Gerencias de Logística y de Infraestructura y Tecnologías.

La Gerencia de Logística desarrolló una estrategia que incluía los siguientes aspectos:

- Modernización del bloque de legalidad: adopción de Reglamentos, instructivos, manuales y procedimientos para abastecimiento y producción.
- Planificación y programación de suministros: Determinación de cantidades y reconocimiento de los niveles de inventario local y central.
- Gestión de compras: Acertividad y nuevas modalidades de compra.
- Gestión de Inventarios: Rotación y administración de los almacenes.
- Mejora de la cadena de almacenamiento y distribución: Gestión de almacenes y entregas a los centros mediante un enfoque integrado, que se muestra en el siguiente Diagrama:

Diagrama N° 6

Fuente: Gerencia de Logística

También se construyeron indicadores de resultados para medir el avance en las metas propuestas, que incluyen los siguientes:

- Costo Logística/Gasto Seguro Salud
- Compras versus Distribución
- Costo Logística versus valor del producto distribuido
- Rotación del Inventario

Los resultados de la puesta en práctica de esta estrategia dieron como resultados los siguientes:

Al realizar una comparación y análisis del costo de la cadena de abastecimiento en relación con indicadores variables como: gasto del Seguro de Salud, valor de las compras totales, inventario y valor del producto distribuido, se muestra la reducción en los costos.

En la siguiente tabla se muestran los datos comparativos de costo del año 2006 y 2009:

Tabla N° 21**Evolución del Costo Logístico de la Cadena de Abastecimiento. 2009-2008.**
Indicadores seleccionados
-Millones de colones-

	Tasa variación 2009/2008 (%)	2009	2008	2006
Costo Logístico	-2,1%	13.256.925.473	13.547.589.239	9.469.957.499
Gasto Seguro Salud	19,2%	1.009.468.300.000	847.176.588.841	568.385.300.000
Valor Compras Totales	-15,0%	80.888.552.235	95.177.950.019	47.408.978.453
Valor del Producto Distribuido	7,4%	79.754.536.390	74.225.698.829	54.580.221.489
Valor Inventario Medio	-4,3%	39.754.296.553	41.553.423.373	48.199.887.932

Fuente: Dirección de Presupuesto e Informes del Mayor Auxiliar de Asignaciones Presupuestarias

Como se observa el costo logístico se reduce mientras que el gasto del Seguro de Salud crece en un 19%, es decir, la gestión logística de la cadena de abastecimiento fue eficiente en términos de costo, aunado a que en el 2009 se distribuyó más cantidad de producto que en el 2008 (7.4% más productos) y el inventario medio se redujo.

El comportamiento del costo de la logística, es explicado por el valor del inventario medio que disminuye en un 4% en el periodo 2008-2009. Esta reducción es producto de la política de gestión de inventarios implementada que consiste en aumentar la rotación del inventario, reducir el stock de productos en existencia y el fortalecimiento del Almacén Regional de Puntarenas como un centro logístico donde se almacenan producto de alto valor y baja rotación, mientras que en espacio rentado ubicado en San José, se almacenan productos de alta rotación y bajo valor.

El modelo integrado de la Cadena de Abastecimiento nos permitió obtener mayor valor por el dinero público, lo cual se muestra en la siguiente tabla:

Tabla N° 22
Comparación del costo logístico con indicadores seleccionados.
-En términos porcentuales-

Concepto	2009	2008	2006
Costo Logístico como proporción del Gasto Seguro Salud	1,3%	1,6%	1,7%
Costos Logísticos versus Distribución	16,6%	18,3%	17,4%
Rotación de Inventario	2,01	1,79	1,13
Compras versus Distribución	1,01	1,28	0,87

Fuente: Informes del Mayor Auxiliar de Asignaciones Presupuestarias y Anuario Estadístico

Los anteriores indicadores muestran una tendencia decreciente en el costo de la Cadena de Abastecimiento como proporción del gasto del Seguro de Salud mientras que cuando comparamos el costo de la Cadena de Abastecimiento con el valor monetario de la distribución anual, se obtiene una mejora en el desempeño y servicio; así, por ejemplo, el costo disminuye en el 2009 (16.6%) y la rotación del inventario medio mejora (pasando de 1.79 veces en el 2008 a 2.01 veces en el 2009), finalmente, la relación entre las compras y distribución en el año 2009 se acerca a lo óptimo, es decir, lo que se compró se distribuyó.

Es importante anotar, que el nivel de abastecimiento (medicamentos e implementos médicos) muestra un ritmo creciente de mejora.

Es interesante observar que en el año 2006, el nivel de abastecimiento alcanzaba el 93%, mientras que en el 2009 el nivel de abastecimiento del periodo alcanzó un 98.6%, tal y como se observa en la siguiente tabla:

Tabla N° 23
Costo real logístico y nivel de abastecimiento. 2006-2009

Año	Nivel de Abastecimiento en %	Indice Costo Logístico (julio 2006=100)	Tasa Variación
2006	93,3%	9.560.784.956	
2008	99,1%	11.026.851.082	15,3%
2009	98,6%	10.005.226.772	-9,3%

Fuente : Informes Mayor Auxiliar, MSH e INEC

De acuerdo con los resultados que se muestran, en materia de Logística la institución ha dado un paso firme hacia delante, garantizando el acceso a los medicamentos e implementos médicos, manteniendo niveles de costo inferiores a periodos anteriores, esto es, que en términos reales el costo de logística del 2009 se redujo en un 9,3%, con lo cual se cumplen los objetivos trazados para la Gerencia de Logística.

6.13. Equidad de Género:

Durante la presente gestión como Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social se reactivaron acciones tendientes a incorporar la perspectiva de género en la institución lo anterior por medio del establecimiento de Programa de Equidad de Género el cual tiene como principal objetivo: *“Fortalecer el enfoque de género en los servicios de salud, pensiones y prestaciones sociales que se otorgan a los usuarios (internos y externos), mediante la formulación, control y evaluación de planes,*

políticas y estrategias en esta materia”.

Dicho programa ha desarrollado en este tiempo procesos de capacitación y sensibilización en materia de equidad e igualdad de género a funcionarios y funcionarias de la institución, además de campañas de divulgación institucionales sobre temas tales como la prevención del hostigamiento sexual entre funcionarios y entre estos y usuarios y usuarias del sistema de salud. Como una de las prioridades del programa se estableció el diseño de una Política Institucional de Igualdad y Equidad de Género, para lo cual se coordinó el apoyo técnico y económico con el Fondo de Población de Naciones Unidas, lo que permitió realizar un “Mapeo de las condiciones de la Caja en materia de equidad y equidad de género”, el cual ha servido de insumo para el diseño de la política de equidad de género que actualmente ya se está realizando.

6.14. Seguimiento de acuerdos de Junta Directiva

De conformidad con lo que dispone el artículo 6 de la Ley Constitutiva de la Caja, corresponde al Presidente Ejecutivo velar por que se ejecuten las decisiones adoptadas por la Junta Directiva. Dice literalmente dicho numeral:

ARTÍCULO 6.- *La Caja será dirigida por una junta directiva, integrada en la siguiente forma:*

1) Un presidente ejecutivo de reconocida experiencia y conocimientos en el campo correspondiente a la Institución, designado libremente por el Consejo de gobierno.

Su gestión se regirá por las siguientes normas:

*a) Será el funcionamiento de mayor jerarquía para efectos del gobierno de la Institución, cuya Junta Directiva presidirá. **Le corresponderá fundamentalmente velar porque se ejecuten las decisiones tomadas por la Junta Directiva**, así como coordinar internamente la acción de la Institución, y la de ésta con las demás instituciones del Estado.*

6.14.a. Integración del Equipo de Seguimiento:

Inicialmente, los acuerdos de la Junta Directiva recibían seguimiento por parte de la Auditoría Interna de la Caja, pero ante una recomendación de la Contraloría General de la República, se asume administrativamente esa tarea, dividiéndose responsabilidades en dos períodos: los acuerdos pendientes del 2000 al 2005 fueron asumidos por las Gerencias y otros responsables (CIPA, Subgerencia Jurídica, Auditoría, Presidencia Ejecutiva y unidades desconcentradas), mientras que los acuerdos del 2006 en adelante serían responsabilidad de la Gerencia Administrativa.

Durante el período de gestión de esta Presidencia Ejecutiva y ante la gran cantidad de acuerdo pendientes, se integró un equipo para mejorar los resultados del seguimiento de acuerdos adoptados por la Junta Directiva. Es así como mediante

Oficio PE. N°. 130-08, del 16 de Enero de 2008, se integró el Equipo de Seguimiento de Acuerdos como dependiente de la Presidencia Ejecutiva.

El equipo de seguimiento se abocó a la elaboración de indicadores de impacto, al levantado de procesos de la Secretaría de Junta Directiva, a la Elaboración de un Manual de Procedimientos para la Secretaría de Junta, se promovió la construcción de una nueva plataforma informática con el fin de facilitar los procedimientos del órgano colegiado y de la Secretaría, así como a la identificación de debilidades del sistema de seguimiento, y se elaboró una propuesta para hacer más eficiente al CIPA, ya que era una de las unidades responsables de ejecución de acuerdos de Junta Directiva que arrastraba mayor volumen de acuerdos pendientes.

Para Octubre del 2007, se acreditaba un pendiente de 2,797 acuerdos de Junta Directiva sin ejecución, tal y como se observa en las Tablas siguiente, divididas por periodos:

Tabla N°24

Cuadro Resumen de Acuerdos de Junta Directiva
Periodo: 2000; 2001; 2002; 2003 y 2004 a octubre 2007

Acuerdo	Año					Total	Porcentaje
	2000	2001	2002	2003	2004	General	Resolución
Acuerdos Asignados	1028	827	1164	1210	831	5060	73%
Acuerdos Concluidos	994	771	754	668	497	3684	
Acuerdos Pendientes	34	56	410	542	334	1376	

Tabla N° 25

Cuadro Resumen de Acuerdos de Junta Directiva
Periodo: 2005; 2006 a junio 2007

Acuerdo	Año			Total	Porcentaje
	2005	2006	13/06/2007	Acuerdos	Resolución
Acuerdos Asignados	758	894	250	1902	78%
Acuerdos Concluidos	745	697	39	1481	
Acuerdos Pendientes	13	197	211	421	

6.14.b. Estrategia

A través de la integración de este *task group*, se desarrollaron las siguientes estrategias para procurar el cierre de brechas evidenciadas:

- Creación de redes de seguimiento por Gerencias y responsables

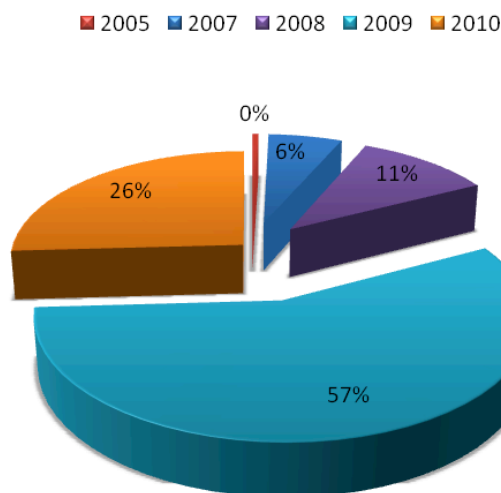
- b) Construcción de indicadores de resultado
- b) Priorización de acuerdos pendientes de mayor antigüedad
- c) Mejora de la plataforma tecnológica de la Secretaría de Junta Directiva y de los responsables de seguimiento por Gerencia
- d) Capacitación a los responsables
- e) Elaboración de guías de trabajo y aplicación de los indicadores de impacto.

Como resultado de la estrategia desarrollada por el equipo de seguimiento, al final de este periodo se acreditan los siguientes acuerdos en trámite:

Tabla N° 26
Comparativo entre las Gerencias y Dependencias a marzo 2010

Gerencias y Dependencias	Totales
Subgerencia Jurídica	39
Gerencia Administrativa	28
Presidencia Ejecutiva	3
CIPA	21
Gerencia Logística	12
Gerencia Pensiones	25
Gerencia Médica	51
GIT	2
Auditoría	2
Gerencia Financiera	14
Total	197

Gráfico N° 6
Cantidad de Acuerdos Pendiente por año a marzo 2010 de un total de 197



Fuente: Equipo de Seguimiento Acuerdos de Junta Directiva a marzo 2010

7. Los golpes de timón

Resumiendo los ejes que marcaron estos cuatro años de la Presidencia Ejecutiva que se reflejaron a nivel administrativo y que colocan a la Caja en una posición de privilegio para enfrentar el próximo lustro:

- I. **Priorización de plazas en el primer nivel.** Se cambió el esquema de asignación de recursos concentrados en el Valle Central y en el Tercer nivel para priorizar la creación de 8000¹⁰ nuevas plazas durante el período 2006-2009. Esto significó una asignación de 2.5 veces más plazas que en los cuatro años anteriores al 2006 y un claro reforzamiento del primer nivel. Además, se ha fortalecido en las unidades de salud la capacidad para comprar, licitar, presupuestar, gestionar el presupuesto, y mantener la infraestructura con ingenieros y técnicos; también se inició en la administración de los centros desconcentrados, la incorporación de las unidades financieras. Ello ha sentado las bases para empezar a elevar la capacidad de suplir un profundo déficit histórico de recurso humano y que paulatinamente se refleja en una mejora en la atención y en el servicio al asegurado.
- II. **Cerrando la brecha de especialistas.** El 2006, nos toma de sorpresa con una falta de especialistas en prácticamente todas las áreas, la falta de inversión de la Caja Costarricense de Seguro Social en la capacitación afectó la prestación de servicios y obligó a la atención centralizada en el tercer nivel que se evidencia en largas listas de espera con períodos que superan los tres meses para acceder a una cita con especialistas. El problema no es fácil de solucionar ya que la formación de especialistas requiere de dos, tres y más años y una importante inversión en términos económicos; sin embargo, asumimos el reto y así como se impulsa la implementación de estrategias específicas para reducir la lista de espera por especialidades, se promueve la formación de especialistas duplicando las becas y puestos disponibles para estas áreas con contratos suscritos, pasando de 350 en el 2006 a 790 en el 2010 de residentes activos. A la fecha se han incorporado 538 nuevos especialistas a los centros de salud de distintos niveles de complejidad y en los próximos cuatro años se graduarán alrededor de 1000 más, con ello, aunado a la compra de equipo especializado y la construcción de la infraestructura necesaria, esperamos hacer más manejable las listas de espera y reducir los tiempos.
- III. **Ampliación de la capacidad instalada en infraestructura y en equipo de última generación.** Invertimos en nueva infraestructura y equipamiento que nos permitió descentralizar servicios, hacerlos más cercanos a la gente e impactar positivamente en la calidad de los mismos. Tenemos muchos ejemplos, entre ellos la nueva área de Salud de Alajuelita, el nuevo Hospital de Osa, la ampliación sustancial del Hospital de las Mujeres, el “hospital de día” del Hospital de Geriatria y Gerontología, la construcción del Centro de Atención Integral de la Salud de Puriscal, y el nuevo Hospital de Heredia. A ello se suma la construcción, ampliación y remodelación de instalaciones para conformar los equipos humanos de casi 100 nuevos EBAIS. La inversión en infraestructura

¹⁰ Incluyen estas plazas 2100 médicos y 1600 en servicios de enfermería y afines.

durante esta administración supera los 7.300 millones de colones gestionados localmente en áreas de salud, clínicas mayores y hospitales; mientras que en equipo, en el mismo periodo, se reporta una inversión de 22,650 millones de colones, el doble de lo invertido en los cuatro años anteriores. Por su parte a nivel central se gestionaron otros 76.000 millones de colones. Estas inversiones incluyen desde ultrasonidos o mamógrafos hasta la más avanzada y compleja tecnología para atención cardiovascular como los angiógrafos, o la tecnología de imágenes médicas de los tomógrafos helicoidales y el equipo de imágenes por resonancia magnética o el acelerador lineal para el tratamiento del cáncer. Esta inversión representa un salto cualitativo que ha permitido disminuir de una manera significativa el rezago acumulado en el Siglo XX y entrar sin complejos al Siglo XXI. Este alto nivel de inversión debe ser sostenido en el tiempo, a fin de garantizar adecuados ciclos de sustitución de equipos e infraestructura para mantener la capacidad operativa, así como la incorporación de nuevas tecnologías que aumenten la calidad de diagnóstico y tratamiento. Por ello, se ha trabajado intensamente a nivel institucional en planificación y se han tomado previsiones para conducir adecuadamente las inversiones presentes y futuras en materia de infraestructura y tecnología a través de la formulación de un Portafolio Institucional de Proyectos, que tiene como base el plan Estratégico Institucional y la asignación de recursos, tal y como se desarrolló líneas arriba del presente informe. Es así como se dejan varias herramientas útiles al efecto, entre ellas: un plan quinquenal de inversiones; el proyecto de fortalecimiento de la Red Oncológica de la Caja que busca dar un salto en los estilos de vida saludables, en la prevención, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos en materia de cáncer, apostando al combate puntual de patologías específicas con un enfoque geográfico, de acuerdo con los resultados obtenidos por una investigación de la Universidad de Costa Rica¹¹.

- IV. Mayor accesibilidad y calidad en los servicios de salud.** En el periodo correspondiente al presente informe, se acredita un aumento en la producción para atender mejor y a más asegurados, entre los resultados obtenidos podemos citar los siguientes: un aumento en el periodo de 500.000 consultas atendidas en medicina general, lo cual representa un incremento medio de 129 mil consultas más por año. En el caso de las atenciones de urgencias, en el periodo se dio un aumento cercano a 700 mil atenciones, lo que significó un crecimiento promedio anual de 130 mil atenciones. En lo referente a las intervenciones quirúrgicas, se habían practicado 5.000 cirugías más, pasando de 172.145 en el año 2006 a 177.223 en el 2008, esto ha representado un promedio de 1.270 cirugías más por año. También se acreditan 8.070 cirugías vespertinas realizadas de mayo a diciembre del 2009. En relación con los servicios de apoyo, en exámenes de laboratorio clínico se realizaron 7,2 millones más de exámenes durante el periodo de referencia, alcanzándose en promedio 1,8 millones más de exámenes en cada año; en el caso de mamografías, se logró realizar 25.000 más en el periodo, pasando de 55.933 mamografías en el año 2006 a 81.159 mamografías en el año 2009; en ultrasonidos, durante el periodo de análisis se incrementó en 54 mil, con un mayor crecimiento en el área ginecobstétrica,

¹¹ Morera Melvin y otro. Atlas de mortalidad por cáncer en Costa Rica, 2000-2005. Proyecto de investigación. Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica, Setiembre 2007.

donde se realizaron 4.230 ultrasonidos más al año, y otros ultrasonidos generales se incrementaron en 1.440 más en promedio al año. En este mismo periodo, se han despachado aproximadamente 11 millones más de recetas de medicamentos, que representa un incremento promedio anual de 2,7 millones de medicamentos.

V. Pasos concretos hacia la planificación institucional. Nos encontramos en mayo del 2006 una administración congestionada e inoperante, dividida en feudos con una Gerencia que asumió muchos poderes y otras instancias evidentemente debilitadas, esta situación implicó una débil asignación de responsabilidades que eventualmente facilitaron la corrupción y la omisión de controles claros por parte de las instancias administrativas. También era evidente que a pesar de existir un proceso de desconcentración legal el mismo estaba paralizado a nivel administrativo. De esa condición nos propusimos avanzar hacia una gestión sincronizada, planificada y con asignación de responsabilidades más claras y precisas. Es importante destacar la coordinación que en este aspecto se ha dado con la Contraloría General de la República. Esta administración impulsa un viraje vigoroso centrado en distribuir responsabilidades y darle mayor transparencia a la gestión. Traslada unidades ejecutoras de proyectos que no debían estar en la Presidencia Ejecutiva a las gerencias correspondientes para focalizar la Presidencia Ejecutiva en su papel sustantivo, estratégico, supervisor de la ejecución de los planes y estimulador de sus resultados. Se ponen en su lugar mecanismos de coordinación entre gerencias (médica, financiera, logística, infraestructura, administrativa y pensiones), se define un plan estratégico al 2025, matrices de mando por cada gerencia 2007-2012, mapa de riesgo institucional y se establece un plan de inversiones quinquenal, revisable cada año por parte de la Junta Directiva. De una Caja añeja en materia de gestión pasamos a una enrumbada a la gestión propia del presente siglo. Finalmente, se agilizaron los mecanismos de coordinación en cada una de las regiones del país entre sus unidades -tanto en la parte de salud como la financiera- y entre las regiones y las Gerencias. El objetivo: la búsqueda de una gestión más cercana a los asegurados.

VI. Rediseño de la cadena de abastecimiento y eliminación de cerros. En el 2006, la logística en la Caja era desarticulada y desactualizada causando severos problemas de falta de medicamentos en la Lista Oficial de Medicamentos (LOM) e incontables recursos de amparo ante la Sala Constitucional. La LOM cubre el 98% de los padecimientos de los habitantes del país. El bisturí de la logística actual se introdujo profundo, se rediseñó la cadena de abastecimiento pensando en los asegurados y sus necesidades y hoy se tiene en medicamentos un 99.7% de abastecimiento (hace tres años y medio cerca del 10% estaba desabastecido) y en implementos médicos necesarios para la adecuada interacción entre el personal de salud y los pacientes, el abastecimiento es hoy de 98.6%, casi 10% más que en el 2006. De nuevo se trató de hacer gestión centrada en resolver falencias que afectaban a los asegurados en números importantes: en este caso medicamentos abastecidos e

implementos médicos en dónde se necesitan y en la cantidad que se necesitan. La prueba de fuego en este aspecto para la Institución fueron el equipamiento, suministro para laboratorios y adquisición de las vacunas necesarias para atender la pandemia del AH1N1, que demandó una inversión superior a los 15 mil millones de colones, monto que considera otros aspectos como la asignación de plazas y el pago de subsidios.

VII. Gestiones para una mayor cobertura contributiva y de afiliación de asegurados. Los golpes de timón anteriores necesitaban como su columna vertebral una acción de afiliación de nuevos asegurados, un operativo contra la evasión y un golpe a la morosidad. En materia de cobertura de la Población Económicamente Activa (PEA), los resultados son muy satisfactorios: En el 2005 la cobertura en los Seguros de Salud y Pensiones era de 54.96% y 46.76%, respectivamente, mientras que para marzo 2010 aumentan a un 66.4% en cobertura de salud y a un 59.9% en pensiones, siendo esta última la mayor cobertura alcanzada en la historia de la Institución. Al lograr mayor afiliación contributiva logramos extender la red de protección social a más habitantes y es una sólida indicación del fortalecimiento de la Caja como resultado de las acciones concretas que se han adoptado en esta Administración. La morosidad con respecto a la facturación se ha mantenido en los últimos cuatro años, en casi tres cuartos del uno por ciento, en promedio; hoy se encuentra, incluso durante la recesión en un cuarto del uno por ciento. Para ello se ha combinado una mano firme con quienes no cumplen con la seguridad social y una mano amiga con arreglos de pago, plazos más amplios y otros mecanismos para aquellos que quieren estar al día con la Caja. A esto se suman mecanismos innovadores como un centro de llamadas que efectúa 150.000 por año recordando a los empleadores que paguen sus cuotas; un equipo de inspectores móviles que trabaja en los lugares de mayor actividad económica y en horarios no tradicionales y un sistema de georeferenciación para determinar dónde están nuestros actuales y potenciales afiliados. La instalación en marcha de una plataforma informática que multiplica por diez la capacidad de almacenamiento y procesamiento de información sumada a la renovación del software que se ha hecho dejan una base para acelerar la informatización en gran escala al servicio de los usuarios de la Caja. La contribución solidaria es cada día más una seguridad social bien financiada para todos los asegurados.

VIII. Relanzamiento del Régimen No Contributivo de Pensiones (RNC) para combatir la pobreza. En mayo del 2006, encontramos un régimen bajo en afiliación y escuálido en el monto de la pensión. En este período se pasó de una pensión de 17.500 colones a una de 70.125 colones y se incrementó el número de beneficiarios de RNC y Parálisis Cerebral Profunda (PCP) de 76.624 a 86.936 en abril 2010. Casi diez mil personas más reciben el beneficio y lo reciben bien fortalecido. Además, con las nuevas pensiones se ha hecho un esfuerzo especial para ir a las zonas de mayor pobreza, desde las comunidades indígenas, hasta los habitantes de las islas del Golfo de Nicoya y las zonas urbano- marginales de las ciudades. Es la Caja con una activa acción en la lucha por la reducción de la

pobreza, para darle dignidad y seguridad, en particular al adulto mayor y a otras poblaciones vulnerables.

IX. Por una ampliación de afiliación y de beneficiarios del régimen contributivo de pensiones de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM). En el 2006 la morosidad de la Caja, era tres veces mayor con respecto a la facturación, mientras que hoy en día alcanza alrededor de un tercio del uno por ciento. La afiliación contributiva pasa de 46.7% a 57.8% del 2006 al 2008. Las inversiones en lo más hondo de la recesión la Caja exhibe un rendimiento positivo por encima del 4% en términos reales y las reservas siguen aumentando en varios cientos de miles de millones de colones cada año. En esta Administración se da un giro revertiendo el hecho que se daban más pensiones por invalidez que por vejez como si fuera un país en guerra. Se pasó de 1.2 pensiones de invalidez por cada una de vejez a una relación de tres de vejez por una de invalidez, lo que es esperable y deseable en una sociedad en paz.

X. Gestiones directas para conseguir el pago de la deuda del Estado con la Caja por el aseguramiento de la población indigente y en pobreza. El monto incorporado en el Convenio de Pago suscrito en agosto del 2007, con el Ministerio de Hacienda, ascendió a 185 mil millones de colones, de los cuales 172 mil millones correspondían al Seguro de Salud y cerca de 13 mil millones al Seguro de IVM. De lo correspondiente al Seguro de Salud, el costo acumulado del programa de aseguramiento de la población indigente, durante el periodo 1994–2006, representó aproximadamente 105 mil millones de colones, mientras que los 67 mil millones restantes obedecía al pago de la cuota complementaria de los trabajadores independientes, intereses y otras obligaciones y programas a cargo del Estado. Estos recursos permitieron inversiones en infraestructura, equipo y en otros campos de la institución y cerrar las brechas que se acumularon por años en estos frentes. Nuevas adendas al Convenio del 2007 han contribuido a fortalecer la lucha contra la influenza AH1N1, a los programas de vacunación y a paliar parcialmente los efectos de la recesión mundial. Es un Estado solidario, comprometido con una Caja solidaria.

Golpes de timón en la Caja en esta Administración que han avanzado un buen trecho en cerrar brechas de cobertura, de infraestructura, de recursos humanos y de visión, gestión y estrategia. Con ello, se le abre camino a la siguiente Administración para dar un nuevo salto sobre una Caja que es hoy más sólida, mejor organizada, y con mayor capacidad de gestión y ejecución. ¡Es hoy una Caja renovada lista para nuevos retos!

8. La Caja hacia el futuro.

Estoy convencido que con estos 10 golpes de timón se reposicionó a la Caja para cumplir más temprano que tarde, -en los próximos lustros-, el poder estar entre los tres primeros lugares de las mejores servicios de salud y de pensiones públicas del mundo.

En toda tarea humana el tener una meta difícil de lograr pero que no es imposible de alcanzar, hace que la gente sea más innovadora, le ponga más cariño a su trabajo y más sentido humano a las personas a las cuales como funcionarios públicos sirven, y precisamente tener eso como blanco, como norte al que queremos llegar fortalece la sincronización a lo largo, horizontal y vertical de la institución y define hacia delante el perfil del recurso humano que necesitamos para acometer esta hermosa y gigantesca tarea y que va a acercar enormemente la institución a sus asegurados, que es la razón misma de ser de la Caja.

ANEXOS

9. Anexo 1.

Estado actual del cumplimiento de las disposiciones que durante la gestión giró la Contraloría General de la República.

Número de Informe	Asunto	Responsable	Acciones	Comentario
DFOE-SOC-85-2007 De fecha: 03 de diciembre de 2007.	Informe sobre el Sistema de Aseguramiento de Calidad del Proceso de Desarrollo de Infraestructura de Salud De Mediana y Alta Complejidad de la Caja Costarricense de Seguro Social.	Dirigido a Presidencia Ejecutiva. Se instruye a Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, Gerencia Médica, Gerencia Administrativa, Dirección de Arquitectura E Ingeniería.	Informe Cumplido	Se conoce Informe de la CGR por parte de la Junta Directiva en la Sesión 8208 Artículo 24 y se remite a los responsables para “los fines consiguientes”. Fecha del Acuerdo: 06 de diciembre de 2007. Fecha de Conclusión del Acuerdo: 22 de abril de 2009.
DFOE-SOC-86-2007 De fecha: 03 de diciembre de 2007.	Informe acerca del Estudio efectuado al Plan-Presupuesto de La Caja Costarricense de Seguro Social para el Ejercicio Económico 2008.	Dirigido a Presidencia Ejecutiva Se instruye Gerencia de Operaciones, Gerencia Médica, Gerencia Administrativa, Gerencia Financiera (quien designó como corresponsable a la Dirección de Presupuesto), Gerencia de Pensiones.	Informe Cumplido	Se conoce Informe de la CGR por parte de la Junta Directiva en la Sesión 8208 Artículo 15 y se remite a los responsables para “los fines consiguientes”. Fecha del Acuerdo: 06 de diciembre de 2007. Fecha de Conclusión del Acuerdo: 11 de junio de 2008.
DFOE-SOC-15-2008 De fecha: 31 de marzo de	Informe sobre los Resultados del Estudio Especial en la Caja Costarricense de Seguro Social, en Relación con	Dirigido a Presidencia Ejecutiva y Gerencia de Logística.	Informe Cumplido	Se conoce Informe de la CGR por parte de la Junta Directiva en la Sesión 8243 Artículo 6 y se remite a los responsables para “los fines consiguientes”.

2008.	el Proceso de Contratación Administrativa de Medicamentos.			<p>Fecha del Acuerdo: 10 de enero de 2008</p> <p>Fecha de Conclusión del Acuerdo: 19 de octubre de 2008.</p>
<p>DFOE-SOC-56-2008</p> <p>De fecha: 11 de setiembre de 2008.</p>	Sobre La Contratación y Ejecución de Auditorias Externas para el Dictamen de Estados Financieros.	<p>Dirigido a Presidencia Ejecutiva.</p> <p>Instruye a Gerencia Financiera.</p>	Informe Cumplido	<p>Se conoce Informe de la CGR por parte de la Junta Directiva en la Sesión 8297 Artículo 15 y se remite a los responsables para “los fines consiguientes”.</p> <p>Fecha del Acuerdo: 18 de setiembre de 2008.</p> <p>Disposiciones debidamente atendidas y resueltas por la Gerencia Financiera.</p> <p>Pendiente actualización y resolución por parte del Responsable en la Presidencia Ejecutiva.</p> <p>Por lo tanto pendiente Conclusión de acuerdo por parte del Equipo de Seguimiento de Acuerdos de Junta Directiva.</p>
<p>DFOE-SOC-35-2008</p> <p>De fecha: 11 de setiembre de 2008.</p>	Informe sobre Auditoria de tipo Financiero en la Caja Costarricense de Seguro Social.	<p>Dirigido a la Junta Directiva.</p> <p>Dirigido a la Presidencia Ejecutiva y esta instruye a la Gerencia Financiera.</p>	Informe en proceso	<p>Se conoce Informe de la CGR por parte de la Junta Directiva en la Sesión 8288 Artículo 02 y se remite a los responsables para “los fines consiguientes”.</p> <p>Fecha del Acuerdo: 18-09-2008</p> <p>Pendiente las Disposiciones:</p> <p>4.2 F): Se solicito ampliación de plazo a la CGR al día 31 de julio de 2010, esta aun no ha sido formalmente concedida.</p>

				4.2 K): La atención de esta disposición depende de las acciones que implementen la Dirección Financiera Administrativa de la Gerencia de Pensiones, entidad que mediante el oficio DFA-2371-2009 del 17 de diciembre del 2009 la Dirección Financiera Administrativa de la Gerencia de Pensiones informa que se solicitará a la Dirección Jurídica el criterio que permita tomar las acciones que en derecho correspondan para la normalización de esta cuenta.
DFOE-SOC-37-2008 De fecha: 19 de setiembre de 2008.	Los Resultados de la Fiscalización del Proceso de Control de Calidad de Los Medicamentos que Adquiere la Caja.	Dirigido a Presidencia Ejecutiva. Instruye a Gerencia de Logística.	Informe en proceso	Se conoce Informe de la CGR por parte de la Junta Directiva en la Sesión 8297 Artículo 15 y se remite a los responsables para “los fines consiguientes”. Fecha del Acuerdo: 18 de setiembre de 2008. Disposiciones con plazo para el cumplimiento: 4.1 A): Se solicito en esta ampliación de plazo a la CGR al día 30 de octubre de 2010, este fue concedida por dicho órgano. 4.1 B): Se solicito en esta ampliación de plazo a la CGR el día 31 de marzo de 2010 del cual fue concedido y a la fecha la última acción es que se encuentra en la etapa de implementación y adecuación.
DFOE-SOC-105-2008 De fecha: 18 de diciembre de 2008.	Informe sobre el Proceso de Planificación y Evaluación de la Gestión de las Adquisiciones de Bienes en la Caja Costarricense de Seguro Social.	Dirigido a Presidencia Ejecutiva. Instruye a Gerencia de Logística.	Informe en proceso	Se conoce Informe de la CGR por parte de la Junta Directiva en la Sesión 8313 Artículo 08 y se remite a los responsables para “los fines consiguientes”. Fecha de Acuerdo: 08 de enero de 2009. Disposiciones con plazo para el

				cumplimiento: 4.2 A): En plazo hasta el 2011. 4.2 C): En plazo hasta diciembre de 2010.
DFOE-SOC-07-2009 De fecha: 06 de febrero de 2010.	Informe sobre el proceso de Planificación y Evaluación de la Gestión del Subportafolio de Proyectos de Equipamiento en la Caja Costarricense de Seguro Social.	Dirigido a la Junta Directiva, Presidencia Ejecutiva y Gerencia de Infraestructura. La Presidencia Ejecutiva instruye a la Secretaria Técnica de Planificación Estratégica (Coordinador) y a todas las Gerencias.	Informe en proceso	Se conoce Informe de la CGR por parte de la Junta Directiva en la Sesión 8324 Artículo 5 y se remite a los responsables para “los fines consiguientes”. Fecha del Acuerdo: 18 de setiembre de 2010. Disposiciones con plazo para el cumplimiento: 4.1 B), 4.2 D), 4.2 E) y 4.2 F).
DFOE-SOC-30-2009 De fecha: 13 de agosto de 2009.	Informe sobre la Evaluación de la Calidad de la Información Operada por Sistemas de Información Automatizados y la Ejecución del Plan de Implementación de la Normativa sobre Tecnologías de Información en la Caja Costarricense de Seguro Social.	Dirigido a la Junta Directiva. Instruye a la Presidencia Ejecutiva.	Informe en proceso	Se conoce Informe de la CGR por parte de la Junta Directiva en la Sesión 8374 Artículo 10 y se remite a los responsables para “los fines consiguientes”. Fecha del Acuerdo: 20 de agosto de 2009. Disposiciones con plazo para el cumplimiento: 4.2 A): La Presidencia Ejecutiva debía solicitar al Área de Seguimiento de Disposiciones de la Contraloría General de la República la ampliación del plazo concedido en el apartado 4.1 inciso b) del Informe N° DFOE-SOC-IF-30-2009 hasta el 20 de febrero del año 2010. No se indica si se solicito. 4.2 b): Pendiente que el acuerdo donde fue presentado esta disposición quede en firmeza. 4.2 A): Pendiente nota por la CGR en donde conceden la solicitud de ampliación de

				<p>plazo.</p> <p>4.2 B): El Dr. Doryan Garrón le solicita a la Ing. Morales Ureña suministrar a más tardar el viernes 19 de febrero de 2010 la adición y aclaración de la información contenida en la nota TIC-1490-2009 suscrita por su persona.</p> <p>4.3 A): La Presidencia Ejecutiva solicitó ampliación de plazo, a la vista en artículo 8, Sesión 8401. Con prórroga al 19 de febrero 2010. A la fecha no se indica alguna acción.</p>
--	--	--	--	---

10. Anexo 2.

Estado actual del cumplimiento de las disposiciones y recomendaciones que durante la gestión giró la Defensoría General de la República.

Defensoría de los Habitantes de la República

N° Oficio y fecha	Asunto	Responsable	Estado de Avance	Comentario
Año 2006				
03732-2006-DHR del 11-05-06	<p>Informe Final con recomendaciones referente a denuncia interpuesta por la señora Zedy Guevara Fonseca</p> <p>Se le solicita a la Junta Directiva la presentación de las recomendaciones con plazo al 25-05-06</p>	Licda. Emma Zúñiga Valverde, Secretaria de la Junta Directiva	Atendido	PE. 19.625-06 del 15-05-06

04722-2006-DHR DEL 15-06-06	Informe Final con recomendaciones sobre seguimiento a la campaña el Dengue Mata Se le instruye acoger la recomendación y proceder de acuerdo con la misma	Dr. Marco Antonio Salazar Rivera, Gerente División Médica	Atendido	PE. 22.220-06 del 21-06-06
04072-2006-DHR del 19-05-06	Informe Final con recomendaciones referente a denuncia interpuesta por la señora Elizabeth Casasela Orozco	Licda. Emma Zúñiga Valverde, Secretaria de la Junta Directiva	Atendido	PE. 19.733-06 del 22-05-06
04082-2006-DHR del 19-05-06	Informe Final con recomendaciones referente a denuncia interpuesta por el señor Dennis González Meza Se le solicita a la Gerencia Financiera referirse en el plazo de 4 días a las recomendaciones contenidas en el informe de cita	Lic. Manuel Ugarte Brenes, Gerente Financiero	Atendido	PE. 19.748-06 del 23-05-06
		Dra. Lisbeth Quesada Tristán, Defensoría de los Habitantes		PE. 22.087-06 del 15-06-06
		Lic. Manuel Ugarte Brenes, Gerente Financiero		PE. 26.795-06 del 05-07-06
04071-2006-DHR del 22-05-06	Informe Final con recomendaciones referente a denuncia interpuesta por la señora Lillian Fonseca Solano	Licda. Emma Zúñiga Valverde, Secretaria de la Junta Directiva	Atendido	PE. 19.734-06 del 22-05-06
04405-2006-DHR del 31-05-06	Informe Final con recomendaciones sobre denuncia interpuesta por el señor Isaías Badilla Se le instruye a la Gerencia División Médica acatar las recomendaciones contenidas en el informe además informar a la Presidencia Ejecutiva sobre lo actuado	Dr. Marco Antonio Salazar Rivera, Gerente División Médica	Atendido	PE. 21.937-06 05-06-06
		Dr. Manrique Soto Pacheco, Director General Hospital San Juan de Dios		PE. 21.938-06 del 05-06-06
		Dra. Daisy Corrales Díaz, MSc. Directora Unidad Técnica Listas de Espera		PE. 21.939-06 del 05-06-06

		Dra. Lisbeth Quesada Tristán, Defensora de los Habitantes		PE. 21.940-06 del 05-06-06
		Dra. Rosa Climent Martin, Gerente Médica, Arq. Gabriela Murillo Jenkins, Gerente de Operaciones, Ing. René Escalante, Gerente Administrativo y el Lic. Manuel Ugarte Brenes, Gerente Financiero		PE. 30.507-06 del 05-06-06
04449-2006-DHR del 31-05-06	Informe Final con recomendaciones sobre denuncias relacionadas con el funcionamiento del Hospital México	Dr. Armando Villalobos Castañeda, Director General Hospital México	Atendido	PE. 22.023-06 del 09-06-2006
		Arq. Gabriela Murillo Jenkins, Gerente de Operaciones		PE. 22.022-06 del 09-06-06 del 09-06-2006
		Dr. Albin Chaves Matamoros, Director de Medicamentos y Terapéutica		PE. 22.021-06 del 09-06-2006
		Dra. Lisbeth Quesada Tristán, Defensora de los Habitantes		PE. 22.020-06 del 09-06-2006
04510-2006-DHR del 02-06-06	Informe Final con recomendaciones sobre denuncia interpuesta por personas con el VIH-SIDA	Licda. Emma Zúñiga Valverde, Secretaria de la Junta Directiva	Atendido	PE. 21.945-06 del 05-06-06
05828-2006-DHR del 18-07-06	Informe final denuncia interpuesta por el Dr. Luis Antonio Quesada Mora	Licda. Emma Zúñiga Valverde, Secretaria de Junta Directiva	Atendido	PE. 30.342-06 del 20-07-06
06209-2006-DHR del 18-04-06	Informe final queja planteada por la señora Marlene Arroyo Fajardo		Atendido	Entregado a la Licda. Berta Flores Jirón, Asesora Legal de la

				Presidencia Ejecutiva el 03-08-06
05674-2006-DHR del 13-07-06	Informe final denuncia interpuesta por la señora Rosa María Vargas Alfaro	Dra. Lisbeth Quesada Tristán, Defensora de los Habitantes	Atendido	PE. 27.114-06 del 19-07-06
		Dra. Rosa Climent Martin, Gerente División Médica		PE. 27.120-06 del 20-07-06
		Ing. René Escalante, Gerente División Administrativa		PE. 27.121-06 del 20-07-06
08482-2006-DHR del 19-10-06	Informe final con recomendaciones referente a l caso del señor Ernesto Famillier	Licda. Emma Zúñiga Valverde, Secretaria de Junta Directiva	Atendido	PE. 40.155-06 del 23-10-06
08719-2006-DHR del 24-10-06	Informe final referente a la reunión entre la Defensoría de los Habitantes y la Junta de Salud de Golfito efectuada el 20-05-04			Se envía al archivo el 31-10-06
09968-2006-DHR del 01-12-06	Informe final con recomendaciones referente a los hechos acaecidos en el Hospital Dr.Rafael Ángel Calderón Guardia			Se envía al archivo
10437-2006-DHR del 18-12-06	Informe final de recomendaciones referente a la denuncia interpuesta por la señora Ana Margarita Jiménez Guevara	Ing. René Escalante, Gerente Administrativo	Atendido	PE. 51.343-06 del 21-12-06

Nº Oficio y fecha Año 2007	Asunto	Responsable	Estado de avance	Comentario
01359-2007-DHR del 21-02-07	Recomendaciones Investigación en relación con el faltante de Ortopedistas en los Centros de Salud de la CCSS		Atendido	Se envía al archivo el 14-03-06
02424-2007-DHR del 11-04-07	Informe final con recomendaciones referente a queja contra el Hospital Nacional de Niños, Expediente N° 21106-23-2006-IO-CV, relacionado con el tema de la	Dra. Rosa Climent , Gerente División Médica	Atendido	PE .16.502-07 del 13-04-07

	<p>delimitación de peso para la atención de neonatos.</p> <p>En el informe de cita, se incluyen una serie de recomendaciones identificadas 1, 2, 3 y 4, en relación con las cuales, con instrucciones del señor Presidente Ejecutivo, Dr. Eduardo Doryan Garrón, se le solicito recomendar a esta Presidencia la conveniencia y la oportunidad de acoger las mismas o en su defecto la procedencia de interponer en el plazo concedido recurso de reconsideración.</p> <p>En caso de que la recomendación vaya en la línea de interponer el recurso de reconsideración, se le solicita remitir el borrador de interposición del mismo a más tardar el viernes 20 de abril en tanto que si la recomendación va en la vía de acoger lo planteado por la Defensoría, se le solicita presentar un programa y un cronograma para la atención de dichas recomendaciones, esto a más tardar el próximo viernes 27 de abril</p>			
	<p>Recurso de Reconsideración Oficio N° 02424-2007-DHR. Expediente N° 21106-23-2006IO-CV</p> <p>El Dr. Eduardo Doryan Garrón, en calidad de Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social, en tiempo y forma interpongo recurso de reconsideración en contra de las recomendaciones emitidas en el informe contenido en el Expediente N° 21106-23-2006-IO-CV, y que fue notificado a esta Presidencia el 12 de abril pasado mediante oficio N° 02424-2007-DHR, específicamente contra las identificadas por los numerales 1, 2, 3 y 4, ello con fundamento en las apreciaciones que sobre las mismas emitieran la Gerencia de División Médica y la Dirección General del Hospital Nacional de Niños.</p>	<p>Dra. Lisbeth Quesada Tristán, Defensora de los Habitantes</p>	<p>Atendido</p>	<p>PE. 16.611-07 del 23-04-07</p>

	De lo transcrito en el oficio de cita se desprende que la solicitud que se hace, implicaría la elaboración de un cronograma que reflejare el quehacer diario de la Gerencia División Médica, lo cual a todas luces resulta materialmente imposible de acometer			
	Envío de Información relacionada con el Recurso de Reconsideración. Oficio N° 02424-2007-DHR. Expediente N° 21106-23-2006IO-CV	Dra. Lisbeth Quesada Tristán, Defensora de los Habitantes	Atendido	PE. 16.700-07 del 30-04-07
04062-2007-DHR del 06-06-07	Informe final con recomendaciones referente a queja del señor Rodrigo Gutiérrez Ugalde, expediente N° 01265-2007-(solicitud de reconocimiento de cuotas presentada por el señor Rodrigo Gutiérrez Ugalde, y que en apariencia no fue resuelta adecuadamente por la Sucursal de Heredia)	Lic. Manuel Ugarte Brenes, Gerente División Financiero	Atendido	PE. 23.685-07 del 08-06-07
	Se solicita a la Gerencia División Financiera revisar pormenorizadamente el procedimiento seguido por la Sucursal de Heredia para la atención de la solicitud planteada por el señor Gutiérrez Ugalde, e informar tanto al solicitante como a la Defensoría de los Habitantes el resultado obtenido.	Lic. Manuel Ugarte Brenes, Gerente División Financiero	Atendido	PE. 29.554-07 del 13-06-07
	Recomendación Informe contenido en expediente N° 01265-2007-SI-GA Respuesta a oficio N° 04062-2007-DHR Se instruyó a la Gerencia División Financiera mediante nota PE. 29.554-09 con el fin de efectuar una revisión pormenorizada del procedimiento seguido por la Sucursal de Heredia para la atención de la solicitud planteada por el señor Rodrigo Gutiérrez Ugalde, e informar tanto al solicitante como a la Defensoría a su cargo, el resultado que de dicha revisión se obtenga	Dra. Lisbeth Quesada Tristán, Defensora de los Habitantes	Atendido	PE. 29.555-07 del 13-06-07
DNA-0058-2007 del 12-06-07	Convocatoria a reunión el 19-06-07 con el fin de tratar temas relacionado con el Centro de Atención a las personas menores de edad con problemas de adicción	Dr. Carlos Muñoz Retana, Asesor del Proyecto Red Oncológica Nacional	Atendido	PE. 29.543-07 del 13-06-07

	a sustancias psicoactivas Se le instruye participar como representante institucional en esta reunión			
04339-2007-DHR del 12-06-07	Notificación y solicitud de información referente a denuncia interpuesta por la señora Narcisa Castro Arguedas Al respecto se le instruye proceder conforme lo solicitado y se sirva, esa Gerencia, remitir a la Defensoría, en el plazo de cinco días hábiles, el informe correspondiente e informar mediante copia a esta Presidencia Ejecutiva	Ing. René Escalante, Gerente División Administrativo	Atendido	PE. 29.560-07 DEL 13-06-07
04456-2007-DHR del 14-06-07	Informe final sobre Recurso humano en comunidad indígena de Coto Brus		Atendido	Se envía al archivo
04506-2007-DHR del 14-06-07	Prevención para la presentación de informe referente a denuncia presentada por la señora Alicia Medina Obregón Se traslada a la Gerencia División Médica para su atención y respuesta a la Defensoría en el plazo establecido	Dra. Rosa Climent Martin, Gerente División Médica	Atendido	PE. 29.653-07 DEL 20-06-07
04655-2007 - DHR del 19-06-07	Cierre de expediente en seguimiento relacionado con denuncia interpuesta por el Dr. Longino Soto Pacheco		Atendido	No reporta acciones en el sistema de seguimiento
04864-2007-DHR del 27-06-07	Referente a solicitud de ampliación de información expediente N° 21738-22-2006-IO La señora Defensora de los Habitantes solicita ampliar información sobre la permanencia extratemporal de pacientes en situación de abandono en los hospitales de la CCSS. Literalmente "...solicita informar sobre las acciones interinstitucionales concretas que ha	Dra. Rosa Climent Martin, Gerente División Médica y Dra. Vilma García Camacho, Representante Institucional ante el CONAPAN	Atendido	PE. 29.767-07 del 28-06-07

	<p>emprendido su Representada, en procura de brindar una solución permanente y satisfactoria a esta problemática institucional, así como para garantizar el respeto a los derechos de las personas afectadas.”</p> <p>A efecto de atender oportunamente lo requerido por la señora Defensora, con instrucciones del Señor Presidente Ejecutivo, Dr. Eduardo Doryan Garrón, se les solicita preparar conjuntamente el informe respectivo y remitirlo a esta Presidencia a más tardar el viernes 6 de julio 2007</p>			
	<p>Respuesta a oficio N° 04864-2007-DHR, se remite adjunto el oficio 31549-4, suscrito por la Ing. María de los Ángeles Gutiérrez Brenes, Jefe de Despacho de la Gerencia Médica</p>	<p>Dra. Lisbeth Quesada Tristán, Defensora de los Habitantes</p>	<p>Atendido</p>	<p>PE. 29.977-07 del 13-07-07</p>
<p>06263-2007-DHR del 15-08-07</p>	<p>Informe final con recomendaciones referentes al análisis sobre requisitos y procedimientos tanto legales como técnicos existentes en el país para la tenencia de perros de cuido.</p> <p>Se le solicita a la Gerencia División Médica con el apoyo del Hospital Nacional de Niños analizar los alcances de las recomendaciones en cuestión y se estimara por parte de la Gerencia que hay mérito para la interposición del recurso de reconsideración que la ley prevé, proceda conforme. Además en caso que no hay mérito para la interposición del recurso aludido, se le instruye a la Gerencia División Médica elaborar y remitir a la Defensoría de los Habitantes el informe de cumplimiento de las recomendaciones formuladas.</p>	<p>Dra. Rosa Climent Martin, Gerente División Médica</p>	<p>Atendido</p>	<p>PE. 35.994-07 del 21-08-07</p>
<p>06604-2007-DHR del 30-08-07</p>	<p>Informe final con recomendaciones emitido a propósito del estudio que realiza en torno al sistema 9-1-1 y en particular de la Comisión Coordinadora del Sistema de Emergencias, Expediente N° 04965-2007-SI-CV.</p> <p>Se le instruye a la Gerencia División Administrativa</p>	<p>Ing. René Escalante, Gerente División Administrativo</p>	<p>Atendido</p>	<p>PE. 44.023-07 del 03-09-07</p>

	elaborar un borrador del informe de cumplimiento de las recomendaciones y remitirlo a la Presidencia Ejecutiva.			
	Respuesta al oficio 06604-2007-DHR, en el cual se emiten transcripciones de las actas de la Comisión Coordinadora de Sistemas de Emergencias 9-1-1 así como el informe por parte del señor Gerente Administrativo	Dra. Lisbeth Quesada Tristán, Defensora de los Habitantes	Atendido	PE. 44.209-07 del 13-09-07
06935-2007-DHR del 06-09-07	Informe final con recomendaciones referente a denuncia interpuesta por la señora Laura Solano, Ileana Marcela Vega Morales, Sheila Villalobos Arias, Ingrid Carballo Valverde, Mardianita Quintero Arias, Sonia Méndez Céspedes, Andrea María Valverde Venegas y Katiana Becerra Morales referente ante el atraso en la cancelación de montos por concepto de licencia por maternidad. A las Gerencias División Médica y Administrativa se les remite copia del informe de la Defensoría a efecto de que por delegación de esta Presidencia procedan a cumplir con las recomendaciones en él contenidas.	Dra. Rosa Climent Martin, Gerente División Médica e Ing. René Escalante, Gerente División Administrativo	Atendido	PE. 44.260-07 del 18-09-07

N° Oficio y fecha	Asunto	Responsable	Estado de Avance	Comentario
Año 2008				
00221-2008-DHR del 09-01-08	Informe final con recomendaciones, expediente N° 00973-2007-SI-NA, referente al Convenio suscrito por ASTA y la CCSS. Con instrucciones del señor Presidente Ejecutivo Dr. Eduardo Doryan Garrón se le solicita proceder conforme a lo recomendado en el oficio de cita.	Dra. Rosa Climent Martin, Gerente Médico	Atendido	PE. 108-08 del 15-01-08
00217-2008-DHR del 10-01-	Referente a informe final, expediente N° 17065-26-2004-IO, referente a Informe Final sobre investigación	Dra. Rosa Climent Martin, Gerente Médico		PE 0.85-08 del 14-01-08

08	<p>ante el presunto hacinamiento que existe en el Servicio de Neonatología del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.</p> <p>Se le solicita a la Gerencia Médica En razón de su competencia, a efecto de que se atienda la recomendación emitida en el informe de cita.</p>			
00755-2008-DHR del 21-01-08	<p>Informe final con recomendaciones, referente a queja planteada por el señor Ángel García Pérez, en relación con las actuaciones de varios hospitales con ocasión de la atención dada a su esposa Flor María Díaz Martínez.</p> <p>Se remite copia del oficio de la Defensoría de los Habitantes N° 00755-2008-DHR a la Gerencia Médica, con la instrucción de que proceda la Gerencia a su cargo a revisar y analizar los alcances del mismo y si se estimare por parte de esa Gerencia que hay mérito para la interposición del recurso de reconsideración que la ley prevé en relación con la recomendación dirigida a esta Presidencia, deberá elaborarse un borrador del escrito de interposición del mismo con los fundamentos y pruebas que lo respalden, el cual deberá remitirse a esta Presidencia a más tardar el próximo jueves 31 de enero del año en curso, a efecto de poder ésta instancia interponer el mismo en tiempo y forma ante la Defensoría de los Habitantes.</p> <p>En caso de que del análisis efectuado por la Gerencia a su cargo se estimare que no hay mérito para la interposición del recurso aludido, se le instruye elaborar y remitir a la Defensoría de los Habitantes un informe que incluya el cronograma de cumplimiento de la recomendación formulada tendente a la elaboración de un protocolo, todo de acuerdo con el detalle que la propia Defensoría precisa en el informe. Para el caso en que se estime procedente y atendible</p>	Dra. Rosa Climent Martin, Gerente Médico	Atendido	PE 242-08 del 25-01-08

	la recomendación efectuada, de todo lo actuado deberá enterarse por copia a esta Presidencia Ejecutiva.			
	La Gerencia Médica responde directamente a la señora Defensora de los Habitantes mediante el oficio N° 15845 del 28-03-08, suscrito por la Dra. Rosa Climent Martin, Gerente Médica	Dra. Lisbeth Quesada Tristán, Defensora de los Habitantes		Oficio N° 15845 del 28-03-08 de la Gerencia Médica
02767-2008-DHR del 19-03-08	Informe final con recomendaciones, expediente N° 01096-2007-SI, presentado por el señor Rodolfo Rojas Báez. Para la Secretaría de la Junta Directiva: con instrucciones del señor Presidente Ejecutivo, Dr. Eduardo Doryan Garrón, adjunto se remite oficio No. 02767-2008-DHR, suscrito por la Dra. Lisbeth Quesada Tristán, Defensora de los Habitantes, referente a denuncia presentada por el señor Rodolfo Rojas Báez ante esa Junta Directiva.	Licda. Emma Zúñiga Valverde, Secretaria de Junta Directiva	Atendido	PE 129-08 del 24-03-08
02948-2008-DHR del 27-03-08	Informe final con recomendaciones de los expedientes N° 036-2007-SI, 03705-SI, 0399-2007-SI, 04637-2007-SI, 06847-2007-SI A la Gerencia de Pensiones: con instrucciones del señor Presidente Ejecutivo Dr. Eduardo Doryan Garrón, y a efecto de que se considere como parte del análisis que sobre el tema está resolviendo la Gerencia a su cargo, adjunto le remito oficio No. 02948-2008-DHR, mediante el cual se traslada Informe Final con recomendación emitida en ocasión de la denuncia interpuesta por el señor Héctor Lao Obando, en relación con el tema de los tiquetes de los buses para los adultos mayores.	Lic. Miguel Pacheco Ramírez, Gerente Pensiones	Atendido	PE. 10.243-08 del 02-04-2008
02923-2008-DHR del 28-03-08	Informe final con recomendaciones expediente N° 07195-2007-SI, denuncia interpuesta por la señora Pilar Sáenz Jiménez, en relación con las disposiciones del “Reglamento de Incapacidades” en cuanto este no	Dra. Rosa Climent Martin, Gerente Médica Lic. José Alberto Acuña Ulate, Gerente	Atendido	P.E. 10.241-08 del 02-04-08

	<p>permite la incapacidad de la madre para el cuidado de su hijo enfermo.</p> <p>Se les instruye a las Gerencias: Dentro de las recomendaciones que el informe contiene, se encuentra una dirigida conjuntamente a la Presidencia Ejecutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social y a la Ministra de Salud que está orientada al desarrollo de acciones que se relacionan y afectan campos propios sus Gerencias.</p> <p>Consigna además el informe que de acuerdo con lo que regula la Ley de la Defensoría de los Habitantes, se cuenta con un plazo de ocho días hábiles para la interposición del recurso de reconsideración en contra de la recomendación emitida, ello en caso de que se estime exista mérito para tal proceder, o bien, con un plazo de quince días hábiles para remitir a la Defensoría un informe de cumplimiento de las recomendaciones formuladas, el cual debe cumplir con los aspectos mínimos que el propio oficio señala.</p> <p>Visto lo anterior, adjunto se les remite copia del oficio de la Defensoría de los Habitantes N° 002923-2008-DHR, con la instrucción de que de forma conjunta y bajo la coordinación de la Gerencia Administrativa procedan a revisar y analizar los alcances del mismo y si se estimare que hay mérito para la interposición del recurso de reconsideración que la ley prevé, se elabore un borrador del escrito de interposición del mismo con los fundamentos y pruebas que lo respalden, el cual deberá remitirse a esta Presidencia a más tardar el próximo miércoles 9 de abril del año en curso, a efecto de poder ésta instancia interponer el mismo en tiempo y forma ante la Defensoría de los Habitantes.</p> <p>En caso de que del análisis efectuado se estimare que no hay mérito para la interposición del recurso aludido, se les instruye elaborar conjuntamente y</p>	Administrativa Lic. Manuel Ugarte Brenes, Gerente Financiero		
--	--	---	--	--

	<p>proceder la Gerencia Administrativa a remitir a la Defensoría de los Habitantes un informe que comprenda el detalle que la propia Defensoría precisa en el informe.</p> <p>Para el caso en que se estime procedente y atendible la recomendación efectuada, de todo lo actuado deberá enterarse por copia a esta Presidencia Ejecutiva.</p>			
DH-0139-2008 del 01-04-08	<p>Informe actuaciones declaratoria de inconstitucionalidad Ley de Creación del Instituto Costarricense contra el Cáncer.</p> <p>El Dr. Eduardo Doryan Garrón, Presidente Ejecutivo comunica al Lic. Soley: mediante oficio No. DH-0139-2008, del 1 de abril de 2008, esa Defensoría solicita que en un plazo de cinco días hábiles a partir de recibida dicha comunicación mi representada remita informe detallado acerca de las medidas que se han adoptado tanto por parte de la Caja como por el Ministerio de Salud para cumplir con el mandato de la Sala Constitucional, en virtud de la declaratoria de inconstitucionalidad de la Ley de creación del Instituto Costarricense Contra el Cáncer.</p> <p>En conversaciones con el Ministerio de Salud a su mejor saber y entender aún no han recibido ninguna comunicación por parte de esa Defensoría sobre este tema. En virtud de lo indicado respetuosamente solicitamos una ampliación del plazo otorgado a fin de poder brindar el informe requerido en los términos solicitados por esa Defensoría, a partir de que se aclare la notificación hecha al Ministerio de Salud.</p> <p>Tome en consideración ese Despacho que mediante oficio No DM-1396-MJ-08 de fecha 05 de Febrero de 2008, suscrito por la señora Ministra, se dejó sin efecto la integración de la Junta Directiva y la</p>	Lic. Daniel Soley Gutiérrez, Defensor De los Habitantes a.i.	Atendido	PE. 10.282-08 del 07-04-2008

	Asamblea General del Instituto Costarricense contra el Cáncer, por lo que mi responsabilidad como Vicepresidente del Instituto cesó desde ese mismo día.			
07885-2008-DHR del 11-08-08	<p>Informe Final emitido con ocasión de la denuncia presentada por la señora Ligia María Jiménez Paniagua, y mediante el cual se hacen varias recomendaciones en relación con el desabastecimiento de medicamentos.</p> <p>A la Gerencia de Logística se le traslada copia del informe de la Defensoría con la instrucción de que a más tardar el jueves 21 de agosto indique a este Presidencia si existe mérito y fundamento legal para acudir a la interposición del recurso aludido, en cuyo caso deberá remitirse un borrador del escrito a interponer, o si por el contrario hay razón de la Defensoría en la recomendación que emite.</p>	Ing. Ubaldo Carrillo Cubillo, Gerente Logística	Atendido	PE 33.285-08 del 14-08-08
07896-2008-DHR del 12-08-08	<p>Informe Final emitido con ocasión de la denuncia presentada por la señora Gina Loáiciga Lacayo, y mediante el cual se hacen recomendaciones en relación con el desabastecimiento de medicamentos.</p> <p>A la Gerencia de Logística se le traslada copia del informe de la Defensoría con la instrucción de que a más tardar el jueves 21 de agosto indique a este Presidencia si existe mérito y fundamento legal o técnico para acudir a la interposición del recurso aludido, en cuyo caso deberá remitirse un borrador del escrito a interponer, o si por el contrario hay razón de la Defensoría en la recomendación que emite.</p>	Ing. Ubaldo Carrillo Cubillo, Gerente Logística	Atendido	PE 33.288-08 DEL 14-08-08
	Respuesta al oficio N° 07896-2008-DHR	Dra. Lisbeth Quesada Tristán, Defensora de los Habitantes	Atendido	GL.38.293-2008 por parte del Ing. Ubaldo Carrillo Cubillo, Gerente de

				Logística
07884-2008-DHR del 13-08-08	<p>Informe final con recomendaciones referente a la denuncia interpuesta por la señora Claudia Mathieu Calderón, expediente N° 13282-2007-SI.</p> <p>Se traslada a la Gerencia de Logística para su conocimiento y atención.</p>	Ing. Ubaldo Carrillo Cubillo, Gerente Logística	Atendido	PE 33.330-08 del 19-08-08
	Respuesta a oficio N° 07884-2008-DHR	Dra. Lisbeth Quesada Tristán, Defensora de los Habitantes	Atendido	GL.38.293-2008 del 01-09-08, suscrito por el Ing. Ubaldo Carrillo Cubillo, Gerente de Logística
08065-2008-DHR del 14-08-08	<p>Notificación y solicitud de informe a jerarca, en relación con el expediente N° 23160-2008-SI, sobre queja interpuesta por el señor Mario Antonio Ramírez Bustamante, quien plantea su disconformidad por no calificar para una pensión en el régimen de I.V.M.</p> <p>La Presidencia Ejecutiva delega formalmente en la Gerencia de Pensiones la atención, dentro del plazo concedido del requerimiento efectuado por la Defensoría de los Habitantes.</p>	Lic. Miguel Pacheco Ramírez, Gerente Pensiones	Atendido	PE 33.327-08 del 19-08-08
08031-2008-DHR del 14-08-08	<p>Informe final con recomendaciones en relación con la denuncia interpuesta por la señora Alicia Medina Obregón, funcionaria del Hospital Dr. Escalante Pradilla, al cual se incluye una serie de recomendaciones dirigidas a esta Presidencia Ejecutiva.</p> <p>con el expediente N° 19213-21-2005-QJ-MU.</p> <p>A la Gerencia Administrativa se le traslada copia del mismo con la instrucción de que en relación con las recomendaciones identificadas como 1 y 3, a más</p>	Lic. José Alberto Acuña Ulate, Gerente Administrativo	Atendido	PE 33.328-08 del 19-08-08

	tardar el próximo martes 26 de agosto indique a este Presidencia si existe mérito y fundamento legal para acudir a la interposición del recurso aludido, en cuyo caso deberá remitirse un borrador del escrito a interponer, o si por el contrario hay razón de la Defensoría en la recomendación que emite, en cuyo caso se requiere sea remitido el borrador de informe de cumplimiento de las mismas dentro del plazo de quince días concedido.			
	Se le solicita a la Gerencia Médica en relación con el Informe Final Defensoría de los Habitantes oficio N° 08031-2008-DHR, la recomendación identificada como “2” le solicito cumplir a la brevedad con lo en ella dispuesto.	Dra. Rosa Climent Martin, Gerente Médico	Atendido	PE 33.335-08 del 19-08-08
	Se procede al cierre del expediente mediante copia de oficio N° 09846-2008-DHR, del 6-10-08, suscrito por el Lic. Daniel Soley, Defensor a.i. de los Habitantes.	Lic. Daniel Soley Gutiérrez, Defensor De los Habitantes A.I	Atendido	Oficio N° 09846- 2008-DHR Se cierra caso y se envía al archivo el 09- 10-08.
DH-0484-08 del 02-09-08	<p>Solicitud de las acciones tomadas por la Jefatura de la Presidencia Ejecutiva en relación con recomendaciones emitidas en el informe del expediente N° 13282-2007-SI. (Nota dirigida al Lic. Wven Porras Núñez, Asesor de la Presidencia Ejecutiva).</p> <p>Respuesta a la señora Defensora de los Habitantes, N° de oficio DH-0484-08. El cual indica en atención al oficio suscrito por su persona, citado en el asunto, le informo que la Presidencia brinda seguimiento a los asuntos que se trasladan a las Gerencias de la institución, entre otros mecanismos, acudiendo a solicitar informes verbales y/o escritos, requiriendo el mantener informado por copia de las gestiones</p>	Dra. Lisbeth Quesada Tristán, Defensora de los Habitantes	Atendido	PE 33.474-08 del 04-09-08

	desplegadas, a lo que, en el caso particular puede sumarse además, la rendición de informes ante la Junta Directiva, tal y como hiciera detalladamente de su conocimiento el señor Gerente de Logística mediante oficio GL.38.293-2008.			
08848-2008-DHR del 09-09-08	<p>Informe final con recomendaciones en relación con la queja interpuesta por la señora Yorleny Molina Retana y el Dr. Pedro Ramírez Sutherland, expediente N° EXP 20944-21-2006-QJ.</p> <p>A la Gerencia Administrativa se le traslada copia del informe de la Defensoría con la instrucción de que a más tardar el lunes 22 de setiembre indique a este Presidencia si existe mérito y fundamento legal para acudir a la interposición del recurso aludido, en cuyo caso deberá remitirse un borrador del escrito a interponer, o si por el contrario hay razón de la Defensoría en la recomendación que emite.</p>	Lic. José Alberto Acuña Ulate, Gerente Administrativo	Atendido	PE. 50.040-08 del 17-09-2008
	Respuesta a oficio N° 08848-2008-DHR, se le remite nota N° AAVD-268-2008, suscrito por el Lic. Róger Solórzano, Jefe, Asesoría en Afiliación y Validación de Derechos, en el que se detallan las acciones con las cuales se han cumplido las recomendaciones emitidas por esa Defensoría.	Dra. Lisbeth Quesada Tristán, Defensora de los Habitantes	Atendido	PE 50.099-08 del 24-09-08
09609-2008-DHR del 26-09-08	<p>Informe final con recomendaciones, expediente N° 15639-2008-SI, denuncia interpuesta por el señor Américo Bravo Acosta por la no aplicación del “Convenio Iberoamericano de Seguridad Social entre La República Oriental del Uruguay y la República de Costa Rica”.</p> <p>Se le instruye a la Gerencia de Pensiones Dado que contra el informe de cita se concede la posibilidad de interponer recurso de reconsideración, se le traslada el informe de marras con la instrucción de que a más</p>	Lic. Manuel Ugarte Brenes, Gerente Financiero	Atendido	PE. 50.044-08 del 17-09-2008

	tardar el lunes 13 de octubre, prepare para esta Presidencia el borrador del recurso a interponer, si existiere mérito para ello, o en su defecto un borrador del informe con las acciones que se adoptarían a efecto de poder remitir lo correspondiente a la Defensoría de los Habitantes dentro del plazo de quince días que para el caso de estarse ante esta segunda hipótesis se concede.			
	<p>Se le comunica al señor Ministro de Trabajo: Considerando que el plazo otorgado por la Defensoría de los Habitantes concluye el 13 de octubre, en atención a la coordinación interinstitucional descrita en el Ley 8220 le solicito respetuosamente se pronuncie con anterioridad a esa fecha sobre la posición del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social en su condición de Organismo de Enlace y Facilitador de la Aplicación del Acuerdo del Convenio Iberoamericano de Seguridad Social entre la República Oriental del Uruguay y la República de Costa Rica suscrito el 03 de diciembre de 1993 y vigente a partir del 15 de julio de 1994.</p> <p>La Caja Costarricense de Seguro Social se constituye en una entidad gestora que debe actuar una vez que tenga claridad sobre las medidas adoptadas para la mejor aplicación del Acuerdo, mediante instrumentos adicionales, disposiciones legales actuales o nuevas que complementen los Regímenes de Seguridad Social, por lo que resulta indispensable conocer la posición del Ministerio a su cargo.</p> <p>Para este efecto le manifiesto nuestra entera disposición para la realización de una reunión para tratar este asunto, sea con su persona o quien usted designe, y en la que en representación de la Caja participaría el señor Gerente de Pensiones, Lic. Miguel Pacheco Ramírez.</p>	Defensoría de los Habitantes	Atendido	GF-40.373 del 23-09-08, suscrita por el Lic. Manuel Ugarte Brenes, Gerente Financiero.

	En relación con su oficio GP-50.973, del cual se han derivado las acciones desplegadas por esta Presidencia contenidas en memoriales P.E. 50.221-08, P.E. 50.261-08 Y P.E.50.262-08, de los cuales se ha enterado por copia a su Gerencia, le solicito mantener informada a la Defensoría de los Habitantes de los avances en la atención de las recomendaciones por ella emitidas.	Dra. Rosa Climent Martin, Gerente Médico	Atendido	PE. 50.092-08 del 24-09-2008
	Respuesta a oficio N°09609-2008, Informe sobre lo actuado en referencia al Informe Final Defensoría de los Habitantes N° 09609-2008-DHR. Expediente N° 15639-2008-SI	Dra. Lisbeth Quesada Tristán, Defensora de los Habitantes	Atendido	PE. 50.146-08 del 01-10-2008
09667-2008-DHR del 29-09-08 09740-2008-DHR del 30-09-08 09903-2008-DHR del 07-10-08	Informe final con recomendaciones, expediente N° 23160-2008-SI, queja interpuesta por el señor Marco Antonio Ramírez Bustamante.	Lic. Miguel Pacheco Ramírez, Gerente Pensiones	Atendido	PE. 50.186-08 del 07-10-2008
	Se le instruye a la Gerencia de Pensiones a efecto de que se cumpla con las recomendaciones emitidas, por encontrarse estas dentro de las competencias de la Gerencia a su cargo, adjunto le traslado oficio N° 09667-2008-DHR.			
	Notificación y solicitud de informe a funcionario, solicitud de intervención N°	Lic. Francisco Morales Hernández, Ministro de Trabajo y Seguridad Social	Atendido	PE 50.221-08 DEL 09-10-08
	27293-2008-SI/NAJ, referente a solicitud de un informe sobre un grupo de denuncias que fueron presentadas por haberse dado problemas con el depósito de los montos correspondientes a los pagos de subsidio de licencia por maternidad. A la Gerencia Médica se le solicita remitir copia a esta Presidencia del informe que la Gerencia Médica rinda a la Defensoría de los Habitantes.	Lic. Miguel Pacheco Ramírez, Gerente Pensiones	Atendido	PE 50.263-08 del 13-10-08
	Respuesta a oficio N° 09903-2008-DHR, se le informa al señor Defensor a.i. :En atención a la solicitud	Dra. Lisbeth Quesada Tristán, Defensora de los	Atendido	PE. 50.430-08 del

	citada en el asunto, le informo que esta Presidencia por oficio P.E.50.219-08 delegó formalmente en la Gerencia Médica, emitir dentro del plazo concedido el informe requerido en relación con las quejas interpuestas por Susana Solís Granados, Kattia Molina Rodríguez, Ileana Ledezma Solano, Onofre Rivas Sánchez y Nelly Campos Rodríguez.	Habitantes		30-10-2008
--	--	------------	--	------------

Nº Oficio y fecha	Asunto	Responsable	Estado de avance	Comentario
Año 2009				
00581-2009-DHR del 16-01-09	<p>Informe final con recomendaciones expediente N° 22152-21-2006-QJ, referente a denuncia por parte de la señora Alba Lucía Castro Vélez, Flor Maricela Durán Castillo, referente quejas presentadas por un grupo de extranjeros en relación con la imposibilidad de aseguramiento por el Estado.</p> <p>A la Gerencia Administrativa se le instruye: Dado que contra el informe de cita se concede la posibilidad de interponer recurso de reconsideración, se le traslada copia del mismo con la instrucción de que en coordinación con la Gerencia Médica, si así lo estimare necesario, y a más tardar el próximo martes 27 de enero, indique a esta Presidencia si existe mérito y fundamento legal para acudir a la interposición del recurso aludido, en cuyo caso deberá remitirse un borrador del escrito a interponer, o si por el contrario hay razón de la Defensoría en la recomendación que emite y en consecuencia se tomarán las medidas que garanticen su acatamiento.</p>	Lic. José Alberto Acuña Ulate, Gerente Administrativo	Atendido	PE 0.97-09 del 20-01-09
00583-2009-DHR del 19-01-09	Informe final con recomendaciones, expediente N° 26112-2008-SI, referente quejas presentadas por	Lic. José Alberto Acuña Ulate, Gerente	Atendido	PE 0.96-09 del 20-01-09

	<p>un grupo de ciudadanas por el atraso tenido en el pago de sus subsidios de licencia por maternidad.</p> <p>Se le instruye a la Gerencia Administrativa: Dado que contra el informe de cita se concede la posibilidad de interponer recurso de reconsideración, se le traslada copia del informe de la Defensoría con la instrucción de que en coordinación con las Gerencias Financiera y Médica, si así lo estimare necesario, y a más tardar el próximo martes 27 de enero, indique a este Presidencia si existe mérito y fundamento legal para acudir a la interposición del recurso aludido, en cuyo caso deberá remitirse un borrador del escrito a interponer, o si por el contrario hay razón de la Defensoría en las recomendaciones que emite y en consecuencia procederá la Gerencia a su cargo a enviar directamente el informe solicitado, acto del cual se le requiere enterar por copia a esta Presidencia.</p>	Administrativo		
02405-2009-DHR del 10-03-09	<p>Informe final con recomendaciones, expediente N° 19651-2008-SI, referente a la creación de la Red Oncológica Nacional.</p> <p>Se le informa a la señora Defensora: La Junta Directiva de mi representada conoció el oficio suscrito por su persona número 02405-2009-DHR de fecha 10 de marzo del 2009, y acordó, artículo 2° de la sesión N° 8334, celebrada el 19 de marzo pasado, trasladar el asunto a mi persona para que proceda de conformidad.</p> <p>En acato de lo dispuesto por el órgano colegiado me permito informarle que en concordancia con lo señalado en el transitorio III de la Ley 8718, la Caja se encuentra en plazo elaborando el plan de acción,</p>	Lic. Manuel Ugarte Brenes, Gerente Financiero	Atendido	PE 155-09 del 26-01-09

	<p>dentro de lo que se tomará debida cuenta de los dos puntos señalados en su oficio.</p> <p>Una vez que el plan de marras haya sido aprobado por las instancias correspondientes y remitido a la Contraloría General de la República, se le estará enviando copia a su Despacho.</p>			
02513-2009-DHR del 11-03-09	<p>Informe final con recomendaciones expedientes N° 03315-2007-SI, 03876-2007-SI Y 05279-2007-SI. Referente a quejas presentadas por un grupo de extranjeros con condición regular en el país y que no pudieron renovar su seguro en razón de la aplicación de lo dispuesto en el artículo 12° del Manual de Procedimientos del Seguro por el Estado.</p> <p>A la Gerencia Administrativa: Dado que contra el informe de cita se concede la posibilidad de interponer recurso de reconsideración, se le traslada copia del mismo con la instrucción de que a más tardar el próximo martes 20 de enero, indique a este Presidencia si existe mérito y fundamento legal para acudir a la interposición del recurso aludido, en cuyo caso deberá remitirse un borrador del escrito a interponer, o si por el contrario hay razón de la Defensoría en la recomendación que emite y en consecuencia se tomarán las medidas que garanticen su acatamiento.</p>	Dra. Lisbeth Quesada Tristán, Defensora de los Habitantes	Atendido	PE. 432-09 del 27-02-2009 Copia Emma Zúñiga
04563-2009-DHR del 14-05-09	<p>Informe Final Defensoría de los Habitantes emitido con ocasión de la investigación que oficiosamente realizara en relación con el pago correspondiente al subsidio por accidentes de tránsito.</p> <p>A la Gerencia Administrativa: Dado que contra el informe de cita se concede la posibilidad de interponer recurso de reconsideración, se le traslada</p>	Dra. Rosa Climent Martin, Gerente Médica	Atendido	PE 16.073-09 del 05-05-09

	copia del informe de la Defensoría con la instrucción de que con la asesoría de la Dirección Jurídica y a más tardar el próximo lunes 25 de mayo, indique a esta Presidencia si existe mérito y fundamento legal para acudir a la interposición del recurso aludido, en cuyo caso deberá remitirse un borrador del escrito a interponer.			
	Se le indica a la Gerencia Financiera: Dado que en el informe de cita se alude una aparente indebida actuación por parte de funcionarios de la Sucursal de Goicoechea, le solicito realizar una investigación sobre los hechos y adoptar las medidas que en derecho correspondan.	Lic. Miguel Pacheco Ramírez, Gerente Pensiones	Atendido	PE 23.589-09 del 12-05-09 Se envía al archivo
	Se interpone recurso de reconsideración en contra del Informe comunicado por oficio N° 04563-2009-DHR, recibido en la Presidencia Ejecutiva el 15 de mayo en curso.	Lic. José Alberto Acuña Ulate, Gerente Administrativo	Atendido	PE 23.638-09 del 18-05-09
	A los señores Gerentes: Con instrucciones del señor Presidente Ejecutivo, Dr. Eduardo Doryan Garrón, y a efecto de que a su vez se sirvan comunicarlo a toda unidad bajo su cargo, se les reitera la obligación legal existente de prestar colaboración a la Defensoría de los Habitantes en el ejercicio de sus labores, conforme lo dispone el artículo 24 de la Ley N° 7319.	Lic. Manuel Ugarte Brenes, Gerente Financiero	Atendido	PE 23.639-09 del 18-05-09
05786-2009-DHR del 16-06-09	Informe final con recomendaciones (Informe Final emitido con ocasión de la queja planteada por el señor Carlos Elizondo Montero, al cual se incluye una recomendación dirigida a esta Presidencia, por el cobro de multas y recargos producto de la cancelación de planillas por cuotas obrero patronales cuyo cheque fue rechazado por el Sistema Bancario Nacional (Scotiabank).	Dra. Lisbeth Quesada Tristán, Defensora de los Habitantes	Atendido	PE-23.882-09 del 16-06-09

	A la Gerencia Financiera: Dado que contra el informe de cita se concede la posibilidad de interponer recurso de reconsideración, con instrucciones del señor Presidente Ejecutivo, Dr. Eduardo Doryan Garrón, se le traslada copia del informe de la Defensoría con la instrucción de que a más tardar el miércoles 01 de julio indique a esta Presidencia si existe mérito y fundamento legal para acudir a la interposición del recurso aludido, en cuyo caso deberá remitirse un borrador del escrito a interponer, o si por el contrario hay razón de la Defensoría en la recomendación que emite.			
	<p>Respuesta a oficio N° 05786-2009-DHR.</p> <p>Se emite por parte de la Presidencia Ejecutiva un análisis sobre el cobro de multas, etc.</p> <p>El Dr. Doryan Manifiesta a la señora Defensora: Con vista en los antecedentes citados, el análisis del informe final, el criterio de la Dirección Jurídica y la normativa institucional para el tratamiento de los cheques debitados por el Sistema Bancario Nacional, queda claro que es el Banco Scotiabank quien deniega el giro del cheque y que la Caja Costarricense de Seguro Social no tiene responsabilidad alguna por la situación presentada, toda vez que la actuación de mi representada se circunscribió a lo establecido en la normativa institucional y a los criterios de la Dirección Jurídica por lo que se reitera el recurso de reconsideración al informe final de esa Defensoría.</p>	Dra. Lisbeth Quesada Tristán, Defensora de los Habitantes	Atendido	PE 23.914-09 del 22-06-09
021602-2008-SI del 23-06-09	Informe final con recomendaciones referente a situación presentada con el menor Pablo Masis Pérez en el Departamento de Recursos Humanos del Hospital Máx Peralta, Cartago.	Lic. Manuel Ugarte Brenes, Gerente Financiero	Atendido	PE 23.917-09 del 22-06-09

	Se le instruye a la Gerencia Administrativa tomar las medidas necesarias para garantizar el acatamiento de la recomendación identificada como "1º".			
	Se le instruye a la Gerencia Médica adoptar las acciones que corresponda para garantizar que la recomendación identificada como "2" la cual dice: "Responder la oferta de servicios generales que presentó el señor Pablo Masis Pérez desde principios del año 2008, en el Hospital Max Peralta, de Cartago" se atienda sin solución de continuidad y cabalmente de lo cual deberá informarse tanto a la defensoría como a esta Presidencia.	Dra. Lisbeth Quesada Tristán, Defensora de los Habitantes	Atendido	PE 24.023-09 del 01-07-09
	Se recurre informe final expediente N° 21602-2008-SI donde el Dr. Eduardo Doryan Garrón, Presidente Ejecutivo solicita a la se declare con lugar el presente recurso y se deje sin efecto la recomendación identificada como "1º"	Lic. José Alberto Acuña Ulate, Gerente Administrativo		PE. 23.944-09 del 23-06-2009
06268-2008-DHR del 25-06-09	Informe final con recomendaciones, referente a queja presentada por la Dra. Andrea Castro Argueta, expediente No. 28132-2008-SI. A la Gerencia Médica: Se le instruye de que se realice una revisión técnica de lo recomendado por la Defensoría y se proceda de conformidad.	Dra. Rosa Climent Martin, Gerente Médica	Atendido	PE 23.945-09 del 23-06-09
07499-2009-DHR del 24-07-09	Informe final con recomendaciones, expediente N° 21104-21-2006-QJ, referente quejas presentadas por un grupo de ciudadanas en relación con la atención que se brinda a las mujeres en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital William Allen de Turrialba. A la Gerencia Médica se le informa: Dado que contra el informe de cita se concede la posibilidad de	Dra. Rosa Climent Martin, Gerente Médica	Atendido	PE 24.001-09 del 30-06-09

	interponer recurso de reconsideración, se le traslada copia del informe de la Defensoría con la instrucción de que en coordinación con la Gerencia Financiera, si así lo estimare necesario, y a más tardar el próximo miércoles 5 de agosto, indique a este Presidencia si existe mérito y fundamento legal para acudir a la interposición del recurso aludido, en cuyo caso deberá remitirse un borrador del escrito a interponer, o si por el contrario hay razón de la Defensoría en las recomendaciones que emite y en consecuencia procederá la Gerencia a su cargo a enviar directamente el informe solicitado, acto del cual se le requiere enterar por copia a esta Presidencia.			
09236-2009-DHR del 02-08-09	<p>Informe final con recomendaciones ante queja presentada por la señora Ivannia Carmona Zamora, al cual se incluye una recomendación dirigida a esta Presidencia en torno a contenido presupuestario para el pago de incapacidades.</p> <p>A la Gerencia Médica se le informa: Dado que contra el informe de cita se concede la posibilidad de interponer recurso de reconsideración, se le traslada copia del informe de la Defensoría con la instrucción de que a más tardar el jueves 10 de setiembre indique a este Presidencia si existe mérito y fundamento legal para acudir a la interposición del recurso aludido, en cuyo caso deberá remitirse un borrador del escrito a interponer, o si por el contrario hay razón de la Defensoría en la recomendación que emite se le instruye proceder conforme.</p>	Lic. Manuel Ugarte Brenes, Gerente Financiero	Atendido	PE. 24.022-09 del 01-07-2009
08083-2009-DHR del 06-08-09	Informe final con recomendaciones, referente a denuncias relacionadas con el inciso 10 del Artículo 4 del Reglamento para recibir Radioterapia con	Dra. Rosa Climent Martin, Gerente Médica	Atendido	PE 32.211-09 del 29-07-09

	<p>Acelerador Lineal, expediente N° 31562-2008-SI.</p> <p>A la Gerencia Médica: se le solicita revisar y valorar si existe mérito y fundamento legal para acudir a la interposición del recurso de reconsideración, o si por el contrario hay razón de la Defensoría en las recomendaciones que emite, procédase a enviar el informe de cumplimiento a la Defensoría e informar mediante copia a esta Presidencia.</p>			
--	--	--	--	--

N° Oficio y fecha Año 2010	Asunto	Responsable	Estado de Avance	Comentario
00079-2010-DHR del 07-01-10	<p>Notificación y solicitud de informe a jerarca, denuncia recibida por parte del Dr. Máximo Monge Pacheco.</p> <p>Se le solicita a la Gerencia Médica la atención del tema en cuestión dentro del plazo concedido que vence el lunes 18 de enero 18 del requerimiento efectuado por la Defensoría.</p>	Dra. Rosa Climent Martin, Gerente Médica	Atendido	PE 2063-10 del 11-01-10
00269-2010-DHR del 12-01-10	<p>Cierre hostigamiento sexual con recomendaciones.</p> <p>Se le solicita a la Gerencia Administrativa a efecto de que se proceda conforme a las recomendaciones brindadas por la Defensoría en particular la atinente a la improcedencia de remitir asuntos a las Comisiones y Junta de relaciones Laborales cuando el proceso lo es por hostigamiento sexual.</p>	Lic. José Alberto Acuña Ulate, Gerente Administrativo	Atendido	PE. 2.125-10 del 19-01-10
00343-2010-DHR del 14-01-10	<p>Denuncia interpuesta por el señor Ovidio Peraza Rivera.</p> <p>A la Gerencia Médica se le delega atender formalmente dentro del plazo concedido que vence el 25 de enero del año en curso, se le solicita remitir copia a la Presidencia Ejecutiva del informe que la Gerencia</p>	Dra. Rosa Climent Martin, Gerente Médica	Atendido	PE 2.114-10 del 19-01-10

	rinda a la defensoría de los Habitantes.			
000784-2010-DHR del 26-01-10	Notificación y solicitud de informe caso Sra. Elida Jarquin Saavedra. A la Gerencia Médica se le solicita remitir copia a esta Presidencia Ejecutiva del informe que la Gerencia rinda a la Defensoría de los Habitantes.	Dra. Rosa Climent Martin, Gerente Médica	Atendido	PE. 2201-10 del 29-01-10
DH-CV-0062-2010 del 02-02-10	Solicitud de remisión de documentación sobre los protocolos de la vacuna AH1N1, composición, efectos secundarios, etc. A la Gerencia de Logística se le instruye remitir un informe con el que este Despacho pueda brindar respuesta a la señora Defensora de los Habitantes a más tardar el miércoles 10 de febrero del 2010.	Ing. Ubaldo Carrillo, Gerente de Logística	Atendido	PE. 2240-10 del 05-02-10
	Respuesta a oficio DH-CV-0062-2010, mediante adjunto de la nota GL-7622-2010 suscrita por el Ing. Ubaldo Carrillo, Gerente de Logística.	MSc. Ofelia Taitelbaum Y., Defensora de los Habitantes	Atendido	PE. 2284-10 del 11-02-10
01188-2010-DHR del 05-02-10	Remisión recurso de reconsideración interpuesto por el Dr. Eduardo Doryan Garrón, Presidente Ejecutivo de la CCSS, en relación con el informe final oficio N° 05786-2009-DHR correspondiente al expediente N° 30040-2008-SI. A la Gerencia Financiera se le instruye de que se proceda conforme a la recomendación girada por la Defensoría de los Habitantes.	Lic. Manuel Ugarte Brenes, Gerente Financiero	Atendido	PE 2268-10 del 10-02-10
01315-2010-DHR del 10-02-10	Solicitud de información para efectos de seguimiento ante denuncias relacionadas con la atención que se brinda a las mujeres en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital William Allen de Turrialba, expediente N° 16.698-04. A la Gerencia Médica se le instruye para que, proceda la Gerencia a informar a la Defensoría sobre el avance	Dra. Rosa Climent, Gerente Médica	Atendido	PE 2304-10 del 15-02-10

	de cumplimiento, con copia a esta Presidencia. Se le informa a la señora Defensora lo siguiente: En referencia a su solicitud de información dentro del expediente No. 21104-21-2006-QJ, adjunto le remito copia del oficio P.E. 32-211-09 de esta Presidencia y del oficio 35215-5-A-09, suscrito por la Dra. Rosa Climent Martín, Gerente Médica, cuya referencia se hecha de menos en el oficio citado en el asunto.	MSc. Ofelia Taitelbaum Y., Defensora de los Habitantes	Atendido	PE. 2305-10 del 15-02-10
DH-DAEC-88-10 del 15-02-10	Solicitud de copia de los documentos mediante la CCSS ha realizado las correspondientes gestiones ante la autoridad reguladora de los servicios públicos. A la Gerencia Financiera se le instruye para su atención y respuesta a la señora Defensora.	Lic. Manuel Ugarte Brenes, Gerente Financiero	Atendido	PE 2331-10 del 17-02-10
01625-2010-DHR del 18-02-10	Informe final con recomendaciones, caso señor Juan Luis Vargas Salas.		Atendido	Aún no reporta acciones en el sistema de seguimiento del año 2010.
01707-2010-DHR del 19-02-10	Solicitud de información adicional para efectos de seguimiento expediente N° 40348-2009-SI		Atendido	Aún no reporta acciones en el sistema de seguimiento del año 2010.

11. Anexo 3.

Estado actual del cumplimiento de las disposiciones y recomendaciones que durante la gestión giró la SUPEN.

**Oficios de la SUPEN dirigidos a la
Presidencia Ejecutiva**

N° de oficio y fecha	Asunto	Acciones	Sesión y artículo	Acuerdo
SP-1657-2006 de fecha 13 de julio del 2006, dirigida al Dr. Eduardo Doryan Garrón, Presidente Ejecutivo.	Informa que ha recibido copia de la nota número DAPE-290, de fecha 05 de junio del año en curso dirigida al Gerente de la División de Pensiones, mediante el cual el licenciado Róger Aguilar Gutiérrez, Director de Actuarial y de Planificación Económica, emite una serie de consideraciones en torno a la recomendación de esa Superintendencia de realizar un estudio actuarial que incorpore el balance actuarial respectivo, contenida en el Informe al Comité de Vigilancia (ICV-2005-01) y reiterada en el siguiente informe a ese Comité (ICV-2006-01). Plantea una serie de consideraciones y señala que en vista de que la recomendación de la SUPEN se enmarca dentro de las atribuciones conferidas por la Ley N° 7523 y considerando que la elaboración del balance actuarial del RIVM (Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte) no implica que se debe variar el método de evaluación actuarial utilizado sino que por el contrario dicho balance se puede derivar del método de evaluación de las proyecciones, se mantiene lo recomendado (<i>elaborar una nueva valuación actuarial que incluya las modificaciones aprobadas en la reforma de abril del año 2005 y se incorpore un balance actuarial del Régimen</i>). Solicita informar a esa Superintendencia y al Comité de Vigilancia del RIVM la decisión de la Junta Directiva para atender dicha sugerencia.	Se atendió mediante PE 27.103-06 dirigido a la Licda. Emma Zúñiga, Secretaria de Junta Directiva	ARTICULO 21° SESIÓN 8076 DEL 27-07-2006	SE ACUERDA solicitar a la Gerencia de la División de Pensiones que prepare proyecto de respuesta.”
SP-1799-2006 del 27 de julio del	Que informa que como parte de la labor de supervisión que le corresponde ejercer a la SUPEN se realizó una visita con el	Se atendió mediante PE 30.486-06 dirigida	ARTICULO 35° SESIÓN	La Junta Directiva ACUERDA solicitar a

año 2006, dirigida al Dr. Eduardo Doryan Garrón, Presidente Ejecutivo	objetivo de verificar la existencia y correcta aplicación de políticas y procedimientos en el proceso de cobro de cuotas del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, prioritariamente lo relativo a los arreglos de pago con patronos morosos. Indica que, para tales efectos, se eligió una muestra estadística de 41 expedientes de patronos, con un saldo total de \$603.245.593, cuyo estado de atención lo detalla mediante cuadro y realiza un análisis, donde se evidencia deficiencias en el proceso de registro, archivo y recuperación de arreglos de pago a los patronos morosos, por lo que considera que se deben tomar acciones inmediatas para corregir	al Lic. Manuel Ugarte, Gerente Financiero	8080 DEL 10-08-2006	las Gerencias de las Divisiones Financiera y de Pensiones la atención inmediata del asunto y que remitan a la Junta Directiva copia de la respuesta a la SUPEN.”
SP-2063 del 4 de setiembre del año 2007, dirigida al Presidente Ejecutivo de la Caja	En cumplimiento al artículo 39 de la Ley Orgánica de la Caja Costarricense de Seguro Social, reformado por el artículo 87 de la Ley de Protección al Trabajador, adjunta las observaciones al “Informe de Gestión del Seguro de IVM al año 2006”, remitido a esa Superintendencia mediante el oficio N° GDP-19.812.	Se atendió mediante PE 44.118-07 dirigida al Lic. José Alberto Acuña, Gerente de Pensiones	ARTICULO 16° SESIÓN 8185 DEL 13-09-2007	La Junta Directiva ACUERDA trasladarla a la Gerencia de la División de Pensiones, para su atención y que informe sobre lo actuado.”
SP-2810-2008 de fecha 10 de diciembre del año 2008, dirigida al Dr. Eduardo Doryan Garrón, Presidente Ejecutivo	Informa que como parte de la labor de fiscalización que le corresponde ejercer a esa Superintendencia y conforme con la legislación vigente, se procedió a efectuar una visita de inspección a la Gerencia de Pensiones	Se atendió mediante PE 62.808-08 dirigida al Lic. Miguel Pacheco, Gerente de Pensiones	ARTICULO 13° SESIÓN 8311 DEL 18-12-2008	La Junta Directiva ACUERDA solicitar el Gerente de Pensiones que atienda el asunto en el plazo al efecto establecido y remita copia de lo contestado a la Junta Directiva.”
SP-1508-2009, de fecha 24 de agosto del año 2009, dirigida al Presidente Ejecutivo,	Informa que como parte del proyecto “Modelo de calificación de los Regímenes Colectivos”, esa Superintendencia envía el Cuestionario de Evaluación del Riesgo Operacional, con la finalidad de realizar una segunda prueba de la herramienta, para efectos de mejorarla mediante la retroalimentación del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte.	Se traslado la Junta Directiva para el trámite correspondiente	ARTICULO 10° SESIÓN 8376 DEL 27-08-2009	La Junta Directiva ACUERDA trasladarla a la Gerencia de Pensiones, con la solicitud de que se atienda lo gestionado a la luz de la autonomía institucional y de lo establecido por la legislación vigente.”

SP-1626-2009 de fecha 14 de setiembre del año 2009, dirigida al Dr. Eduardo Doryan Garrón, Presidente Ejecutivo	remite las observaciones al “Informe de Gestión del Seguro de IVM al año 2008”	Se traslado la Junta Directiva para el trámite correspondiente	ARTICULO 17° SESIÓN 8381 DEL 17-09-2009	La Junta Directiva ACUERDA trasladarlo a la Gerencia de Pensiones, para su análisis y que prepare el proyecto de respuesta correspondiente.”
SP-355-2010 de fecha 03 de marzo del año 2010, dirigido al Presidente Ejecutivo	en el que se refiere al oficio de la Gerencia de Pensiones número GP-8.855, mediante el cual se le remiten las cartas de gerencia de los auditores externos, en relación a los estados financieros auditados del periodo 2008.	Se atendió mediante oficios 12.487 y 12.488 de la Junta Directiva	ARTICULO 6° SESIÓN 8430 DEL 11-03-2010	La Junta Directiva ACUERDA solicitar a la Gerencia de Pensiones que informe a la Junta Directiva respecto de la atención que dé a este asunto.”
SP-368-2010 de fecha 05 de marzo del año 2010, dirigida al Presidente Ejecutivo	“Política y Estrategia de Inversiones del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte año 2010”.	Se atendió mediante oficios 12.487 y 12.488 de la Junta Directiva	ARTICULO 7° SESIÓN 8430 DEL 11-03-2010	La Junta Directiva ACUERDA solicitar a la Gerencia de Pensiones un informe técnico comprensivo, para la próxima sesión de Junta Directiva, es decir, para el 18 de marzo en curso.”
SP-437-2010 de fecha 12 de marzo del año 2010 dirigido al Presidente Ejecutivo,	hechos acontecidos en torno al proceso de administración por intervención que la Superintendencia General de Entidades (SUGEF) ejecutó a Coopemex R.L, en días recientes, solicitan informar sobre la “...valoración que se ha realizado con las eventuales vinculaciones (de parentesco, afinidad, gestión comercial entre otras) de los miembros de la Junta Directiva de la Operadoras de Pensiones de la Caja Costarricense de Seguro Social (OPC CCSS) con Coopemex R.L...” además indicar las acciones que se aplicarían ante potenciales roces derivados de esas vinculaciones.	Se traslado la Junta Directiva para el trámite correspondiente	ARTICULO 9° SESIÓN 8419 DEL 04-02-2010	ACUERDA aprobar la Política y Estrategia de Inversiones del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte para el año 2010, según los términos del documento adjunto al oficio GP-6.972-10 de la Gerencia de Pensiones, que queda formando parte del expediente original de esta acta.

12. Anexo 4.

Estado actual de cumplimiento de las recomendaciones que durante la gestión formuló la Auditoría Interna.

**Informes de Auditoria
Dirigidos a la Presidencia Ejecutiva**

Numero de Oficio y fecha	Numero de Informe	Asunto	Observaciones (Únicamente las recomendaciones dirigidas a la Presidencia Ejecutiva)
16753- 17/05/2006	AO 140 R 2006	Seg. Aplicación Recomendaciones Inf. AO-231-R-2005 "Relación de Hechos s. la contr. De la Dra. Patricia Cárdenas Valenzuela, Coord. Proyecto Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS)-Banco Mundial-Convenio Caja Costarricense de Seguros Social-IMAS-Préstamo Banco Interna	Cumplido.
	AO 141 R 2006	Seg. aplicación recomendaciones Inf. AO-023-R-2006 Inf. Sobre la contratación de la Licda. María Isabel Solís Ramírez Contrato Serv. Para la ejecución Mantenimiento y formulación Del Plan integral de comunicación Sobre Proyecto de Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud Préstamo Bco. Internacional	Cumplido.

16752-17/05/2006	FC	142	A	2006	Seg. A las recomendaciones de los informes AFC-277-A-2003 y AFC-019-A-2005 Rev. De proced. En entrega de tiquetes otorgados por la CCSS al Programa Ciudadano de Oro AFC-283-A-05 del 8 de dic. 2005.	Cumplido.
16790-22/05/2006	AO	157	R	2006	Seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones emitidas por la Auditoría Interna Informe AO-231-A-2005 Evaluación Administrativa relacionada con el seguimiento a las disposiciones emitidas por la Contraloría General de la República en el Informe DFOE-	Parcialmente cumplida <i>Se considera en proceso por cuanto la Presidencia Ejecutiva ordenó oportunamente el cumplimiento de la recomendación, no obstante, no se tiene evidencia de lo actuado por la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones.</i>
09-22/05/2006	AI	158	A	2006	Seguimiento informe AI-293-A-2005. Evaluación de la utilización de Servicios Profesionales en la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones mediante Licitación Restringida DI-2000-006, año 2000.	Cumplido.
21518-24/05/2006	GL	165	A	2006	Seg. Al cumplimiento de los establecido en la Relación de Hechos AGL-197-R-2005 sobre el nombramiento del Dr. Renato Soto Pacheco como Asesor de la Pres. Ejec. Siendo pensionado activo del Magisterio Nacional.	Cumplido.
21706-5/05/2006	AO	167	R	2006	Seg. Al cumplimiento de las disposiciones emitidas por la Auditoría Interna de la CCSS en el informe AIN-287-R-2005 sobre la Evaluación De la Dirección de Recursos Humanos y los procedimientos aplicados en esta materia en las Unid. De Recursos Humanos a nivel lo	Cumplido.

21535- 25/05/2006	HC	168	R	2006	Seguimiento a las recomendaciones insertas en el informe AHC-212-R-2005 Evaluación de la gestión y prestación de servicios de salud por parte de la Cooperativa de Autogestión Coopesiba R.L. Áreas de Salud Barva y Sn Pablo de Heredia.	Cumplido.
21701- 05/06/2006	AO	192	R	2006	Informe sobre el cumplimiento de las disposiciones contenidas en los informes DFOE-SA-13-2003 y DFOE-SA-14-2003 emitidas por la Contraloría General de la República.	No se aporta evidencia sobre el cumplimiento o acciones para cumplir lo recomendado. No se emite criterio sobre el estado de lo recomendado.
21688- 12/06/2006	AO	204	R	2006	Seg. Aplicación Rec. Inf. AO-208-R-2005 Informe sobre la contratación de la Dra. Patricia Cárdenas Valenzuela Coord. Proy. Inst. Mixto de Ayuda Social (IMAS) Bco. Mundial Convenio CCSS IMAS Préstamo (BIFR) 7068 U. Coord. Del Proy. Fortalecimiento Y Moder. Del Sec. Salud.	Cumplido.
26140- 23/06/2006	AI	249	A	2006	Seg. Informe AI-222-R-2005 "Evaluación del cumplimiento de la normativa institucional en tecnologías de información para el Proyecto Padrón Nacional de la Seguridad Social - PNSS- (Préstamo 7068 - CR Banco Mundial)".	Cumplido.
26206- 29/06/2006	AI	277	A	2006	Inf. Sobre evaluación respaldo de información del Sist. Fondo Rotatorio de Operación en la Dirección de Informática. P.E.	Cumplida <i>Esta Auditoría con base en la revisión documental de los oficios AIS-SSD-001-2010-N del 4 de mayo 2010, AIS-SSD-0019-2007 del 19 de marzo 2007 y AIS-SSD-001-2007 del 1 de marzo 2007, efectuó el seguimiento de la recomendación número 1, referente a la elaboración de un Manual de Usuario del SFRO, evidenciando que la administración ha realizado las acciones pertinentes para el cumplimiento de la recomendación emitida por este Órgano de Control.</i>

Es importante señalar, que el artículo 10 de la Ley General de

Control Interno menciona que es responsabilidad de la Administración Activa el establecimiento de acciones que permitan establecer, mantener, perfeccionar y evaluar el sistema de control interno; por lo cual es importante que se realicen acciones de seguimiento para determinar la efectividad de los controles implantados, teniendo esta auditoría la potestad de realizar evaluaciones posteriores para determinar que situaciones como las evidenciadas no estén sucediendo.

26271-10/07/2006	FC	294	R	2006	Inf. Sobre análisis de la Propuesta Convenio de Transferencia de Fondos entre el Ministerio de Hacienda y la CCSS, préstamo internacional N1451/OC-CR, entre la República de Costa Rica y el Banco Interamericano de Desarrollo, Programa Desarrollo del Sector	Cumplido.
33621-20/07/2006	AO	297	A	2006	Seguimiento a las disposiciones emitidas por la Contraloría General de la República en el informe DFOE-SA-8-2004 Estudio sobre el sistema de administración e inventarios y suministros médicos de la Caja Costarricense de Seguro Social.	Cumplido.
26352-25/07/2006	AO	301	V	2006	Seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones insertas en el informe de auditoría AO-150-R-2003 Evaluación de la seguridad actual de la sala de sesiones de Junta Directiva en relación con la infraestructura física, manejo de documentos confidenciales	Cumplido.
26421-28/07/2006	HC	313	R	2006	Estudio sobre compra de terreno para ubicar Sede del Área de Salud de Barba de Heredia. Licitación Pública P.U. 2001-113.	Cumplido.
33553-08/08/2006	AO	324	A	2006	Seg. Cumplimiento de las disposiciones emitidas por la Contraloría General de la República en el Inf. DFOE-SA-4-2004	Cumplido.

33651- 22/08/2006	AO	341	A	2006	Seg. Cumplimiento de las disposiciones emitidas por la contraloría General de la República en el Inf. DFOE-SA-25-2005 sobre la actividad contractual desplegada por la C.C.S.S. Junta Directiva, Gerencia División Operaciones, Gerencia Financiera y Dirección Tecnologías De In	En proceso <i>Según oficio 34.603-06 del 6 de setiembre de 2006, la recomendación se encuentra en proceso, debido a que la Presidencia Ejecutiva instruyó para el cumplimiento de la recomendación, sin embargo no se tiene evidencia de las acciones efectuadas por las Gerencias para su cumplimiento.</i>
39518- 21/09/2006	AI	386	A	2006	Seg. Informe AI-002-A-2006 sobre el uso de los planes de contingencia del Área Informática de la DGRRSSHA y Hosp. Tony Facio Castro y la pérdida de información originada en el siniestro	En proceso. No se evidencia acciones para cumplir los apartados 1.1
39558- 28/09/2006	AO	405	V	2006	Seg. Informe AO-059-R-2006 seg. Informe AO-241-R-2006 revisión procedimientos administrativos adquisición de equipo médico con fondos provenientes del empréstito por el gobierno de Finlandia	Cumplido.
39545- 28/09/2006	AO	407	V	2006	Seg. Informe AO-102-R-2006 en relación con el traslado de mercadería de ALGEFISSA a las instalaciones de DHL	Cumplido.
39627- 05/10/2006	FC	423	R	2006	Informe sobre análisis de la situación presupuestaria del Seguro de Salud	En proceso. <i>En lo correspondiente a la Presidencia Ejecutiva, se cumplió con la instrucción a la Gerencia Financiera para el efectivo cumplimiento de la recomendación, en razón de que la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones pertenecía en ese momento a dicha Gerencia. Sin embargo no se evidencian las acciones de la citada Gerencia para la atención de la recomendación.</i>
39663- 12/10/2006	AO	441	R	2006	Informe sobre el nombramiento de los Directores de Gestión Regional y Red de Servicios de Salud. Presidencia Ejecutiva	En proceso. <i>Debido a que Presidencia Ejecutiva hizo de conocimiento de la Junta Directiva, la situación del nombramiento de Directores Regionales, acordando el Órgano Colegiado la elaboración de un instructivo para regular el proceso de nombramiento de Directores, sobre lo cual a esta Auditoría no se le ha aportado la evidencia donde conste la divulgación del citado instructivo.</i>

39746- 20/10/2006	AO	464	A	2006	Inf. Ref. a los proyectos de adquisición de hardware incluidos en el Plan Estratégico de Tecnologías de Información para el período 2006-2010	En proceso. <i>En lo relativo al accionar de la presidencia ejecutiva fue oportuna al instruir mediante el oficio 46.731 a la Gerencia Financiera, sin embargo sobre el resto de las acciones solicitadas debe efectuarse un análisis sobre el cumplimiento por parte de la Dirección de TIC. Se observa que para la fecha de emisión de ese informe la DTIC había sido trasladada a cargo de la Gerencia Financiera.</i>
45869- 31/10/2006	AI	489	R	2006	Relación de Hechos sobre el presunto cobro de viáticos en forma improcedente por la Sra. Silvia Fallas Cortés. U.E. 1102.	Cumplido.
45906- 03/11/2006	HC	492	R	2006	Estudio especial sobre el cumplimiento del acuerdo de J.D. y recomendaciones emitidas por la Auditoría Interna, sobre programa Institucional de trasplante de hígado y vías biliares en adultos. Unidad de Trasplantes de Hígado. GDM.	En proceso <i>Por cuanto el informe ASS-129-R-2009 evidenció que el Centro de Trasplante Hepático y Cirugía Hepatobiliar ha cumplido parcialmente el Acuerdo de Junta Directiva tomado en la sesión 8240, artículo 20, del 10 de abril de 2008, ya que no se ha integrado totalmente a la estructura organizacional, administrativa y jerárquica del Hospital México, lo que debilita el ambiente de control interno, en virtud que además de inobservarse lo ordenado por el nivel superior de la Institución, se presenta incertidumbre acerca de los procesos de coordinación y supervisión que deben ejecutar los niveles superiores locales y órganos técnicos respecto al funcionamiento y desempeño de dicho Centro, así como, de los procesos de rendición de cuentas de éste, respecto a las instancias técnicas y administrativas debidamente establecidas en el Centro Hospitalario. Esta situación en opinión de este Órgano de Fiscalización, debe resolverse en forma definitiva, dado que podría estarse afectando la prestación de servicio que se brinda en esta unidad, con la eventual afectación al paciente usuario de este servicio especializado.</i>
45923- 03/11/2006	AO	496	A	2006	Seguimiento al cumplimiento de las disposiciones emitidas por la Contraloría General de la República, en el Informe DFOE-SA-40/2005: "Informe sobre la gestión de las tecnologías de información en la CCSS"	Cumplido.

33775-07/09/2006	GL	363	R	2006	Estudio referente a las acciones ejecutadas para conmemorar el 160 aniversario del Hospital San Juan de Dios	En proceso. <i>La resolución PE 16276-07 del 21 de marzo de 2007, suscrita por el Dr. Eduardo Doryan Garrón, confirma que se compró vino por parte de exfuncionarios de la CCSS, y se argumenta que en resguardo del principio de legalidad, esta condición le exime de la aplicación del reglamento para la organización y Realización de Actividades laborales Fuera de las Instalaciones de la CCSS, situación que comparte esta Auditoría. No obstante, dicha resolución confirma que la actividad fue oficialmente promovida por la CCSS a través del Hospital San Juan de Dios y que además, en la misma se repartió a los invitados vino, que aún no siendo adquiridos con fondos de la CCSS, es contrario a la razón de ser de la seguridad social, cual es la promoción de la vida, la salud, la integridad física y mental de la población, siendo omisa dicha resolución, en el abordaje de la responsabilidad objetiva que le asiste a la seguridad social, por haber efectuado un acto de ingesta de vino, contrario a sus propios fines.</i>
46051-21/11/2006	FC	530	A	2006	Seg. Informe AFC-294-R-2006 "Análisis de la propuesta Convenio de transferencia de fondos entre el Ministerio de Hacienda y la CCSS préstamo internacional 1451/OC-CR, entre C.R. y el BID, Programa Desarrollo del Sector Salud, Ley 8473".	Cumplido.
46121-29/11/2006	AO	550	R	2006	Estudio sobre las condiciones actuales y utilización del Edificio ampliación del Hospital de San Vito. DGRRSSB.	Cumplido.
46190-06/12/2006	HC	566	A	2006	Seg. Al cumplimiento de las recomendaciones Emitidas en el Inf. De seg. AHC-104-R-2004 sobre la contratación de servicios de consultoría para realizar estudios previos a la instalación de equipos para RX en varios Hospitales. GDM	Cumplido.
51900-11/12/2006	AO	575	A	2006	Seg. A las disposiciones Emitidas por la Contraloría Gral. De la Rep. En el Inf. DFOE-SA-19-2006 "Seg a las disposiciones Giradas a la CCSS en los Informes DFOE-SA-14-2003 y DFOE-SA-4-2004 relativos a las compras de medicamentos agotados y fuera de la LOM".	Cumplido.

GDO. GDM. PE

51930-12/12/2006	AO	583	R	2006	Evaluación referente a la promoción de la ética en la CCSS. GDA.	En proceso. <i>La Presidencia cumplió con la instrucción sin embargo se debe corroborar el efectivo cumplimiento de las instrucciones giradas por la Presidencia en el oficio P.E.51.294-06, por parte de la Gerencia Administrativa.</i>
51931-13/12/2006	AIN	587	R	2006	Estudio especial referente a la gestión de medicamentos en la CCSS. GDO. GDM.	Cumplida <i>La Junta Directiva aprobó la creación y conformación de la Gerencia de Logística, cuya responsabilidad, se centra en administrar el procedimiento de Cadena de Abastecimiento, y dentro de una de las líneas críticas se encuentra la adquisición de medicamentos, con lo cual además se centralizó bajo la dependencia de ésta, las funciones que realizan las demás unidades participantes en el abastecimiento de medicamentos. Finalmente y en cumplimiento de la recomendación número uno de este informe, se le dotó de los recursos físicos, financieros y humanos.</i>
4888-07/02/2007	AIN	77	R	2007	Estudio sobre el empadronamiento de trabajadores de las construcciones en Liberia, Carrillo, Santa Cruz y 27 de Abril	En proceso. <i>Por cuanto la Presidencia Ejecutiva, oportunamente instruyó a la Gerencia Financiera y a la Dirección Jurídica la atención de la recomendación, sin embargo se debe corroborar el efectivo cumplimiento de las instrucciones giradas a la Gerencia Financiera y Dirección Jurídica.</i>
4904-08/02/2007	AO	81	V	2007	Seg. A la Aplicación De la recomendaciones Del Inf. AO-442-R-2006 "Estudio especial sobre la Normativa Interna que regula el pago de viáticos a los Directivos y a los miembros de las Juntas de Salud de la Institución y Regulaciones respecto al uso de vehículos Institucionales	En proceso. <i>En razón de que la Presidencia Ejecutiva hizo del conocimiento de la Junta Directiva el informe AO-442-R-2006. Así mismo la Junta Directiva acordó trasladar a la Dirección Jurídica y a la Gerencia Administrativa la atención de la recomendación, debido a lo anterior corresponde a estas últimas dos dependencias citadas la atención de lo recomendado en relación con el pago de viáticos y regulaciones sobre el uso de vehículos institucionales.</i>

9913-21/02/2007	HC	118	V	2007	Seguimiento a las recomendaciones Cont. En Inf. AHC-313-R-2006 "Est. Esp. Sobre la compra de terreno para ubicar la sede del Área de Salud de Barva	Cumplido.
9967-28/02/2007	HC	135	A	2007	Segundo Seg. Informe AHC-212-R-2005 Evaluación De la Gestión y prestación de Serv. De Salud por parte de la cooperativa de autogestión COOPESIBA R.L. Área de Salud de Barva y San Pablo de Heredia	Cumplido.
13197-12/03/2007	AO	156	V	2007	Seg. Sobre la aplicación de las recomendaciones emitidas en el Inf. AO-441-R-2006 sobre el nombramiento de los Directores de Gestión Regional y Red de Servicios de Salud	Cumplido.
13326-29/03/2007	HC	175	A	2007	Est. Esp. Sobre lo dispuesto por la J.D. en el acuerdo tercero, artículo 23 sesión 8089 celebrada 14/9/06, ref. a la solución De la problemática en materia de planificación institucional	<p>En proceso.</p> <p><i>En razón de qué en el informe de seguimiento SAHC-07-175-01-V-2007, se concluyó:</i></p> <p><i>“El seguimiento de las recomendaciones del Informe AHC-175-A-2007 determina que se ha continuado el proceso de revisión del Sistema de Planificación Institucional. Como producto de esta gestión, se han adoptado decisiones en procura de fortalecer el proceso de planificación institucional, destacándose entre estas la aprobación de las políticas y lineamientos y se ha rediseñado la estructura encargada del proceso de planificación del nivel superior institucional.</i></p> <p><i>En virtud de la complejidad de las acciones requeridas para implementar las decisiones adoptadas por la Junta Directiva y está pendiente disponer del Plan Institucional de Inversiones Quinquenal así como del resultado de otras gestiones que se encuentra realizando la Presidencia Ejecutiva, la recomendación de auditoría mantiene su vigencia.</i></p> <p><i>Por otra parte, persiste la necesidad de que se disponga de un cronograma que defina actividades, fechas y responsables pendientes o en ejecución, como medio facilitador del control y seguimiento de las acciones emprendidas, en el proceso que se está desarrollando de revisión y ajuste del sistema de planificación institucional.”</i></p>

13314- 19/04/2007	HC	181	A	2007	Seg. Cumplimiento de las recomendaciones emitidas en inf. SAHC-190-R-2006 seguimiento a la atención de las recomendaciones del inf. AHC-208-R-2004 "Análisis del gasto efectuado por la Institución en centros hospitalarios A nivel nacional en disponibilidad médica ver	Cumplido.
13355- 17/04/2007	AO	187	R	2007	Relación de hechos sobre los Addendums y recepción del edificio para la instalación de aceleradores lineales en el servicio radioterapia Hospital México Dirección Arq. e Ing. Gerencia División Operaciones	En proceso. <i>Aún no se ha emitido una resolución final por parte del órgano decisor.</i>
13430- 19/04/2007	HC	203	A	2007	Seg. Informe DFOE-SOC-7/2/2006 de la Contraloría General de la República. Informe sobre los resultados del estudio realizado en la CCSS, en relación con la contratación y prestación de servicio de atención integral de salud por parte de terceros.	<i>Cumplidas 1 y 2, en cuanto a la N°3 no se cuenta con información sobre las acciones ejecutadas para su cumplimiento.</i>
21729- 25/04/2007	GL	207	R	2007	Relación de hechos sobre permiso concedidos y autorizado con goce de salario al Director Administrativo Financiero Titular del Hospital Nac. Psiquiátrico para que se trasladara a laborar al Ministerio de Salud a través del convenio de cooperación suscrito entre CCSS y dicho ente	Incumplido. <i>La Presidencia Ejecutiva mediante resolución 52.237-09, del 17 de noviembre de 2009, se pronunció en los siguientes términos: - No habiéndose encontrado elementos objetivos concretos que permitan concluir e individualizar la existencia de actos cuya ejecución implique la imputación de responsabilidades civiles o penales en grado de probabilidad para algún funcionario de la institución, se ordena el archivo definitivo del caso en cuestión-.</i> <i>El planteamiento de la Auditoría Interna en relación con este asunto, plasmado en el informe AGL-207-R-2007, se resume en la existencia de elementos jurídicos que ponen en duda, la legalidad constitucional de transferir fondos, al Ministerio de Salud, por el orden 18.968.844.90 colones, cancelados por concepto de salarios al funcionario cedido en calidad de préstamo a dicho Ministerio, en virtud de que este acto es contrario al artículo 73 de la Constitución Política, que prohíbe emplear fondos de la Seguridad Social, en actividades distintas a las que motivaron su creación. Por lo anterior se considera que la recomendación está incumplida.</i>

21806-04/05/2007	GL	219	R	2007	Informe sobre evaluación de la gestión gerencial del Director Médico Hospital México, GDM.	En proceso. <i>Por parte de la Presidencia Ejecutiva se giraron las instrucciones para el acatamiento de la recomendación a la Gerencia Médica, Dra. Rosa Climent Martín y Gerencia Administrativa, Lic. José Alberto Acuña Ulate. No se aporta evidencia sobre las acciones ejecutadas por ambas gerencias para el cumplimiento de la instrucción de la Presidencia Ejecutiva.</i>
21777-03/05/2007	AO	226	R	2007	Inf. Seguimiento a las disposiciones emitidas por la CGR en el informe DFOE-SA-22-2006, seguimiento de las disposiciones giradas a la CCSS EN LOS Sistemas de Control Interno de los Medicamentos y Suministros Médicos. U.P 1107	Cumplido.
21786-21/05/2007	FC	232	R	2007	Informe sobre evaluación del pago y la situación de las compañías bananeras que se acogieron al programa de rehabilitación y salvamento de la actividad bananera a cargo de la Corporación Bananera Nacional (CORBANA). Dirección Regional de Servicios Administrativos	Cumplido.
26546-31/05/2007	GL	253	R	2007	Informe sobre la evaluación de las funciones y labores ejecutadas por la Dirección Institucionales de Contralorías de Servicios de Salud, así como de las Contralorías adscritas a los diferentes establecimientos médicos de la CCSS, U.P 2908.	Cumplido. <i>Según oficio 19.026 del 22 de junio de 2009, dirigido al Dr. Eduardo Doryan Garrón, por parte del Lic. Jorge Arturo Hernández Castañeda.</i>
26698-19/06/2007	AI	260	R	2007	Informe referente a la revisión de la estructura organizacional y estado de proyectos de la Dirección de Tecnologías y Comunicación, U.P.1150.GDF	En Proceso <i>Según el primer seguimiento realizado a este informe se determinó que las recomendaciones 1, 2 y 3 se encuentran en proceso.</i>
32622-13/08/2007	GL	295	R	2007	Evaluación de los procedimientos de contratación de servicios médicos especializados por terceros Ablación con Radiofrecuencia y Resonancia Magnética, Hospital México. Gerencia División Médica.	Cumplido. <i>Según oficio PE 35.968'07, suscrito por el Dr. Eduardo Doryan Garrón. Dirigido a la Dra. Rosa Climent Climent Martín, Gerente Médica.</i>

32676-29/08/2007	FC	299	A	2007	Seguimiento a las disposiciones del Informe DFOE-SAF-04-2007 sobre la verificación de aplicaciones del art. 74 de la Ley Constitutiva de la CCSS, en las Contrataciones de algunas obras llevadas a cabo por CONAVI.	Presidencia Ejecutiva recomendación N° 1, no se cuenta con información de las acciones ejecutadas para el cumplimiento.
44728-01/10/2007	AIN	327	R	2007	Estudio referente a la Gestión de Cobro de Administrativo y Judicial de la Morosidad Patronal en la Caja Costarricense de Seguro Social. Gerencia División Financiera.	En proceso <i>Se observa en oficio PE44.435-7 de la presidencia, se instruyó a la Gerencia Financiera la atención de la recomendación No. 2, siendo responsabilidad de esta última dependencia, formular y poner en práctica el plan de acción para la recuperación de la morosidad patronal, sin embargo no se observan acciones para la atención de la recomendación No. 1 dirigida a la Presidencia Ejecutiva.</i>
44747-08/10/2007	AO	335	R	2007	Informe sobre la asignación de vehículos a unidades ejecutoras distintas a la Sección Servicio Generales.	En proceso. <i>Debido a que la Presidencia Ejecutiva aprobó el instructivo para la operación, administración y control de vehículos institucionales. Sin embargo debe revisarse por parte de esta Auditoría la atención por parte de la administración de lo requerido en la recomendación número 7, referente al pago de parqueos privados.</i>
44756-02/10/2007	AO	336	R	2007	Informe sobre presunta utilización de Recursos Institucionales en la promoción de campañas, sobre el TLC entre Centroamérica, República Dominicana y E.U.	Cumplido.
54821-12/12/2007	AG L	387	R	2007	Evaluación referente al cumplimiento de las especificaciones de la ficha técnica y los procedimientos de contratación administrativa relacionados con el acetaminofen gotas, adquirido por el área de Gestión de medicamentos	Cumplido.
54816-12/12/2007	AI	388	R	2007	Informe referente al proceso de implementación de soluciones informáticas para la automatización de servicios de salud en la Caja Costarricense del Seguro Social Gerencia Médica.	En proceso <i>El Reglamento de Donaciones no ha sido analizado y avalado por el Comité Gerencial de TI.</i>

17704-13/05/2008	AS AAI	55	V	2008	Informe de seguimiento a las disposiciones contenidas en el oficio 10382 emitido por la Contraloría General de la República en relación con la compra y alquiler de angiógrafo para el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, Gerencia Médica	No se emite criterio <i>Por cuanto no se cuenta con evidencia de las acciones ejecutadas para el cumplimiento de la recomendación.</i>
17699-08/05/2008	AS F	67	R	2008	Informe sobre el análisis financiero del Seguro de Salud (SEM) de la Caja Costarricense de Seguro Social por los periodos que van del 31 de diciembre 2003 al 31 de diciembre 2007	En proceso <i>Por parte de la Presidencia Ejecutiva se giró las instrucciones a la Gerencia Financiera, sin embargo no existe evidencia del efectivo cumplimiento de la recomendación.</i>
17724-14/05/2008	AS F	70	R	2008	Seg. Al informe DFOE-ED-25-2007 Sobre los resultados del Estudio de algunos componentes de la Gestión del Régimen de Invalidez, vejez y Muerte de la CCSS de la Contraloría General de la República.	Cumplido
23771-13/06/2008	AS S	94	R	2008	Evaluación de la Gestión Gerencial de la Dirección General del Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera".	<i>No se cuenta con información sobre las acciones desarrolladas para el cumplimiento de la recomendación.</i>
23793-11/06/2008	AS F	98	R	2008	Informe sobre el análisis financiero del seguro de invalidez, Vejez y muerte durante el período 2004-2007. Dirección Financiero Contable, Gerencia Financiera	En proceso <i>Por parte de la Presidencia Ejecutiva se giró la instrucción a la Gerencia Financiera, sin embargo no existe evidencia del efectivo cumplimiento de la recomendación.</i>
31118-25/07/2008	AS AAI	131	A	2008	Informe sobre el avance de la Creación e Implementación de la Secretaría Técnica de Planeamiento Estratégico, Presidencia Ejecutiva.	Cumplido.
55115-12/10/2008	ATI C	195	R	2008	Informe referente a la implementación de las Políticas y Normas relativas al Plan de Continuidad de la Gestión de Tecnologías de Información en la Caja Costarricense de Seguro Social. Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones, Gerencia In	En proceso <i>Es importante indicar que el informe se emitió desde octubre 2008 el cual fue del conocimiento del Comité Gerencial de TI el 19 de diciembre de 2008, sin que a la fecha la Caja disponga de un Plan de Continuidad de Gestión en TI.</i>
13483-17/03/2009	AS F	37	R	2009	Evaluación Integral del Sistema Integrado de Créditos (SICERE) Gerencia de Pensiones U.E. 9108	1 y 2 Cumplidas, 3 en proceso. <i>Se instauró la Comisión de la Investigación Administrativa por parte de la Presidencia Ejecutiva. La Presidencia giró instrucciones a la Gerencia de Pensiones en cuanto a la recomendación N° 3, sin embargo no se evidencian las acciones de esa gerencia.</i>

43509- 23/09/2009	AS AAI	131	R	2009	Estudio especial de fiscalización de segundo piso en el nivel Local de la CCSS, sobre el proceso de planificación, formulación, evaluación de los proyectos	En proceso. <i>Según informe de la seguimiento de la Auditoría Interna, número SASAAI-09-131-01-V-2010 del 09-01-2010.</i>
43511- 23/09/2009	AS AAI	132	R	2009	Estudio especial de Fiscalización sobre el proceso de formulación , evaluación y planificación de las adquisiciones	En proceso. <i>Según informe de la Auditoría Interna, número SASAAI-09-132-01-V-2010 del 09-01-2010.</i>
43617- 22/09/2009	AG O	139	R	2009	Estudio especial sobre el avance del Proyecto de Construcción del Área de Salud de Naranjo U.E. 2235-Dirección Regional Servicios de Salud Central Norte.	En proceso. <i>No se aporta evidencia en cuanto a la incorporación de este proyecto en el portafolio institucional de Inversiones por parte de la Gerencia de Infraestructura en Coordinación con la Gerencia Médica, por lo tanto se considera que este apartado se encuentra en proceso de cumplimiento.</i>
43734- 15/10/2009	AS S	150	R	2009	Evaluación de la Especialidad de Geriatria y Gerontología a Nivel Nacional-Gerencia Médica U.E. 2901	En proceso. <i>Por cuanto no se tiene evidencia sobre la realización del análisis descrito en la recomendación N° 1.</i>
47641- 14/10/2009	AS AAI	165	R	2009	Informe sobre Proyecto Ley Creación del Centro Psiquiátrico Penitenciario (Expediente 16269) CCSS-Ministerio de Justicia y Gracia	Cumplido.
47801- 10/11/2009	AS F	191	R	2009	Evaluación referente a la rebaja de intereses en un 2% sobre la tasa contractual para los créditos Hipotecarios vigentes y venta de títulos valores del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte.	Cumplido.

Caja Costarricense de Seguro Social
Dirección Actuarial

**La Sostenibilidad Financiera en el
Seguro de Salud**

Luis Guillermo López Vargas
Director Actuarial

Mayo, 2010

INDICE

RESUMEN EJECUTIVO

I. INTRODUCCIÓN

II. ASPECTOS CONCEPTUALES..... 2

2.1. Sostenibilidad Financiera..... 2

2.1.1 Formulación..... 2

III. ENTORNO..... 5

3.1 Entorno Económico..... 5

3.2 Entorno Judicial..... 6

3.3 Entorno Salarial..... 7

IV SITUACIÓN FINANCIERA ACTUAL..... 7

4.1 Presupuestaria..... 7

4.2 Flujo de Efectivo..... 10

4.3 Actuarial..... 11

4.3.1 Ingresos..... 12

4.3.2 Egresos..... 15

4.3.3 Diferencia Ingresos – Egresos..... 16

V. PERSPECTIVAS..... 20

5.1 Modelo Financiero..... 20

5.1.1 Escenario Base..... 20

5.1.2 Escenario Bajo..... 21

5.1.3 Escenario Alto..... 21

VI.

CONCLUSIONES..... 23

ANEXO..... 28

Resumen Ejecutivo

La Sostenibilidad Financiera en el Seguro de Salud

I. Introducción

El presente documento tiene como objetivo analizar el tema de la sostenibilidad financiera en el Seguro de Salud; para lo cual se ha considerado necesario establecer claridad respecto al concepto como tal y a los enfoques existentes – ***presupuestario, flujo de efectivo y actuarial*** - utilizados por la Institución para el análisis financiero.

A lo largo del documento se insiste sobre la importancia de considerar la complementariedad de los enfoques en el análisis, así como de tener muy presente la genética estructural de los ingresos del Seguro de Salud, los elementos coyunturales y la presencia de los factores de riesgo generados por el entorno, en sus diferentes dimensiones: económica, judicial y salarial. Así mismo, se efectúa una descripción de la situación financiera actual, para luego concluir con el diseño de algunos escenarios que permiten la proyección de la razón de sostenibilidad financiera al 2025. Al respecto, cabe destacar que de las proyecciones efectuadas bajo diferentes escenarios, es factible concluir que bajo condiciones optimistas por el lado de los ingresos – ***crecimiento adecuado en la cobertura y la masa salarial*** – así como un mayor control sobre el gasto, es posible mantener una razón de sostenibilidad $(I - E) / I$ positiva al 2025.

II. Sostenibilidad Financiera.

La garantía permanente de la sostenibilidad financiera en los seguros sociales guiados por un esquema contributivo - ***como lo es el caso de los seguros administrados por la Caja Costarricense de Seguro Social*** - constituye un reto presente en todo momento. En su aplicación al Seguro de Salud, el concepto trata, sobre la viabilidad financiera que tendrá el Seguro de Salud para proveer a la población – ***actual y futura*** - el conjunto de prestaciones definidas a nivel reglamentario y programático; ello condicionado tanto al cumplimiento de los principios filosóficos de la seguridad social - ***universalidad, solidaridad, unidad, igualdad, obligatoriedad, equidad y subsidiariedad*** - como a la incidencia que sobre este Seguro tendrá la evolución de ciertas variables exógenas y endógenas.

Como punto de partida, es de particular importancia señalar que genéticamente la estructura de los ingresos del Seguro de Salud, descansa en dos grandes columnas: el aseguramiento contributivo de la población activa y el aporte estatal por concepto de cobertura a programas específicos, principalmente, lo relativo a la población indigente. Concretamente el diseño estructural de los ingresos puede resumirse de la

siguiente forma:

Π = Es la prima $I = \Pi \cdot M_C + A.E.P.E$ global promedio, aproximadamente en 14.6% sobre la masa cotizante.

A.E.P.E = Es el Aporte Estatal para Programas Específicos: Asegurados por Cuenta del Estado, Internos en Centros Penales, Código Niñez y Adolescencia y Otros.

Ambos componentes están expuestos, como es razonable, a los factores de riesgo, derivados de eventuales variaciones no usuales del entorno económico (una recesión económica por ejemplo), principalmente las contribuciones, las cuales representan aproximadamente el 94% del total de ingresos. Al respecto, la recesión económica experimentada por nuestro país, durante el 2009, y la consecuente reducción en los ingresos por contribuciones – 70 mil millones de colones - constituye un claro ejemplo de esa dependencia. En este caso de la aplicación de una política anticíclica y reservas estratégicas para enfrentar situaciones inusuales como ésta, permitieron un funcionamiento “normal” de la atención en salud. Ello no fue lo característico en ninguno de los sistemas de salud del hemisferio. Por otra parte, y en referencia al aporte estatal por concepto del aseguramiento de la población indigente, es preciso señalar como parte de sus características el rezago estructural, cuya explicación radica en que el reconocimiento por parte del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF) y como garante de última instancia del Ministerio de Hacienda se efectúa a posteriori, una vez verificada la obligación y transcurrido el período. Sobre este aspecto, es oportuno señalar que el cobro por este programa es población efectivamente atendida, y por ello al final de cada año calendario esto es revisado por la Dirección General de Desarrollo Social y Asignaciones familiares (DESAF) y se genera la factura de la deuda del año anterior.

Por otra parte, y en lo que se refiere a los egresos del Seguro de Salud, es factible identificar la siguiente formulación:

$$E = f(SP, SNP, MS, TC, BD, O)$$

SP: Servicios Personales

SNP: Servicios No Personales

MS: Materiales y Suministros

TC: Transferencias Corrientes

BD: Bienes Duraderos (Infraestructura y Equipo)

O: Otros gastos (intereses y comisiones, activos financieros, amortización, etc).

Aún y cuando esta estructura permite su programación, intrínsecamente contiene riesgos asociados a elementos exógenos y endógenos. Los primeros se relacionan con aspectos como la política de percentiles, actualmente implementada por el Servicio Civil, y que durante el 2009 y 2010, le representaron al Seguro una erogación de cerca de 22 mil millones y 34 mil millones de colones, respectivamente. Así mismo, tienen como elementos exógenos adversos, los gastos derivados de los pronunciamientos de la Sala Constitucional, que obliga a la Institución el suministro de medicamentos y determinados tratamientos. Por otra parte, los elementos endógenos se refieren a la sobre ejecución de los presupuestos en diferentes unidades institucionales, principalmente en los establecimientos de salud; en donde algunos se exceden las partidas variables de gasto. En ellos es relevante el tema de gestión local que ha requerido de constantes esfuerzos por parte de la administración central.

II. Entorno.

La referencia que tradicionalmente se hacía en los análisis financieros del Seguro de Salud, estaba circunscrita básicamente al comportamiento del ambiente económico; sin embargo en los últimos años la importancia relativa que ha ido ganando la judicialización de la seguridad social – ***pronunciamientos de la Sala Constitucional que obligan a la CCSS el suministro de determinados medicamentos y tratamientos*** – y los efectos indirectos de políticas salariales externas a la CCSS, hacen necesario, que adicionalmente se consideren otros entornos, específicamente el judicial y el salarial. Esto, principalmente por la alta vulnerabilidad que muestran los gastos, ante cambios en esos entornos.

Entorno Económico.

Los cambios en el mercado laboral, así como la importante sensibilidad del gasto a variables tales como la inflación, tipo de cambio y otros, condicionan fuertemente las finanzas institucionales. Al respecto, cabe reiterar la crisis financiera internacional, gestada durante el 2008-2009, cuyos efectos se manifestaron en elevar el desempleo y por tanto en una desaceleración del proceso creciente de cobertura y recaudación, que se venía experimentando.

Entorno Judicial.

La autonomía institucional - ***establecida en la Carta Magna*** - faculta a la Caja Costarricense de Seguro Social para el diseño del perfil de beneficios y otros aspectos relacionados con la cobertura. Es obvio que tales aspectos deben ser congruentes con un principio de viabilidad y sostenibilidad financiera, según los cálculos actuariales. No obstante tal situación, reiterados fallos de la Sala Constitucional, en cuanto a la obligatoriedad institucional de suministrar determinados medicamentos y vacunas, afectan sustancialmente las finanzas del Seguro de Salud. Así mismo, deben tomarse

en cuenta los fallos o pronunciamientos emitidos, en temas de gran impacto en el gasto, como lo es el tratamiento con medicamentos denominados “biológicos”, la tecnología para el tratamiento del cáncer por acelerador lineal y lo referente a la construcción de centros de salud penitenciarios.

Entorno Salarial.

Este aspecto se refiere básicamente a resoluciones en materia salarial – ***relacionadas con la política de percentiles*** - dictada por el Servicio Civil, y cuyo objetivo es que en el 2010 la remuneración en el Gobierno Central logre ubicarse en el percentil 50. Por las vinculaciones existentes en determinadas categorías ocupacionales – ***Enfermeras y profesional 2*** – se ha provocado durante el 2009 y 2010, un fuerte impacto en la partida de servicios personales y por tanto en el gasto institucional. Al respecto, cabe señalar que durante el 2009, el costo estimado por la aplicación de esa política representó una erogación de aproximadamente 22 mil millones de colones, mientras que para el 2010 su costo se estima en 34 mil millones de colones. Tales montos son adicionales a los aumentos que corresponden por costo de vida.

III. Situación Financiera Actual.

Un análisis comprensivo de la situación financiera actual del Seguro de Salud, requiere de manera simultánea un abordaje desde tres enfoques: Presupuestario, Flujo de Efectivo y Actuarial. Esto, no solamente por un aspecto de integralidad en el análisis, sino también para tener mayor claridad sobre la naturaleza y objetivo de cada enfoque, y por tanto efectuar una correcta interpretación de los resultados. Las proyecciones con el enfoque presupuestario y de flujo de efectivo no toman en cuenta los ingresos que presumiblemente no se van a percibir en el período, contrario al enfoque actuarial que se sustenta en los ingresos reglamentariamente establecidos, aún cuando ingresen con cierto grado de desfase.

Son precisamente estos desfases en la percepción de los ingresos –***en algunos casos explicados por la necesaria espera de la liquidación y documentación de la deuda estatal***– los que en el corto plazo explican las diferencias en los resultados, respecto a los otros enfoques. A parte de esas diferencias, es necesario indicar que el tema de sostenibilidad financiera, por su connotación debe abordarse bajo una perspectiva actuarial – ***de mediano y largo plazo*** - en dónde lo sustancial, más allá de los flujos, es la estructura financiera y su consistencia, reflejada en la razón de sostenibilidad financiera, o sea, la solidez de los ingresos reglamentarios frente al comportamiento y tendencias del gasto.

Al respecto, el cuadro siguiente muestra el comportamiento de la razón de sostenibilidad financiera, (I-E) / I, durante la presente década.

Ingresos, Gastos y la Razón de Sostenibilidad Financiera
Durante el Período 2000-2009
- En Millones de Colones -

Año	Ingresos Reglamentarios (I)	Egresos (E)	Relación (I-E) / I %
2000	259,614.0	213,539.3	17.7%
2001	299,095.1	270,038.8	9.7%
2002	345,350.2	303,535.5	12.1%
2003	381,220.2	357,179.8	6.3%
2004	494,843.4	407,952.6	17.6%
2005	530,417.7	475,944.1	10.3%
2006	722,999.5	568,384.9	21.4%
2007	765,201.3	695,947.1	9.1%
2008	948,195.9	840,183.9	11.4%
2009 1/	1,113,898.2	1,031,963.2	7.4%

1/ Dato preliminar

Fuente: Análisis Técnico, Dirección Actuarial, CCSS.

La importancia de los valores positivos en la razón $(I - E) / I$, como indicador de sostenibilidad financiera, radica en el concepto mismo, el cual indica la proporción relativa del superávit financiero respecto al ingreso, o sea, en cuanto superan relativamente los ingresos a los egresos. De ahí la importancia de la generación continua y sostenida de valores positivos en esa razón. Cabe señalar, que a pesar de los efectos adversos que durante el período 2008-2009, causó la coyuntura externa, esta razón mantuvo un valor positivo.

IV. Perspectivas.

Con el propósito de evaluar la sostenibilidad financiera en un período de 15 años, se ha empleado un modelo financiero, que incorpora varios escenarios. Concretamente por el lado de los ingresos, las diferencias entre *escenarios – pesimista, base y optimista* - se circunscriben a: la evolución en la cobertura contributiva y el crecimiento promedio de la masa salarial, mientras que por la vertiente del gasto la diferencia en los supuestos se remite a la tasa de crecimiento en el rubro de servicios personales, número de plazas para nuevos EBAIS, otros servicios de salud y el monto de la construcciones financiadas con ingresos corrientes y fideicomiso.

Con fundamento en esos supuestos, y empleando el modelo de proyección financiera, los resultados obtenidos con la relación de *Excedente de Ingresos sobre Egresos, Respecto a los Ingresos: $(I-E) / I$* , son los siguientes:

Seguro de Salud
Proyección de la Razón de Sostenibilidad Financiera
(I-E)/ I, por Año: 2010 – 2025

Año	Razón de Sostenibilidad Financiera %		
	Escenario Ingreso Base Egreso Pesimista	Escenario Ingreso Base Egreso Base	Escenario Ingreso Optimista Egreso Base
2010	1.12	1.12	1.12
2013	1.77	1.46	5.36
2016	(0.77)	3.20	12.29
2019	(3.97)	4.86	18.55
2022	(5.68)	5.02	22.85
2025	(12.89)	0.94	23.25

Fuente: Cuadro N° 1 y N° 2 del anexo.

Estos resultados deben interpretarse como referentes circunscritos a determinadas hipótesis, y en esa medida indican la importancia de orientar las acciones y políticas hacia la eficiencia en la gestión de los ingresos y egresos.

Bajo ese marco, las proyecciones reflejan que bajo las condiciones actuales – crecimiento económico del 3% , gestión de PRECIN, control de la morosidad - la razón de sostenibilidad financiera se mantiene positiva hasta aproximadamente el 2025, mientras que bajo condiciones más optimistas en cuanto a la existencia de crecimiento económico del 5% anual y las acciones anteriormente apuntadas, así como mayor control en la gestión de gasto – principalmente en servicios personales - en las diferentes unidades, permiten garantizar una razón de sostenibilidad financiera positiva durante todo el período de proyección.

En cuanto al escenario pesimista resulta evidente que los resultados negativos, aparecen en el 2016; no obstante, debe rescatarse que existe la obligación institucional de que en los próximos años, al menos se transite bajo los lineamientos que enuncia el escenario base, los cuales básicamente se circunscriben a un crecimiento relativo en la cobertura y a la implementación de acciones de control de gasto, específicamente sobre el rubro de servicios personales. Esto, no solamente porque ese renglón es el de mayor importancia relativa en los egresos totales – aproximadamente 61% en promedio - sino por el ritmo de crecimiento mostrado en los últimos años – 23% - lo que se hace insostenible en el corto, mediano y largo plazo, según lo muestran los resultados que incorpora el escenario pesimista en los gastos.

V. CONCLUSIONES

1. La sostenibilidad financiera es un concepto referido al equilibrio entre ingresos y egresos, a través del tiempo, en donde el diseño de la estructura genética de

los ingresos descansa en dos grandes columnas: Contribuciones y aportes estatales. La clara comprensión de esta estructura es fundamental, no solo para la definición del perfil de beneficios, sino para identificar la presencia de riesgos asociados a la sostenibilidad financiera, y las posibles vías de solución.

Esta formulación o definición de los componentes del esquema de ingresos en el Seguro de Salud, plantea de entrada importantes elementos a considerar, tal es el caso de la existencia de programas específicos con cargo al Estado (A.E.P.E), cuyo aporte forma parte del flujo de ingresos ; pero que en razón de la existencia de una política pública no son recibidos por la CCSS en el período correspondiente, lo que establece una diferencia fundamental entre los enfoques - Presupuestario, Flujo de Efectivo y Actuarial - elemento que debe tenerse presente en las interpretaciones que se efectúen.

Concretamente los riesgos intrínsecos en esa estructura genética de los ingresos, en el pasado reciente han sido mitigados mediante acciones más agresivas de cobertura, mayor eficiencia en la facturación y control de la morosidad; aspectos que se materializan en mayor recaudación.

2. El tema actuarial está más relacionado con la estructura del financiamiento – fuentes de ingresos reglamentariamente establecidas - y su consistencia con el perfil de beneficios, reflejándose cuantitativamente en la razón de sostenibilidad: $(I-E) / I$. Tal situación establece una diferencia determinante, en relación al flujo de efectivo, ya que mientras éste último proyecta problemas de liquidez por el no ingreso de determinados recursos – Costo Programa de Asegurados por Cuenta del Estado, Costo del Programa Código de la Niñez y la Adolescencia, etc - en el análisis actuarial si se incorporan y por tanto no manifiesta desequilibrio en el período 2010.

Por los aspectos anteriores, el análisis de sostenibilidad financiera debe enfrentarse desde una perspectiva estrictamente actuarial. De ahí, la mayor preponderancia de este enfoque en el análisis efectuado en el presente documento, principalmente en el tema de las proyecciones.

3. Dada la estructura genética de los ingresos del Seguro de Salud, es necesario aceptar que el surgimiento de crisis internacionales y su impacto en nuestra economía, es un factor de riesgo que necesariamente debe ser considerado, comprendido y ubicado en su verdadera dimensión, al efectuar el análisis de sostenibilidad financiera.

A diferencia de tiempos pasados los riesgos asociados a las finanzas institucionales no solamente radican en el entorno económico, ya que actualmente el entorno judicial y

el entorno salarial representan factores de riesgo importante. Es claro que tal situación afecta directamente la estructura genética que sustenta financieramente el Seguro de Salud, y que eventualmente pueden manifestarse en menores ingresos por contribución y aportes, lo que conjuntamente con el surgimiento de gastos no programados, incidirían en el desempeño financiero.

Por la incidencia que han mostrado en el gasto institucional la política de percentiles implementada por el Servicio Civil – 22 mil millones en el 2009 y 34 mil millones de colones en el 2010 – así como lo referente al pronunciamiento de la Sala IV, relacionado con medicamentos varios y muy caros y los demás factores de riesgo introducidos por el entorno, es necesario identificar líneas de acción que permitan seguir dándole sostenibilidad al Seguro de Salud. Para enfrentar tal situación, las acciones endógenas relacionadas con los programas de extensión de cobertura (PRECIN), combate a la morosidad (call center), así como el control presupuestario en las diferentes unidades se presentan como alternativas de amortiguamiento de esos riesgos. Resulta muy destacable el comportamiento de la cobertura durante el primer trimestre del presente año, la cual se ha incrementado en 35 mil cotizantes, pasando de 1,389,330 afiliados en diciembre 2009 a 1,424,924 afiliados directos en marzo del 2010, lo cual representa un crecimiento de 1.5 puntos porcentuales de la PEA. Esto hace que los escenarios más promisorios se tornen más probables.

Las proyecciones financieras constituyen un referente válido en el marco de los supuestos utilizados, en donde es necesario considerar la genética estructural de los ingresos – contribuciones y aporte estatal – y consecuentemente los riesgos asociados, así como los mecanismos de amortiguamiento. El panorama proyectado muestra, que mediante criterios de optimización de gasto y un adecuado control de los riesgos, es posible mantener por plazos relativamente prolongados, una razón de sostenibilidad positiva.

A modo de resumen es conveniente reiterar los principales aspectos a considerar en el análisis de sostenibilidad financiera del Seguro de Salud.

La estructura de los ingresos del Seguro de Salud está genéticamente establecida, siendo sus dos principales columnas, las contribuciones y los aportes estatales. Intrínsecamente, esto hace que como es razonable y lógico siempre pueden existir factores de riesgo determinados por el entorno y que inciden directamente sobre la sostenibilidad.

Aunque en un análisis de sostenibilidad financiera los diferentes enfoques empleados –presupuestario, flujo de efectivo y actuarial – deben complementarse entre sí, es necesario señalar que el enfoque actuarial, por sus características, es el que corresponde utilizar.

De una proyección del flujo de efectivo, restrictiva en sus supuestos, no es correcto inferir la existencia de un problema de sostenibilidad financiera, dado que el flujo es

un concepto restringido al muy corto plazo, de carácter estático y limitado a un aspecto de liquidez, más que de estructura de los ingresos.

Aún y cuando los factores de riesgo definidos por el entorno - en sus diferentes dimensiones - inciden sobre la estructura financiera del Seguro de Salud, las acciones orientadas a una mejor gestión de los ingresos – cobertura y recaudación – así como la mejor gestión del gasto constituyen mecanismos de mitigamiento, ya comprobados.

De las proyecciones efectuadas bajo diferentes escenarios, es factible concluir que bajo condiciones optimistas por el lado de los ingresos – crecimiento adecuado en la cobertura y la masa salarial – así como un mayor control sobre el gasto, es posible mantener una razón de sostenibilidad $(I - E) / I$ positiva al 2025.

La Sostenibilidad Financiera del

I. Seguro de Salud

II.

I. INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la Caja Costarricense de Seguro Social ha progresado sustancialmente en los procesos de planificación estratégica de la prestación de servicios, con visión de mediano y largo plazo, estableciendo las bases que permitirán, de forma progresiva, llevar a cabo las adaptaciones y ajustes que la Institución necesita, a fin de continuar ejerciendo su liderazgo en materia de protección social y bienestar de la población nacional, ante los retos que imponen las transformaciones programáticas y del entorno. Tal situación, indefectiblemente requiere la garantía permanente de la sostenibilidad financiera en los seguros sociales. Es precisamente, bajo ese propósito, que en el presente documento se aborda un análisis de la situación financiera del Seguro de Salud, tomando en cuenta los aspectos coyunturales y estructurales que inciden en su desempeño.

Para lograr lo planteado, el presente documento se ha estructurado de modo tal que en una primera parte se desarrolla el concepto de sostenibilidad y formulación del equilibrio financiero. Posteriormente, y dada la importancia del efecto que presentan las variables externas en las finanzas institucionales, se incorpora una breve referencia del entorno en su dimensión económica, judicial y salarial. La primera está referida a la crisis financiera internacional, que durante los últimos dos años ha afectado el desempeño de la actividad económica nacional y por tanto de la percepción de ingresos del Seguro de Salud, mientras que la segunda y la tercera de esas dimensiones están directamente relacionadas con fallos de la Sala Constitucional y las resoluciones que en materia salarial ha dictado el Servicio Civil.

Luego de ese marco referencial, y por sus particularidades, se aborda el análisis de la situación actual, describiendo y analizando el comportamiento de los ingresos y egresos de los últimos dos años, desde una perspectiva actuarial, presupuestaria y del flujo de efectivo. Lo atinente a este flujo, resulta de particular importancia, dado que es precisamente durante ese período que el efecto del desempleo y por tanto de los menores ingresos – *respecto a los proyectados* – se hizo sentir con mayor fuerza. Por último, y en el afán de prever con suficiente anticipación la posibilidad del surgimiento de desequilibrios, y asimismo adoptar oportunamente las medidas correctivas, en el apartado de perspectivas se presenta una serie de proyecciones y escenarios financieros.

II. ASPECTOS CONCEPTUALES

2.1 Sostenibilidad Financiera.

El desafío fundamental que para el siglo XXI enfrentan los sistemas de salud en general, es proveer a todos sus ciudadanos de “*protección social en materia de salud*”, entendiendo esta como la garantía de que los asegurados puedan satisfacer sus necesidades y demandas de salud, obteniendo acceso a los servicios de una manera adecuada a través del sistema de salud, y sin que la capacidad contributiva sea un factor restrictivo. En tal sentido, y dado el esquema contributivo existente en el Seguro de Salud – ***tripartito en el caso de los asalariados y pensionados, bipartito en el caso de los afiliados por cuenta propia y unipartito en el caso de las poblaciones específicas a cargo del Estado*** – el cumplimiento oportuno de las obligaciones estatales, constituye un factor determinante en su sostenibilidad. Además, este concepto comprende, no sólo eliminar o reducir al máximo las desigualdades en la cobertura, el acceso y la utilización de los servicios; sino también, asegurar que cada persona contribuya al financiamiento del sistema conforme a sus posibilidades.

Dado el nivel de desarrollo alcanzado por el Seguro de Salud, tal tarea necesariamente involucra abordar, desde una perspectiva integral, el tema de la sostenibilidad financiera la cual no debe interpretarse como el equilibrio presupuestario o bien un flujo de efectivo positivo en el corto plazo. El concepto más bien trata, sobre la viabilidad financiera que tendrá el Seguro de Salud para proveer a la población – ***actual y futura*** - el conjunto de prestaciones definidas a nivel reglamentario y programático; ello condicionado tanto al cumplimiento de los principios filosóficos de la seguridad social - ***universalidad, solidaridad, unidad, igualdad, obligatoriedad, equidad y subsidiariedad*** - como a la incidencia que sobre este Seguro tendrá la evolución de ciertas variables exógenas y endógenas. Las primeras están circunscritas al entorno en sus diferentes dimensiones - ***económico, judicial y salarial*** – así como aquellas originadas en el cambio demográfico, epidemiológico y tecnológico. Por otra parte, lo endógeno está referido al grado de eficiencia en la gestión de ingresos y egresos que efectúa la administración.

2.1.1 Formulación

En cuanto a su formulación, la sostenibilidad financiera está referenciada a la ecuación de equilibrio financiero y actuarial del Seguro de Salud, o sea:

$$I = E$$

I : Corresponde al ingreso total anual.

E: Corresponde al egreso total anual.

Al igual que en la teoría económica, este equilibrio debe interpretarse como un horizonte o situación deseable a la cual se propende. Es un ideal u óptimo, concebido de manera estacionaria en el largo plazo.

De acuerdo con la normativa vigente, la ecuación de equilibrio incluye diferentes parámetros en cuanto a ingresos, los cuales pueden detallarse de la siguiente manera:

$$I = \Pi_1 M_S + \Pi_2 M_P + \Pi_3 \cdot M_i + A.E.P.E + O$$

Π_1 : Es la prima global para los asalariados, actualmente en 15% sobre la masa salarial, distribuida tripartitamente: Patrono 9.25%, trabajador 5.50 y el Estado como tal 0.25%.

Π_2 : Es la prima global para los pensionados, actualmente en 14% sobre los montos de pensiones. Esta contribución es tripartita, donde el Fondo de Pensiones contribuye con 8.75%, el pensionado con 5% y el Estado como tal con 0.25%.

Π_3 : Es la prima global de los trabajadores independientes, actualmente en 11.25% sobre el total de ingresos, distribuida de modo bipartito y en donde la prima del trabajador es creciente y la del Estado en condición subsidiario es decreciente, a mayor nivel de ingreso.

A.E.P.E: Es el Aporte Estatal para Programas Específicos: Asegurados por Cuenta del Estado, Internos en Centros Penales, Código Niñez y Adolescencia y Otros.

O : Venta de servicios e intereses.

M_S : Es la masa salarial cotizable.

M_P : Es la masa cotizable de los pensionados.

M_i : Es la masa cotizable de los trabajadores independientes y asegurados voluntarios.

De esta conceptualización se desprende que estructuralmente los ingresos se sustentan fundamentalmente en dos grandes componentes: el aseguramiento contributivo de la población activa y el aporte estatal, derivado principalmente de la cobertura de la población indigente. Ambos componentes presentan un elemento exógeno altamente dependiente de la gestión de aseguramiento. Respecto al aporte estatal por concepto del aseguramiento de la población indigente, es preciso señalar como parte de sus características el rezago

estructural en esta obligación, cuya explicación radica en que el reconocimiento por parte del FODESAF y como garante de última instancia en el Ministerio de Hacienda se efectúa a posteriori, una vez verificada la obligación y transcurrido el periodo. Sobre este aspecto, es oportuno señalar que el cobro por este programa es población efectivamente atendida, y por ello al final de cada año calendario esto es revisado por la Dirección General de Desarrollo Social y Asignaciones familiares (DESAF) y se genera la factura de la deuda del año anterior.

En cuanto a la composición de los egresos, y en concordancia con la clasificación presupuestaria, es factible presentarla de la siguiente forma:

$$E = f(SP, SNP, MS, TC, BD, O)$$

Donde:

SP: Servicios Personales

SNP: Servicios No Personales

MS: Materiales y Suministros

TC: Transferencias Corrientes

BD: Bienes Duraderos (Infraestructura y Equipo)

O: Otros gastos (intereses y comisiones, activos financieros, amortización, etc).

De esta forma:

$$SP = \beta_1 * G$$

$$SNP = \beta_2 * G$$

$$MS = \beta_3 * G$$

$$TC = \beta_4 * G$$

$$BD = \beta_5 * G$$

$$O = \beta_6 * G$$

$$E = SP + SNP + MS + TC + BD + O$$

$$E = (\beta_1 + \beta_2 + \beta_3 + \beta_4 + \beta_5 + \beta_6) * G$$

$$1 = (\beta_1 + \beta_2 + \beta_3 + \beta_4 + \beta_5 + \beta_6)$$

Donde:

β_1, \dots, β_6 : corresponden a las respectivas proporciones de los rubros de egreso que cada una de ellas antecede.

Aún y cuando esta estructura permite su programación, intrínsecamente contiene riesgos asociados a elementos exógenos y endógenos. Los primeros se relacionan con aspectos como la política de percentiles, actualmente implementada por el Servicio Civil, así con los gastos derivados de los pronunciamientos de la Sala Constitucional, que obliga a la Institución el suministro de medicamentos y tratamientos, principalmente. Por otra parte, los elementos endógenos se refieren a la sobre ejecución de los presupuestos en diferentes unidades institucionales principalmente de los establecimientos de salud; en donde principalmente se exceden las partidas variables de gasto.

Aunque la producción que efectúa la institución es intensiva en el factor trabajo (SP), la asignación de recursos debe garantizar una combinación adecuada de los diferentes rubros de gastos. Obviamente, este es un aspecto que debe ser rigurosamente contenido como condicionante en el diseño de la política presupuestaria, el cual en la actualidad – según la política salarial vigente – es de 61.6% del egreso total.

En razón de los riesgos mencionados, el siguiente apartado aborda el tema del entorno como factor de influencia determinante en el comportamiento de las finanzas del Seguro de Salud.

III. ENTORNO.

Adicionalmente a los factores endógenos, existen elementos exógenos y coyunturales derivados del entorno, que inciden directamente sobre las finanzas institucionales. Al respecto, la referencia que tradicionalmente se hacía en los análisis financieros del Seguro de Salud, estaba circunscrita prácticamente al comportamiento del ambiente económico; sin embargo en los últimos años la importancia relativa que ha ido ganando la judicialización de la seguridad social – ***pronunciamientos de la Sala Constitucional que obligan a la CCSS el suministro de determinados medicamentos, construcciones y tratamientos*** – y los efectos indirectos de políticas salariales externas a la CCSS, hacen necesario, que adicionalmente se consideren otros entornos, específicamente el judicial y el salarial. Esto, principalmente por la alta vulnerabilidad que muestran los ingresos y los gastos, ante cambios en esos entornos.

3.1. Entorno Económico.

Los cambios en el mercado laboral, así como la importante sensibilidad del gasto a variables tales como la inflación, tipo de cambio y otros, condicionan fuertemente las finanzas institucionales. A nivel macroeconómico, el surgimiento de la crisis financiera internacional – ***durante el 2008-2009*** – manifestó en nuestra economía los siguientes efectos:

- a. Tasas de variación negativas en la producción nacional, que durante el 2009 se materializaron en una recesión.
- b. Una reducción importante en las exportaciones.
- c. Una pérdida de dinamismo en la inversión y el consumo.
- d. Una reducción en las entradas de capital.

Como producto de estos signos surge un crecimiento en el desempleo – ***principalmente en ramas de actividad económica como la manufactura y la construcción*** – ocasionando que la Institución experimentó durante el 2009 una pérdida relativa de cobertura contributiva de los seguros sociales. Los efectos sobre la economía costarricense, producto de la desaceleración económica, restaron dinamismo a la contribución y por tanto a los ingresos por contribuciones de los seguros sociales, cuya magnitud en ese período se estima en cerca de 70 mil millones de colones. Esto a pesar de que se hicieron acciones de PRECIN y labores ordinarias y gestión cobratoria. En este caso de la aplicación de una política anticíclica y reservas estratégicas para enfrentar situaciones inusuales como ésta, permitieron un funcionamiento “normal” de la atención en salud. Ello no fue lo característico en ninguno de los sistemas de salud del hemisferio.

Aunque el entorno económico presenta la oportunidad de elevar la cobertura contributiva en períodos de crecimiento económico, siempre esta presente el riesgo de pérdida de dinamismo, ante el surgimiento de recesiones o de crecimiento económico, tal es el caso de la experimentado en el 2009, en donde a pesar las acciones efectuadas por la Gerencia Financiera en materia de afiliación –PRECIN y la bases ordinarias – así como a la eficiencia en la facturación, gestión cobratoria y reducción de la morosidad.

3.2. Entorno Judicial.

La autonomía institucional - ***establecida en la Carta Magna*** - faculta a la Caja Costarricense de Seguro Social para el diseño del perfil de beneficios y otros aspectos relacionados con la cobertura. Es obvio que tales aspectos deben ser congruentes con un principio de viabilidad y sostenibilidad financiera, según los cálculos actuariales. No obstante tal situación, reiterados fallos de la Sala Constitucional, en cuanto a la obligatoriedad institucional de suministrar determinados medicamentos y otras fuentes de fuertes egresos que afectan las finanzas del Seguro de Salud. Así mismo, cabe destacar que durante ese período, la Sala se pronunció sobre cerca de 100 casos de medicamentos, obligando a la Institución el suministro respectivo, con un costo para el Seguro de Salud de aproximadamente 1.5 millones de dólares. Adicionalmente, deben tomarse en cuenta los fallos o pronunciamientos emitidos, en temas de gran

impacto en el gasto, como lo es el tratamiento con medicamentos denominados “biológicos”, la tecnología para el tratamiento del cáncer con acelerador lineal y lo referente a la construcción de centros de salud penitenciarios.

Dados los efectos potenciales, de mediano y largo plazo, que sobre el gasto puede generar este proceso de judicialización, se hace necesario e imperativo evaluar desde diferentes perspectivas – *jurídica, financiera y actuarial, entre otras* – el impacto en las finanzas del Seguro de Salud.

3.3. Entorno Salarial.

Este aspecto se refiere básicamente a resoluciones en materia salarial – *relacionadas con la política de percentiles* - dictada por el Servicio Civil, y cuyo objetivo es que en el 2010 la remuneración el Gobierno Central logre ubicarse en el percentil 50. No obstante, en razón de las vinculaciones existentes en determinadas categorías ocupacionales que posee la Caja Costarricense de Seguro Social – *Enfermeras y profesional 2* – se ha provocado durante el 2009 y 2010, un fuerte impacto en la partida de servicios personales y por tanto en el gasto institucional. Esto, por cuanto a pesar de que los mayores salarios en el Gobierno Central e Instituciones Autónomas afectadas, genera mayores niveles de contribuciones, la erogación institucional por aumentos salariales es mayor, generando un efecto negativo. Al respecto, cabe señalar que durante el 2009, el costo estimado por la aplicación de esa política representó una erogación de aproximadamente 22 mil millones de colones, mientras que para el 2010 su costo se estima en 34 mil millones de colones. Tales montos son adicionales a los aumentos que corresponden por costo de vida.

Resulta incuestionable, que por su magnitud, tales disposiciones generan fuertes efectos en los gastos del Seguro de Salud, los cuales de continuar de manera sostenida comprometen la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud.

Estas dimensiones del entorno, en sí, constituyen elementos de riesgo, que por su magnitud y efectos potenciales se han convertido en factores que rigurosa y necesariamente deben ser considerados en todo análisis de sostenibilidad financiera; esto, a efecto de poder prever con suficiente anticipación y oportunidad, el surgimiento de eventuales desequilibrios.

IV. SITUACIÓN FINANCIERA ACTUAL.

Un análisis comprensivo de la situación financiera actual del Seguro de Salud, requiere de manera simultánea un abordaje desde tres enfoques: Flujo de Efectivo, Presupuestario y Actuarial. Esto, no solamente por un aspecto de integralidad en el análisis, sino también para tener mayor claridad sobre la naturaleza y objetivo de cada enfoque, y por tanto efectuar una correcta interpretación de los resultados. Aunque cada uno de ellos señala aspectos específicos sobre el desempeño financiero, el concepto de complementariedad de estos enfoques es sustancial en la identificación de los problemas y las soluciones. En tal sentido, la integralidad de las conclusiones y resultados de su aplicación, es quien nos proporciona la correcta comprensión del problema.

4.1 Flujo de Efectivo

El Flujo de Efectivo tiene como principal objetivo, proporcionar información acerca de los ingresos y pagos de efectivo, así como de las actividades de financiación e inversión de la empresa, entidad o institución. En tal sentido, este instrumento financiero está referido al registro de las entradas y salidas de efectivo que se efectúan en un período contable, independientemente de si las causas de ese pago o ingreso provienen de otros períodos. Por tal razón, el flujo refleja las estimaciones de las disponibilidades y liquidez que se espera enfrentar en un determinado período de tiempo. De ahí, que su utilidad en términos de medir la solvencia y evaluar la capacidad - *de la empresa o institución* - de cumplir con sus obligaciones y de generar las acciones que permitan concretar flujos de efectivo positivos en períodos futuros, es incuestionable.

Durante el año 2008 y 2009, así como para proyección estática y por ello incorrecta del 2010 - *que no permite inferir el resultado final del año* - los resultados fueron los siguientes:

Cuadro N° 2
Seguro de Salud
Flujo de Efectivo para el Período: 2008 - 2010
En millones de colones corrientes

CONCEPTO	2008	2009	Var % 2009-2008	2010	Var % 2010-2009
Ingresos:					
Recaudación Netas	510,016	583,974	14.5	715,241	22.5
Cuotas del Estado	194,754	245,672	26.1	289,093	17.7
Otros Ingresos	71,395	71,438	0.1	31,894	(55.4)
Venta Títulos	14,616	90,168	516.9	33,993	(62.3)
SUBTOTAL DE INGRESOS	790,781	991,252	25.4	1,070,220	8.0
Reservas de liquidez	68,672	98,024	42.7	116,202	18.5
TOTAL DE INGRESOS	859,453	1,089,276	26.7	1,186,422	8.9
Egresos					
Egresos Salariales	476,854	589,855	23.7	728,782	23.6
Proveedores y Otros Egresos	353,053	379,348	7.4	411,337	8.4
SUBTOTAL DE EGRESOS	829,908	969,202	16.8	1,140,119	17.6
Reserva de liquidez	58,043	101,812	75.4	129,488	27.2
TOTAL DE EGRESOS	887,951	1,071,015	20.6	1,269,607	18.5
Diferencia Ingresos – Egresos	-28,497	18,261	--	(83185)	--
Saldo Inicial	40,130	11,633	(71.5)	29,894	157.0
Saldo Final de Caja	¢11,633	¢29,894	157.0	(53,291)	--

Fuente: Departamento de Tesorería.

Pese a que durante el año 2009 los ingresos no mantuvieron el ritmo de crecimiento esperado, debido a la crisis financiera mundial, las gestiones realizadas ante los diversos ministerios involucrados en el pago de las cuotas estatales a la CCSS, venta de títulos así como a otros esfuerzos en la administración de pagos, se logró finalizar el año 2009 con un saldo final de caja positivo. Así mismo, es necesario reiterar el comportamiento atípico en el gasto, explicado por los efectos del entorno judicial y salarial, así como por la presencia de la pandemia AH1N1.

En cuanto al 2010, los flujos proyectados por el Departamento de Tesorería de la Dirección Financiero Contable, muestran una situación desfavorable. Por el lado de los ingresos, de la proyección se desprende que mientras la recaudación neta crece de 14.5% en el 2009 a 19.6% en el 2010, las cuotas del Estado se reducen de 26.1% a 17.2% en el mismo período, así como el rubro de otros ingresos, los cuales caen a menos del 50% de lo percibido en el 2009. Esto, unido a la disminución en la venta de títulos, explican – principalmente – que la tasa de crecimiento de los ingresos, para el 2010 se proyecte en 8.9%, en contraste con el 26.7% mostrando en el 2009. Por otra parte, en lo concerniente a los gastos, las proyecciones manifiestan un incremento de 18.5%, el cual

es ligeramente inferior al 20.6% experimentado en el 2009, presentándose una tasa de variación prácticamente constante en el rubro de salarios respecto a la mostrada en el 2009, o sea 23.7%. Con tales proyecciones el Departamento de Tesorería concluye en un saldo final negativo.

Sobre esos resultados, resulta pertinente señalar que este flujo de efectivo se sustenta en un análisis estático, que reproduce las condiciones vigentes al momento de la proyección, sin posibilidad de mostrar escenarios que en el corto plazo permitan reflejar diferentes comportamientos en el gasto y los ingresos. Al respecto, cabe señalar por el lado de los ingresos el comportamiento tan positivo que ha mostrado la cobertura y recaudación durante el primer trimestre sin crisis económica, en donde en marzo del 2010 esta última refleja un crecimiento absoluto de 9 mil millones de colones en ambos seguros, correspondiendo al Seguro de Salud, 6 mil millones. Eso podría representar al final de año alrededor de 60 mil millones de colones adicionales, no contemplados en el flujo. Además, tampoco se contempla la posibilidad de pago del programa de asegurados por cuenta del Estado - ***aproximadamente 50 mil millones de colones*** - e incorporación del faltante en la cuota complementaria de trabajadores independientes, por cerca de 12 mil millones adicionales. Con esta visión dinámica, el resultado sería un saldo final positivo del orden de los 69 mil millones de colones.

Por la vertiente del gasto es posible considerar escenarios con acciones de control de gasto - ***límites presupuestarios*** - principalmente en el rubro de servicios personales y en específico en el tema de tiempo extraordinario, el cual en la actualidad representa alrededor de 90 mil millones de colones - ***12% del total de servicios personales*** - y que mediante una política salarial es posible considerar una reducción relativa gradual.

La incorporación de estas observaciones, aún y cuando solo sean las que se refieren a los ingresos, permitirían mostrar resultados positivos y radicalmente diferentes en el flujo de efectivo.

4.2 Presupuestario

El presupuesto, como instrumento financiero representa una asignación de los recursos estimados para un determinado ejercicio, según los diferentes rubros de ingreso y partidas de gasto. En tal sentido, los informes de liquidación presupuestaria reflejan al final del período, los resultados de gasto efectivamente ejecutado, así como los ingresos realmente percibidos.

Desde un punto de vista formal, este instrumento, cuya ejecución tiene como punto de partida el inicio del año, se sustenta en una serie de principios, dentro de los cuales sobresale la programación, flexibilidad y el equilibrio, siendo que el primero de ellos debe contener el conjunto de acciones necesarias para alcanzar determinados objetivos con los recursos disponibles en el período, mientras que el segundo está referido, a que bajo ninguna circunstancia el ***Presupuesto*** debe interpretarse como una autorización incondicional de los recursos a las diferentes unidades ejecutoras, y que por tanto deben gastar todo lo asignado. Por último, el principio de equilibrio - ***en esencia*** - representa un resultado financiero, cuya valoración debe efectuarse en el marco del cumplimiento de los objetivos que se adopten, de la técnica que se utilice en la combinación de factores para la producción de bienes y servicios, de las políticas salariales y del entorno económico.

En el caso particular del los ejercicios 2008 y 2009, los resultados derivados de la liquidación presupuestaria, así como lo programado para el 2010, se presentan en el cuadro N° 1.

Cuadro N° 1
Seguro de Salud
Presupuesto de Ingresos y Gastos en efectivo, para el Período 2008 – 2010
En millones de colones corrientes

Detalle	Período		Var. 2009/2008	Período Proyectado	Var. 2010/2009
	2008	2009	%	2010	%
INGRESOS TOTALES	884,287	1,107,944	25.3	1,224,127	10.5
Ingresos Corrientes	795,689	967,874	21.6	1,100,166	13.7
<i>Ingresos Tributarios</i>	708,373	818,055	15.6	985,404	20.5
<i>Ingresos No Tributarios</i>	43,503	52,900	21.6	55,913	5.7
<i>Transferencias Corrientes</i>	43,813	96,919	121.2	58,849	(39.2)
Ingresos de Capital	17,791	87,905	394.1	29,952	(65.9)
Financiamiento	70,807	52,165	-26.3	94,008	80.2
EGRESOS TOTALES	847,177	1,013,840	19.7	1,224,127	20.7
Remuneraciones	509,705	645,846	26.7	770,719	19.3
Servicios	73,618	83,878	13.9	107,604	28.3
Materiales y Suministros	156,433	148,433	-5.1	189,420	27.6
<i>Productos farma y Medic</i>	80,370	71,716	-10.8	82,726	15.4
<i>Otros Mat. y Suminist.</i>	76,063	76,717	0.9	106,694	39.1
Intereses y Comisiones	1,355	1,967	42.2	1,830	(7.0)
Activos Financieros	191	59	(69.1)	55	(6.8)
Bienes Duraderos	51,741	63,833	23.4	49,609	-22.3
Transferencias Corrientes	49,150	65,497	33.3	60,939	-7.0
Amortización	4,984	4,327	-13.2	5,994	38.5
Cuentas Especiales	0	0	---	37.957	---

Fuente: Dirección de Presupuesto.

Considerando que en su proyección, el presupuesto se alimenta del flujo de efectivo, los señalamientos realizados en el ítem anterior afectarían este presupuesto para el 2010, lo cual significa que bajo las condiciones favorables señaladas con anterioridad – aseguramiento, recaudación, control de gasto - los resultados del presupuesto variarían en sentido positivo. Nuevamente cabe reiterar el comportamiento que en materia de aseguramiento se ha venido manifestando en el primer trimestre del presente año, por lo que es posible esperar un mejoramiento en los resultados financieros. Esto, considerando que los ingresos tributarios responden de manera directa a la reactivación económica que actualmente se experimenta.

4.3 Actuarial

Aunque el análisis actuarial, constituye una metodología más de mediano y largo plazo, es importante acotar que la interpretación de los resultados difiere de la existente en los instrumentos anteriores, por cuanto la naturaleza de este enfoque – en lo que respecta a los ingresos de períodos transcurridos - está fundamentada en la existencia reglamentaria

de las fuentes de ingreso¹², mientras que el gasto tiene su sustento en los estados financieros. Son precisamente estos desfases en la percepción de los ingresos –en algunos casos explicados por la necesaria espera de la liquidación y documentación de la deuda estatal– los que en el corto plazo explican las diferencias en los resultados, respecto a los otros enfoques.

4.3.1 Ingresos

No obstante en los últimos años, la evolución de los ingresos ha mostrado un comportamiento satisfactorio, deben reconocerse los efectos coyunturales que durante el período 2008 – 2009, han afectado el dinamismo que en forma sostenida venía mostrándose, según lo refleja el Cuadro N° 3.

Cuadro N° 3
Seguro de Salud
Ingresos Reglamentarios: 2000-2009
- En Millones de Colones -

AÑO	Ingresos Reglamentarios	Tasa Variación %
2000	259,614.0	---
2001	299,095.1	15.2
2002	345,350.2	15.5
2003	381,220.2	10.4
2004	494,843.4	29.8
2005	530,417.7	7.2
2006	722,999.5	36.3
2007	765,201.3	5.8
2008	948,195.9	23.9
2009	1,113,918.2	17.5
Promedio		17.6

Fuente: Dirección Actuarial.

Cabe destacar que durante ese período los ingresos han venido creciendo a una tasa promedio anual de 17.6%, y que los importantes niveles de contribución, que se presentan durante el 2006 y el 2008, se explican básicamente por los significativos niveles de cobertura contributiva alcanzados en esos períodos, según se muestra en el cuadro N° 4, presentado más adelante.

¹² *Los ingresos reglamentarios están referidos a aquellos que por ley o reglamento deben ingresar al Seguro de Salud. En tal sentido, la diferencia entre ingresos reglamentarios y efectivos está explicada fundamentalmente por determinadas obligaciones estatales no percibidas en el período correspondiente.*

Tal como lo señalan los apartados anteriores, en la generación de ingresos es de particular importancia el comportamiento del empleo y consecuentemente la cobertura contributiva, dado que cerca del 94% de los ingresos efectivos están explicados por las contribuciones derivadas de los asalariados, trabajadores independientes, asegurados voluntarios y pensionados. Considerando esta situación, se consideró útil, como medida de sensibilidad, plantear una elasticidad del empleo respecto a la producción, así como de los ingresos del Seguro de Salud respecto de la cobertura, a efecto de darle seguimiento. Sobre esa línea, se calcularon los siguientes coeficientes promedio para el período 2001 – 2008.

$$\delta_{\frac{PEAO}{PIBR}} = \frac{\frac{PEAO_{08} - PEAO_{01}}{PEAO_{08} + PEAO_{01}}}{\frac{PIBR_{08} - PIBR_{01}}{PIBR_{08} + PIBR_{01}}} = 0.64$$

δ = Elasticidad de la PEA respecto al PIB.

PEAO = Población Económicamente Activa Ocupada.

PIBR = Producto Interno Bruto Real

Este valor indica que por cada 1% que se incremente el PIB real, en promedio el empleo aumenta 0.64%.

$$\delta_{\frac{I}{C}} = \frac{\frac{I_{08} - I_{01}}{I_{08} + I_{01}}}{\frac{C_{08} - C_{01}}{C_{08} + C_{01}}} = 1.98$$

δ_{IC} = Elasticidad de los ingresos por contribuciones, respecto a la cobertura.

I = Ingreso por contribuciones

C = Cobertura

Este valor indica que por cada 1% que incremente la cobertura, los ingresos reglamentarios en promedio, y en términos reales, aumentan 1.98%.

En el afán de aprovechar ese vínculo entre el comportamiento del PIB, la PEA Ocupada, la cobertura y los ingresos del Seguro de Salud, la técnica econométrica proporciona

elementos complementarios para valorar el efecto del crecimiento económico sobre tales ingresos. Al respecto, y a partir de proyecciones del PIB real elaboradas por el BCCR, FMI y CEPAL para el período 2009-2010, se obtienen las siguientes proyecciones de ingresos por contribuciones; obviamente sin incluir las poblaciones cotizantes inactivas, tales como pensionados, rentistas y asegurados voluntarios. A pesar de este señalamiento la importancia de esas proyecciones radica en que permite contar con información complementaria sobre lo esperable en la evolución de las contribuciones de la PEA ocupada cotizante.

CUADRO N° 4
Proyecciones de Contribuciones sustentadas en el Comportamiento
del PIB Real para el Año 2009 y 2010
Cifras en millones de colones

	Proyecciones				
	BCCR		FMI		CEPAL
	2009	2010	2009	2010	2009
Servicios	306.806,8	336.061,2	314.303,6	339.610,3	301.362,8
Comercio al por mayor y al por menor, restaurantes y hoteles	89.685,3	96.315,8	92.109,0	97.516,3	87.926,9
Industrias manufactureras	94.117,2	100.937,2	95.887,3	101.823,1	92.823,9
Agricultura, silvicultura, caza y pesca	63.552,7	70.116,7	65.790,9	71.276,3	61.940,0
Establecimientos financieros seguros	83.740,4	98.787,1	86.477,8	100.184,5	81.767,6
Transportes, almacenamiento y comunicaciones	41.450,5	45.070,4	41.874,0	45.273,4	41.139,2
Construcción	26.960,7	29.104,2	27.352,0	29.299,9	26.673,9
Explotación de minas y de canteras	1.856,3	1.987,5	1.880,3	1.999,2	1.838,8
Electricidad y agua	4.972,4	5.289,5	5.032,0	5.317,6	4.928,5
INGRESOS POR CUOTAS	713.142,2	783.669,8	730.706,9	792.300,3	700.401,5

Fuente: Elaboración propia.

Pese a que la actual situación obliga a mantener reservas en la elaboración de proyecciones, la existencia de una estrecha relación entre crecimiento económico e ingresos por cuotas del Seguro de Salud, inducen la necesidad de incursionar en tales proyecciones, haciendo la salvedad de que por la complejidad de las proyecciones del PIB, el modelo muestra buena predicción en proyecciones de muy corto plazo. De ahí que debe tomarse como un mecanismo complementario de proyección al modelo financiero, descrito anteriormente en la formulación. Vale recordar que en la última crisis financiera internacional - durante los años 2001 y 2002 - el crecimiento del PIB real de Costa Rica fue de apenas 1,8% y 1,9% respectivamente, lo que coincidió con una variación real de los ingresos por cuotas del Seguro de Salud de -5,4% y 1,4%, en forma respectiva.

Aún y cuando los efectos de la crisis en el 2009, se han manifestado en forma significativa sobre el empleo – pérdida de 35 mil empleos en la empresa privada en el período octubre 2008 a octubre 2009 – deben reconocerse los esfuerzos que en materia de cobertura ha efectuado la Institución, el cual unido al crecimiento del empleo en el sector público – aproximadamente 6 mil empleos – representó un mecanismo amortiguador en la pérdida de cobertura, la que en términos absolutos se redujo en cerca de 3 mil afiliados. No obstante tales resultados, es menester

reconocer los logros que en materia de cobertura se han alcanzado durante los últimos cuatros años, en donde la cobertura ha experimentado un crecimiento de prácticamente 10 puntos porcentuales, respecto a la Población Económicamente Activa, según lo refleja el cuadro N° 5.

Cuadro N° 5
Seguro de Salud
Cobertura Contributiva a diciembre de cada año
Período: 2001 – 2009

Año	Trabajadores Asegurados	Cobertura Sobre PEA %
2001	927,806	54.2
2002	631,790	52.5
2003	954,280	52.2
2004	1,003,575	53.4
2005	1,061,683	55.0
2006	1,176,627	59.5
2007	1,298,209	63.7
2008	1,373,190	65.7
2009	1,389,330	65.0

Fuente: Dirección Actuarial.

En esquemas contributivos de seguridad social, como los seguros sociales que administra la Institución, el éxito en la evolución de la cobertura es el resultado del crecimiento económico y las acciones internas de afiliación. En tal sentido, es preciso indicar que si bien en los últimos años – a excepción del 2009 – el desempeño económico ha mostrado un comportamiento satisfactorio, la presencia simultánea de programas como el PRECIN y la labor ordinaria de afiliación ha sido determinante, tanto así que durante el 2008 y 2009, se contabilizó por esas acciones el aseguramiento de 103 mil y 107 mil nuevos trabajadores.

4.3.2 Egresos

En materia de egresos, la evolución mostrada, refleja un mayor dinamismo, explicado tanto por elementos exógenos como endógenos. Dentro de los primeros es posible citar los efectos del cambio demográfico, epidemiológico y tecnológico, mientras que a nivel endógeno destacan los mayores niveles de inversión en infraestructura, equipo y recurso humano. Los resultados generales de esta evolución se muestran en el cuadro N°6.

Cuadro N° 6
Seguro de Salud
Egresos: 2000 - 2009
- En Millones de Colones -

Año	Gastos	Variación %
2000	213,539.3	---
2001	270,038.8	26.46
2002	303,535.5	12.40
2003	357,179.8	17.67
2004	407,952.6	14.21
2005	475,944.1	16.67
2006	568,384.9	19.42
2007	695,947.1	22.44
2008	840,183.9	20.73
2009	1,031,963.6	26.35
Promedio		19.1

Fuente: Dirección Actuarial.

Dentro de las tasas de crecimiento de mayor magnitud se encuentra la experimentada en el 2001 y el 2009, periodos que coinciden con la presencia de crisis financieras internacionales, reflejando el efecto que ese entorno económico ejerce sobre el gasto y consecuentemente sobre la tasa promedio de crecimiento.

4.3.3 Diferencia Ingresos - Egresos

A pesar de los efectos adversos que durante el período 2008-2009, causó la coyuntura externa, es importante señalar que bajo el enfoque actuarial la razón de sostenibilidad financiera, $(I-E) / I$, aunque se disminuyó sensiblemente, mantuvo un valor positivo, según lo muestra el cuadro N° 7.

Cuadro N° 7
Ingresos, Gastos y la Razón d Sostenibilidad Financiera
Durante el Período 2000-2009
- En Millones de Colones –

Año	Ingresos Reglamentarios (I)	Egresos (E)	Relación (I-E) / I %
2000	259,614.0	213,539.3	17.7%
2001	299,095.1	270,038.8	9.7%
2002	345,350.2	303,535.5	12.1%
2003	381,220.2	357,179.8	6.3%
2004	494,843.4	407,952.6	17.6%
2005	530,417.7	475,944.1	10.3%
2006	722,999.5	568,384.9	21.4%
2007	765,201.3	695,947.1	9.1%
2008	948,195.9	840,183.9	11.4%
2009 1/	1,113,918.2	1,031,963.6	7.4%

1/ Dato preliminar

Fuente: Análisis Técnico, Dirección Actuarial, CCSS.

La importancia de los valores positivos en la razón $(I - E) / I$, como indicador de sostenibilidad financiera, radica en el concepto mismo, el cual indica la proporción relativa del superávit financiero respecto al ingreso, o sea, en cuanto superan relativamente los ingresos a los egresos. De ahí la importancia de la generación continua y sostenida de valores positivos en esa razón.

Es precisamente esa razón positiva lo realmente sustantivo en el período referido, aún y cuando - en promedio durante el período 2001 – 2009 - la tasa de crecimiento de los egresos (19.1%) se ha manifestado ligeramente superior a la de los ingresos (17.6%), aspecto que no ha incidido de manera importante en la razón de sostenibilidad financiera, salvo en períodos específicos – 2001, 2003 y 2009- en que la baja en la razón puede ser asociada a la presencia de crisis financieras internacionales, que han impulsado el gasto de manera importante, según se muestra en el cuadro N° 8.

Cuadro N° 8
Seguro de Salud
Tasa de Crecimiento de Egresos, Ingresos e Inflación
Según Año: 2001- 2009

Año	Tasa Crecimiento. Ingresos Reglamentarios %	Tasa Crecimiento Egresos %	Tasa de Inflación %
2001	15.21	26.46	10.95
2002	15.47	12.40	9.69
2003	10.39	17.67	9.87
2004	29.81	14.21	13.13
2005	7.19	16.67	14.08
2006	36.31	19.42	9.43
2007	5.84	22.44	10.81
2008	23.91	20.73	13.90
2009	17.48	26.35	4.05
Promedio	17.57	19.13	10.62

Fuente: Dirección Actuarial.

Adicionalmente, es oportuno señalar dos razones por las cuales en esas crisis no se han generado efectos mayores en la razón de sostenibilidad; primero porque la base de los ingresos es mayor que la de los egresos y segundo porque no es de modo sostenido que los egresos han crecido en mayor medida, sino básicamente en ciertos períodos.

Aún y cuando, en el corto plazo – prioritariamente - han existido aspectos de carácter coyuntural que inciden directamente sobre la tasa de crecimiento de los gastos, produciendo efectos adversos en las finanzas del Seguro de Salud; debe reconocerse la presencia de riesgos generados por el entorno que en el mediano y largo plazo pueden comprometer la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud.

Es claro que los diferentes enfoques son coincidentes en reflejar en el corto plazo una afectación de la situación financiera, ya que en los tres son comunes los efectos del entorno en sus diferentes dimensiones. Adicionalmente, cabe destacar la particularidad del 2009, período en el cual se conjugaron una serie de coyunturas adicionales a las indicadas en el apartado del entorno, y que inciden en los resultados financieros, indistintamente del enfoque utilizado, tal es el caso de:

La atención de la influenza AH1N1, - en términos de tiempo extraordinario, medicamentos y pago de subsidios – el cual se estima en aproximadamente 13 mil millones de colones.

Durante el 2010 se presenta el pago de una planilla adicional, evento que ocurre cada 10 años y que debe depositarse en los últimos días de diciembre de 2009, el cual tiene un costo de 19 mil millones de colones.

Por último, y referido al tema de la inversión en infraestructura y equipo, debe tenerse presente que durante el 2009 el gasto institucional con aporte local ascendió a cerca de 30 mil millones de colones, mientras que en el 2008 ascendió a 14,171 millones de colones.

No obstante tales hechos, es menester reiterar la diferencia en la naturaleza y objetivos de cada uno de los enfoques, previo a la obtención de conclusiones. Al respecto, y dado el propósito del presente documento – análisis de la sostenibilidad financiera - el énfasis se concentra en el enfoque actuarial, en dónde lo sustancial, más allá de los flujos, es la estructura financiera y su consistencia, reflejada en la razón de sostenibilidad financiera, o sea, la solidez de los ingresos reglamentarios frente al comportamiento y tendencias del gasto. En esa línea de análisis, la disciplina actuarial como enfoque de mediano y largo plazo, tiene como punto de partida la formulación del equilibrio, a partir de la naturaleza de las variables que determinan el gasto, así como las primas requeridas en el componente contributivo y las obligaciones estatales en su condición solidaria y subsidiaria. Además, y más allá de la parametrización de esos elementos y de la incidencia del entorno en sus diferentes dimensiones, el abordaje actuarial supone la existencia de eficiencia en la gestión de ingresos y gastos. Esta caracterización del enfoque actuarial plantea diferencias sustanciales respecto a los otros enfoques, y que por tanto lo tipifican como idóneo en el análisis de la sostenibilidad financiera de seguros sociales.

En esa línea, es oportuno apuntar el rol que desempeñan las obligaciones estatales, y que su incorporación regular en el enfoque actuarial, específicamente lo relacionado con el costo del Programa de Asegurados por Cuenta del Estado, explica la diferencia en los resultados respecto al flujo de efectivo y al enfoque presupuestario. Cabe destacar, que el rezago que muestra la transferencia de los recursos para financiar ese programa, obedece a la existencia de una política pública que previo a su pago o aceptación de deuda, requiere a posteriori la verificación del aseguramiento otorgado.

No obstante la existencia de ese rezago, el sustento actuarial - como enfoque de mediano y largo plazo – descansa en la suficiencia de los ingresos reglamentarios, para financiar el perfil de beneficios vigente. De ahí, que por las características propias del Seguro de Salud, en cuanto a la conformación estructural de sus ingresos – contribuciones y financiamiento estatal de protección de programas específicos, a cargo del Estado - se desprende la conveniencia de utilización del enfoque actuarial, al abordar el tema de la sostenibilidad financiera.

Es precisamente tal situación, y bajo una perspectiva actuarial, la que pretende recoger el modelo formulado en el segundo apartado, y que se desarrolla en el siguiente ítem.

V. PERSPECTIVAS

Ante este panorama, resulta fundamental acentuar los esfuerzos dirigidos a la eficiencia en la gestión de ingresos y gastos, de modo que resulte posible continuar manteniendo en el mediano y largo plazo, una relación de sostenibilidad $(I-E) / I$, positiva. Es precisamente con esa idea que en el presente apartado se aborda el tema de las proyecciones a 15 años, bajo diferentes escenarios.

5.1 Modelo Financiero

Es importante indicar que independientemente de que los seguros de salud públicos – actuarialmente – se enmarquen en sistemas financieros de reparto puro, el diseño de modelos y la incorporación de escenarios financieros, permiten la generación de proyecciones de mediano y largo plazo, las cuales sin duda alguna constituye una herramienta fundamental en la búsqueda y garantía permanente de la sostenibilidad financiera. Sobre esa línea argumental, se considera oportuno plantear tres escenarios, tanto por el lado de los ingresos como por el lado de los gastos, lo que desde una perspectiva financiera, permite generar nueve posibles escenarios.

Cabe señalar, que dados los retos establecidos, éstos mantienen entre sí una gran cantidad de aspectos comunes, que se consideran medulares y necesarios para la búsqueda permanente del mejoramiento en el servicio, según se ha incorporado ampliamente en el documento: “ UNA CCSS RENOVADA HACIA EL 2025 ”. En concreto, por el lado de los ingresos, las diferencias entre escenarios se circunscriben a: la evolución en la cobertura contributiva y el crecimiento del salario promedio, mientras que por la vertiente del gasto la diferencia en los supuestos se remite básicamente la tasa de crecimiento en el rubro de servicios personales, número de nuevas plazas y composición en el gasto en infraestructura.

Tomando en cuenta tales aspectos, la enunciación general de los escenarios es la siguiente:

5.1.1 Escenario N° 1:

Este escenario se encuentra caracterizado por la presencia sostenida de elementos que afectan negativamente la evolución de los ingresos y de igual manera impulsan o aceleran el gasto, lo que lo tipifica como un escenario pesimista. En esa línea este escenario debe interpretarse como aquel en que la gestión de ingresos y gastos no

manifiesta un nivel de eficiencia adecuado. Así mismo, supone que a nivel del entorno se experimenta normalidad.

5.1.2 Escenario N° 2:

En este escenario se mantiene la dinámica de ingresos y gastos, bajo un ambiente de normalidad, en la evolución del entorno, y de un nivel adecuado de control, o sea se trata de un escenario base. De ahí, que la eficiencia en la gestión de ingresos y gastos se mantiene en niveles satisfactorios a mediano plazo.

5.1.3 Escenario N° 3:

La situación representada en esta construcción, es equivalente a un escenario optimista, cuyos principales supuestos en materia de ingresos y egresos son muy favorables a los intereses institucionales. Esto significa que los grados de eficiencia alcanzados en la gestión de los ingresos y los gastos son ampliamente satisfactorios, conjuntamente con un nivel de estabilidad en el entorno.

De manera explícita la parametrización completa de estos escenarios, se muestra en el Anexo N° 2, sin embargo en la siguiente tabla se presenta los parámetros que diferencian cada uno de los escenarios.

Tabla N° 1
Enunciación de Parámetros, Según Escenario Años: 2011 – 2025 1/

PARAMETRO	BAJO	BASE	ALTO
1 - INGRESOS			
I - Ingresos por contribuciones			
- Crecimiento promedio masa cotizante	2.9%	3.9%	4.9%
- Incremento promedio anual cobertura PEA	0.6%	0.9%	1.2%
2 - EGRESOS			
I - Creación de plazas nuevas			
- Médico especialista	200	200	200
- Reforzamiento en plazas en los tres niveles de atención	1,800	2,400	3,050
- Crecimiento de nuevas plazas por nueva infraestructura	354	354	354
II - Servicios personales			
- Incremento promedio anual salario base	4.2%	3.3%	2.8%
-			
- Monto construc. y equip. financiadas con ingresos ctes. (promedio anual)	4.5%	3.5%	2.5%
- Monto construcciones financiadas con fideicomiso (promedio anual)	3.5%	4.5%	5.5%

1/El 2010 corresponde a lo establecido en el Presupuesto

Fuente: Dirección Actuarial.

Con fundamento en esos supuestos, y empleando el modelo de proyección financiera, los resultados obtenidos con la relación de Excedente de Ingresos sobre Egresos, Respecto a los Ingresos: $(I-E) / I$, son los que muestra la tabla N° 2.

Tabla N° 2
Seguro de Salud
Proyección de la Razón de Sostenibilidad Financiera
(I-E) / I, por Año: 2010 – 2025

Año	Razón de Sostenibilidad Financiera %		
	Escenario Ingreso Base Egreso Pesimista	Escenario Ingreso Base Egreso Base	Escenario Ingreso Optimista Egreso Base
2010	1.12	1.12	1.12
2011	0.14	0.34	0.34
2012	1.09	0.77	3.91
2013	1.77	1.46	5.63
2014	1.94	1.58	6.81
2015	0.54	1.91	8.18
2016	(0.77)	3.20	10.40
2017	(1.85)	4.17	12.30
2018	(2.15)	4.97	14.02
2019	(3.97)	4.86	14.91
2020	(4.81)	5.07	16.07
2021	(8.71)	1.87	14.27
2022	(5.68)	5.02	17.97
2023	(7.06)	4.46	18.46
2024	(8.63)	3.75	18.82
2025	(12.89)	0.94	17.43

Fuente: Cuadro N° 1 y N° 2 del anexo.

El punto de partida de estos escenarios – 2010 – está sustentado en las proyecciones contenidas en el presupuesto institucional elaborado por la Dirección de Presupuesto. Así mismo, es pertinente indicar que estos resultados deben interpretarse como referentes circunscritos a determinadas hipótesis, y en esa medida indican la importancia de orientar las acciones y políticas hacia la eficiencia en la gestión de los ingresos y gastos.

Bajo ese marco, las proyecciones reflejan que bajo las condiciones actuales – crecimiento económico del 3% o 4%, gestión de PRECIN, control de la morosidad - la razón de sostenibilidad financiera se mantiene positiva todo el periodo de proyección, mientras que bajo condiciones más optimistas en cuanto a la existencia de crecimiento económico del 5% o 6% anual y las acciones anteriormente apuntadas, así como mayor control en la gestión de gasto – principalmente en servicios personales - en las diferentes unidades, permiten garantizar no solamente una razón de sostenibilidad financiera positiva durante todo el período de proyección, sino en proporciones significativamente importantes.

En cuanto al escenario pesimista resulta evidente que los resultados negativos, aparecen con una relativa prontitud, 2016; no obstante, debe rescatarse que existe la obligación institucional de que en los próximos años, al menos se transite bajo los

lineamientos que enuncia el escenario base, los cuales básicamente se circunscriben a un crecimiento relativo en la cobertura y a la implementación de acciones de control de gasto, específicamente sobre el rubro de servicios personales. Sobre esa línea argumental es importante considerar la gestión en el tiempo extraordinario, disponibilidad y prudencia en los aumentos salariales que afecten la solidez del Seguro. Esto, como siempre, ha sido un reto constante y su resolución a corto y largo plazo será fruto del diálogo entre los actores de la Caja.

VI. CONCLUSIONES

La sostenibilidad financiera es un concepto referido al equilibrio entre ingresos y egresos, a través del tiempo, en donde el diseño de la estructura genética de los ingresos descansa en dos grandes columnas: Contribuciones y aportes estatales. La clara comprensión de esta estructura es fundamental, no solo para la definición del perfil de beneficios, sino para identificar la presencia de riesgos asociados a la sostenibilidad financiera, y las posibles vías de solución. La aplicación específica de ese concepto en el Seguro de Salud, se resume de la siguiente manera:

$$\mathbf{I} = \mathbf{E}$$

$$I = \Pi_1 M_S + \Pi_2 M_p + \Pi_3 M_i + \Pi_4 EP + O$$

Esta formulación o definición de los componentes del esquema de ingresos en el Seguro de Salud, plantea de entrada importantes elementos a considerar, tal es el caso de la existencia de programas específicos con cargo al Estado (A.E.P.E), cuyo aporte forma parte del flujo de ingresos ; pero que en razón de la existencia de una política pública no son recibidos por la CCSS en el período correspondiente, lo que establece una diferencia fundamental entre los enfoques - Presupuestario, Flujo de Efectivo y Actuarial - elemento que debe tenerse presente en las interpretaciones que se efectúen.

Concretamente los riesgos intrínsecos en esa estructura genética de los ingresos, en el pasado reciente han sido mitigados mediante acciones más agresivas de cobertura, mayor eficiencia en la facturación y control de la morosidad; aspectos que se materializan en mayor recaudación. Sobre tales acciones es importante señalar que en materia de cobertura, ya se alcanzó un nivel de 66.4% de la PEA –similar al existente antes de la crisis – mientras que en materia de recaudación el indicador de morosidad respecto a la facturación se ubica en menos de 0.7%. Por otra parte, en cuanto al aporte estatal por concepto de aseguramiento de la población indigente, cabe señalar que una vez que se tome el ritmo, en cada año debe percibirse lo del año trasanterior.

La incorporación de los diferentes enfoques en el presente estudio de sostenibilidad

financiera, tiene como principal objetivo efectuar un abordaje integral de la situación financiera del Seguro de Salud, de modo que desde una perspectiva conceptual, permita dimensionar de manera correcta y prudente los resultados obtenidos. En tal sentido, la interpretación de los mismos debe ser enmarcada en la naturaleza y propósitos propios de cada uno de los enfoques. Específicamente, las proyecciones realizadas por el Departamento de Tesorería respecto al flujo de efectivo indican insuficiencia de liquidez en el presente año; sin embargo debe entenderse que tal condición no es generada por un desequilibrio actuarial, sino – principalmente - por eventos coyunturales ubicados en las diferentes dimensiones del entorno, aspecto que debe ser considerado por este enfoque, mediante la consideración de escenarios.

Al respecto, el tema actuarial está más relacionado con la estructura del financiamiento – fuentes de ingresos reglamentariamente establecidas - y su consistencia con el perfil de beneficios, reflejándose cuantitativamente en la razón de sostenibilidad: $(I-E) / I$. Tal situación establece una diferencia determinante, en relación al flujo de efectivo, ya que mientras éste último proyecta problemas de liquidez por el no ingreso de determinados recursos – Costo Programa de Asegurados por Cuenta del Estado, Costo del Programa Código de la Niñez y la Adolescencia, etc - en el análisis actuarial si se incorporan y por tanto no manifiesta desequilibrio en el período 2010.

Por los aspectos anteriores, el análisis de sostenibilidad financiera de corto, mediano y largo plazo necesariamente debe enfrentarse desde una perspectiva estrictamente actuarial. De ahí, la mayor preponderancia de este enfoque en el análisis efectuado en el presente documento, principalmente en el tema de las proyecciones.

Resultan innegables los efectos perversos que la crisis financiera internacional, generó en la producción y el empleo de los diferentes países, incluyendo las economías emergentes. Aún y cuando, en el caso particular de nuestro país también se experimentó una recesión económica, el plan escudo y la puesta en práctica de acciones anticíclicas – inversión, construcciones en el Sector Público, etc - permitieron atenuar su impacto, y los efectos no alcanzaron las dimensiones de otros países. Similarmente, la CCSS logró paliar lo más agudo de la crisis – de agosto 2008 a setiembre 2009 – contribuyendo con esos mecanismos anticíclicos y acciones de ampliación de cobertura. Incuestionablemente el surgimiento de crisis internacionales y su impacto en nuestra economía, es un factor de riesgo que necesariamente debe ser considerado, comprendido y ubicado en su verdadera dimensión, al efectuar el análisis de sostenibilidad financiera.

Es clara la existencia de riesgos asociados a aspectos totalmente exógenos, y que durante los últimos años se han hecho sentir con relativa intensidad. Tal es el caso de:

Entorno Económico: En el futuro inmediato los riesgos ligados al entorno económico se relacionan con una lenta reactivación, una segunda recesión, o bien que se presente una reactivación, pero que esta sea con cierto nivel de rezago, como sucede

con Estados Unidos.

Entorno Judicial: El proceso de judicialización de las cuestiones médicas y clínicas - independientemente de lo que señalen los paneles de especialistas - es un elemento que la Institución viene experimentando desde hace varios años, y que potencialmente puede convertirse en un importante desestabilizador financiero y por tanto comprometer la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud.

Entorno Salarial: Durante los dos últimos años el Poder Ejecutivo ha adoptado una serie de decisiones en materia salarial - Política del percentil 50 - que aunque no representan un gran costo en su planilla, sus efectos indirectos sobre la CCSS han mostrado un serio impacto. Esto, principalmente por el nexo existente entre el profesional en enfermería y el profesional 2, cuya resoluciones hacen que los aumentos decretados a las enfermeras arrastren a toda la serie profesional existente en la CCSS. Sobre tal punto, debe indicarse que independientemente de la importancia de mejorar la remuneración de los empleados, y mantener un nivel aceptable de competitividad, el impacto financiero de manera reiterativa es preocupante.

Es claro que los efectos de estos entornos constituyen un factor de riesgo que afecta directamente la estructura genética que sustenta financieramente el Seguro de Salud, y que eventualmente pueden manifestarse en menores ingresos por contribución y aportes, lo que conjuntamente con el surgimiento de gastos no programados, incidirían en el desempeño financiero.

Por la incidencia que han mostrado en el gasto institucional la política de percentiles implementada por el Servicio Civil - 22 mil millones en el 2009 y 34 mil millones de colones en el 2010 - así como lo referente al pronunciamiento de la Sala IV, relacionado con la vacunación - 10 millones de dólares - y los demás factores de riesgo introducidos por el entorno, es necesario identificar líneas de acción que permitan hacer sostenible el Seguro de Salud. Para enfrentar tal situación, las acciones endógenas relacionadas con los programas de extensión de cobertura (PRECIN), combate a la morosidad (call center), así como el control presupuestario en las diferentes unidades se presentan como alternativas de amortiguamiento de esos riesgos.

Las proyecciones financieras constituyen un referente válido en el marco de los supuestos utilizados, en donde es necesario considerar la genética estructural de los ingresos - contribuciones y aporte estatal - y consecuentemente los riesgos asociados, así como los mecanismos de amortiguamiento. Así mismo, el tema de gestión de gasto, se muestra como un aspecto medular. De ahí la importancia del diseño de políticas de gasto por componente - servicios personales, materiales y suministros, etc - que permitan acoplar el gasto a las posibilidades financieras que proporciona la estructura de ingresos. El panorama proyectado muestra, que mediante criterios de optimización de gasto y un adecuado control de los riesgos, es posible mantener por plazos relativamente prolongados, una razón de sostenibilidad positiva. Al respecto, el

siguiente cuadro muestra las proyecciones elaboradas bajo tres de los nueve escenarios posibles que proporciona el modelo, y que pueden apreciarse de manera completa en el anexo.

Seguro de Salud
Proyección de la Razón de Sostenibilidad Financiera
(I-E)/ I, por Año: 2010 – 2025

Año	Razón de Sostenibilidad Financiera %		
	Escenario I Ingreso Base Egreso Pesimista	Escenario A Ingreso Base Egreso Base	Escenario Ingreso Optimista Egreso Base
2010	1.12	1.12	1.12
2013	1.77	1.46	5.36
2016	(0.77)	3.20	12.29
2019	(3.97)	4.86	18.55
2022	(5.68)	5.02	22.85
2025	(12.89)	0.94	23.25

Fuente: Cuadro N° 1 y N° 2 del anexo.

Cada escenario considera más de 35 variables, difiriendo entre ellos en tres de esas variables, o sea porcentaje de cobertura, crecimiento de la masa salarial real promedio, cotizante y el crecimiento de los servicios personales (tasa promedio de ajustes técnicos y/o recalificaciones). Tanto el Escenario I como el Escenario A, parten de condiciones base por el lado de los ingresos, o sea un crecimiento en la cobertura como porcentaje de la PEA de 0.9% anual y un incremento en la masa salarial real promedio cotizante de 3.9%, en tanto que por el lado de los egresos el Escenario I y el Escenario A suponen una tasa de crecimiento de 4.2% y 3.3% en la tasa promedio de ajuste en los salarios pagados por la Institución, un monto en construcciones financiado en un 4.5% y 3.5% del presupuesto con ingresos corrientes, y el resto para completar el 8% con recursos del fideicomiso, el Escenario I y A, respectivamente. Bajo esos parámetros, el Escenario A (Base) permite mantener la sostenibilidad financiera todo el período proyectado, mientras que el Escenario I solamente lo permite hasta el 2016. En forma similar y bajo condiciones optimistas en los ingresos - cobertura de la PEA de 1.2% anual e incremento en la masa salarial real promedio cotizante de 4.5% - la sostenibilidad financiera se mantiene en el período de proyección considerado, y en magnitudes significativamente superiores, respecto al Escenario A. Obviamente, estas proyecciones constituyen un referente que debe estarse monitoreando permanentemente.

5. A modo de resumen es conveniente reiterar los principales aspectos a considerar en el análisis de sostenibilidad financiera del Seguro de Salud.
 - ✓ La estructura de los ingresos del Seguro de Salud está genéticamente establecida, siendo sus dos principales columnas, las contribuciones y los aportes estatales.

Intrínsecamente, esto hace que existan factores de riesgo determinados por el entorno y que inciden directamente sobre la sostenibilidad.

- ✓ Aunque en un análisis de sostenibilidad financiera los diferentes enfoques empleados –presupuestario, flujo de efectivo y actuarial – deben complementarse entre sí, es necesario señalar que el enfoque actuarial, por sus características, es el que corresponde utilizar.
- ✓ De una proyección negativa en el flujo de efectivo, no es correcto inferir la existencia de un problema de sostenibilidad financiera, dado que el flujo es un concepto restringido al muy corto plazo, de carácter estático y limitado a un aspecto de liquidez, más que de estructura de los ingresos.
- ✓ Aún y cuando los factores de riesgo definidos por el entorno - en sus diferentes dimensiones - inciden sobre la estructura financiera del Seguro de Salud, las acciones orientadas a una mejor gestión de los ingresos – cobertura y recaudación – así como la mejor gestión del gasto constituyen mecanismos de mitigamiento, ya comprobados.
- ✓ De la proyecciones efectuadas bajo diferentes escenarios, es factible concluir que bajo condiciones base u optimistas por el lado de los ingresos – crecimiento adecuado en la cobertura y la masa salarial – así como un mayor control sobre el gasto, es posible mantener una razón de sostenibilidad $(I - E) / I$ positiva al 2025.

ANEXOS

ANEXO N° 1

DETALLE	NÚMERO DE CUADRO
SEGURO DE SALUD Proyección del Flujo de Ingresos y Egresos, Según Año: 2010-2025	1
SEGURO DE SALUD Presupuesto para el Ejercicio 2010	2
SEGURO DE SALUD Flujo de Efectivo para el Ejercicio 2010	3
SEGURO DE SALUD Escenario N°1 Proyección de la Cobertura Contributiva con Respecto la PEA	4
SEGURO DE SALUD Escenario N°2 Proyección de la Cobertura Contributiva con Respecto la PEA	5
SEGURO DE SALUD Escenario N°3 Proyección de la Cobertura Contributiva con Respecto la PEA	6
CCSS: Proyección Anual de la Inversión 2010-2014 según tipología de Proyecto	7

Cuadro N° 1
SEGURO DE SALUD
Proyección del Flujo de Ingresos y Egresos, Según Año: 2010-2025

AÑO	ESCENARIOS								
	A INGRESO ESC. 2 EGRESO ESC. 2	B INGRESO ESC. 1 EGRESO ESC. 2	C INGRESO ESC. 3 EGRESO ESC. 2	D INGRESO ESC. 2 EGRESO ESC. 3	E INGRESO ESC. 3 EGRESO ESC. 3	F INGRESO ESC. 1 EGRESO ESC. 3	G INGRESO ESC. 3 EGRESO ESC. 1	H INGRESO ESC. 1 EGRESO ESC. 1	I INGRESO ESC. 2 EGRESO ESC. 1
2010	1.12%	1.12%	1.12%	1.12%	1.12%	1.12%	1.12%	1.12%	1.12%
2011	0.34%	0.34%	0.34%	0.26%	0.24%	0.24%	0.14%	0.14%	0.14%
2012	0.77%	-2.48%	3.91%	0.62%	3.75%	-2.65%	4.22%	-2.15%	1.09%
2013	1.46%	-2.91%	5.63%	1.20%	5.36%	-3.21%	5.94%	-2.58%	1.77%
2014	1.58%	-3.94%	6.81%	2.95%	8.09%	-2.52%	7.15%	-3.57%	1.94%
2015	1.91%	-4.78%	8.18%	3.64%	9.78%	-2.95%	6.90%	-6.25%	0.54%
2016	3.20%	-4.58%	10.40%	5.25%	12.29%	-2.37%	6.74%	-8.88%	-0.77%
2017	4.17%	-4.71%	12.30%	6.91%	14.80%	-1.71%	6.81%	-11.32%	-1.85%
2018	4.97%	-5.03%	14.02%	8.38%	17.10%	-1.25%	7.62%	-12.93%	-2.15%
2019	4.86%	-6.36%	14.91%	8.95%	18.55%	-1.78%	7.05%	-16.28%	-3.97%
2020	5.07%	-7.36%	16.07%	9.82%	20.25%	-1.97%	7.39%	-18.59%	-4.81%
2021	1.87%	-12.29%	14.27%	8.00%	19.60%	-5.24%	5.09%	-24.48%	-8.71%
2022	5.02%	-9.94%	17.97%	10.70%	22.85%	-3.33%	8.79%	-22.42%	-5.68%
2023	4.46%	-11.89%	18.46%	10.53%	23.61%	-4.74%	8.69%	-25.50%	-7.06%
2024	3.75%	-14.07%	18.82%	10.22%	24.24%	-6.34%	8.45%	-28.87%	-8.63%
2025	0.94%	-18.80%	17.43%	7.97%	23.25%	-10.30%	5.99%	-35.54%	-12.89%

Notas: (1): Superávit (déficit) expresado como porcentaje del ingreso total del respectivo año.

(2): El número de escenario debe interpretarse de la siguiente forma:

El Escenario N° 1 es equivalente a un escenario pesimista

El Escenario N° 2 es equivalente a un escenario base

El Escenario N° 3 es equivalente a un escenario optimista

Fuente: Dirección Actuarial.

Cuadro N° 2
SEGURO DE SALUD
Presupuesto para el Ejercicio 2010

OBJETO DEL GASTO	MONTO
SERVICIOS PERSONALES	676,939.2
SERVICIOS NO PERSONALES	107,604.1
MATERIALES Y SUMINISTROS	189,419.8
MAQUINARIA Y EQUIPO	29,560.7
DESEMBOLSOS FINANCIEROS	2,849.8
CONSTRUC. ADICIONES Y MEJ	17,254.3
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	154,718.8
SERVICIO DE LA DEUDA	7,823.3
ASIGNACIONES GLOBALES	36,208.1
TOTAL EGRESOS EN EFECTIVO	1,222,378.1

Fuente: Dirección de Presupuesto.

Cuadro N° 3
SEGURO DE SALUD
Proyección del Flujo de Ingresos y Egresos, 2010
-En millones de Colones-

CONCEPTO	Real a Marzo	Estimado Abril –Dic	TOTAL
Ingresos:			
Recaudación Netas	168,753	546,488	715,241
Cuotas del Estado	74,261	214,831	289,093
Otros Ingresos	8,327	23,567	31,894
Venta Títulos	23,207	10,786	33,993
SUBTOTAL DE INGRESOS	274,548	795,673	1,070,220
Reservas de liquidez	30,594	85,607	116,202
TOTAL DE INGRESOS	305,142	881,280	1,186,422
Egresos			
Egresos Salariales	183,989	544,794	728,782
Proveedores	96,801	297,211	394,012
Otros Egresos	6,920	10,405	17,325
SUBTOTAL DE EGRESOS	287,710	852,410	1,140,119
Reserva de liquidez	10,000	119,488	129,488
TOTAL DE EGRESOS	297,710	971,897	1,269,607
Diferencia Ingresos – Egresos	7,432	(90,617)	(83,185)
Saldo Inicial	29,894	37,326	29,894
Saldo Final de Caja	37,326	(53,291)	(53,291)

Fuente: Departamento de Tesorería, Dirección Financiero Contable.

Cuadro N° 4
Escenario N° 1
Seguro de Salud
Proyección de Masa Salarial 2009-2030

Año	Población Nacional	PEA	Cobertura	Población Asegurada	Salario Medio	Masa Salarial	Ingresos Reglamentarios	Ingresos Efectivos
2009	4,419,282	2,100,103	67%	1,396,568	323,000	5,864,190	860,863	843,646
2010	4,503,806	2,144,258	67%	1,434,611	357,741	6,671,844	979,427	959,838
2011	4,586,106	2,182,007	67%	1,468,698	396,218	7,565,024	1,110,546	1,088,335
2012	4,666,276	2,219,762	68%	1,503,096	438,834	8,574,925	1,258,799	1,233,623
2013	4,744,398	2,257,524	68%	1,537,804	486,033	9,716,512	1,426,384	1,397,856
2014	4,820,547	2,295,292	69%	1,572,821	538,310	11,006,642	1,615,775	1,583,460
2015	4,894,789	2,333,066	69%	1,608,149	596,208	12,464,295	1,829,759	1,793,163
2016	4,967,184	2,368,700	69%	1,642,299	660,334	14,098,063	2,069,596	2,028,204
2017	5,037,784	2,405,095	70%	1,677,268	731,358	15,946,873	2,341,001	2,294,181
2018	5,106,635	2,441,120	70%	1,712,271	810,020	18,030,661	2,646,901	2,593,963
2019	5,173,776	2,477,151	71%	1,747,571	897,143	20,381,676	2,992,030	2,932,189
2020	5,239,242	2,513,189	71%	1,783,168	993,637	23,033,668	3,381,342	3,313,716
2021	5,303,063	2,546,653	71%	1,817,219	1,100,509	25,998,242	3,816,542	3,740,211
2022	5,365,264	2,580,122	72%	1,851,545	1,218,876	29,338,436	4,306,882	4,220,745
2023	5,425,866	2,613,598	72%	1,886,147	1,349,974	33,101,227	4,859,260	4,762,075
2024	5,484,886	2,647,080	73%	1,921,024	1,495,172	37,339,401	5,481,424	5,371,796
2025	5,542,339	2,680,569	73%	1,956,177	1,655,988	42,112,267	6,182,081	6,058,439
2026	5,598,235	2,710,627	73%	1,989,084	1,834,100	47,426,329	6,962,185	6,822,941
2027	5,652,584	2,740,691	74%	2,022,238	2,031,370	53,402,876	7,839,542	7,682,751
2028	5,705,393	2,770,760	74%	2,055,640	2,249,857	60,123,648	8,826,152	8,649,628
2029	5,756,666	2,800,835	75%	2,089,290	2,491,843	67,680,378	9,935,480	9,736,770
2030	5,806,407	2,830,916	75%	2,123,187	2,759,858	76,176,009	11,182,638	10,958,985

Fuentes: PEA: Proyección PEA 1990-2080, Sección de Análisis Demográfico, Dirección Actuarial.

Cuadro N° 5
Escenario N° 2
Seguro de Salud
Proyección de Cobertura Contributiva, PEA y
Masa Salarial 2009-2030

Año	Población Nacional	PEA	Cobertura	Población Asegurada	Salario Medio	Masa Salarial	Ingresos Reglamentarios	Ingresos Efectivos	Incremento
2009	4,419,282	2,100,103	66.50%	1,396,568	323,000	5,864,190	860,863	843,646	
2010	4,503,806	2,144,258	67.14%	1,439,716	361,229	6,760,878	992,497	972,647	15.29%
2011	4,586,106	2,182,007	67.79%	1,479,089	403,983	7,767,848	1,140,320	1,117,514	14.89%
2012	4,666,276	2,219,762	68.43%	1,518,951	451,797	8,921,351	1,309,654	1,283,461	14.85%
2013	4,744,398	2,257,524	69.07%	1,559,304	505,270	10,242,306	1,503,571	1,473,499	14.81%
2014	4,820,547	2,295,292	69.71%	1,600,146	565,072	11,754,577	1,725,572	1,691,060	14.76%
2015	4,894,789	2,333,066	70.36%	1,641,479	631,952	13,485,371	1,979,652	1,940,059	14.72%
2016	4,967,184	2,368,700	71.00%	1,681,777	706,748	15,451,703	2,268,310	2,222,944	14.58%
2017	5,037,784	2,405,095	71.64%	1,723,079	790,396	17,704,896	2,599,079	2,547,097	14.58%
2018	5,106,635	2,441,120	72.29%	1,764,581	883,945	20,277,297	2,976,707	2,917,173	14.53%
2019	5,173,776	2,477,151	72.93%	1,806,551	988,565	23,216,620	3,408,200	3,340,036	14.50%
2020	5,239,242	2,513,189	73.57%	1,848,989	1,105,569	26,574,399	3,901,122	3,823,099	14.46%
2021	5,303,063	2,546,653	74.21%	1,889,980	1,236,420	30,378,516	4,459,566	4,370,375	14.31%
2022	5,365,264	2,580,122	74.86%	1,931,406	1,382,758	34,718,675	5,096,701	4,994,767	14.29%
2023	5,425,866	2,613,598	75.50%	1,973,267	1,546,417	39,669,402	5,823,468	5,706,999	14.26%
2024	5,484,886	2,647,080	76.14%	2,015,563	1,729,445	45,315,469	6,652,311	6,519,265	14.23%
2025	5,542,339	2,680,569	76.79%	2,058,294	1,934,137	51,753,280	7,597,381	7,445,434	14.21%
2026	5,598,235	2,710,627	77.43%	2,098,800	2,163,054	59,017,635	8,663,789	8,490,513	14.04%
2027	5,652,584	2,740,691	78.07%	2,139,697	2,419,066	67,288,873	9,878,007	9,680,446	14.01%
2028	5,705,393	2,770,760	78.71%	2,180,984	2,705,378	76,705,033	11,260,299	11,035,093	13.99%
2029	5,756,666	2,800,835	79.36%	2,222,663	3,025,577	87,422,901	12,833,682	12,577,008	13.97%
2030	5,806,407	2,830,916	80.00%	2,264,733	3,383,674	99,620,527	14,624,293	14,331,807	13.95%

Fuentes: PEA: Proyección PEA 1990-2080, Sección de Análisis Demográfico, Dirección Actuarial.

Cuadro N° 6
Escenario N° 3
Seguro de Salud
Proyección de Masa Salarial 2009-2030

Año	Población Nacional	PEA	Cobertura	Población Asegurada	Salario Medio	Masa Salarial	Ingresos Reglamentarios	Ingresos Efectivos
2009	4,419,282	2,100,103	67%	1,396,568	323,000	5,864,190	860,863	843,646
2010	4,503,806	2,144,258	67%	1,444,822	364,718	6,850,374	1,005,635	985,522
2011	4,586,106	2,182,007	68%	1,489,479	411,823	7,974,229	1,170,617	1,147,204
2012	4,666,276	2,219,762	69%	1,534,807	465,013	9,278,165	1,362,035	1,334,794
2013	4,744,398	2,257,524	70%	1,580,804	525,072	10,790,475	1,584,042	1,552,361
2014	4,820,547	2,295,292	71%	1,627,471	592,889	12,543,825	1,841,433	1,804,605
2015	4,894,789	2,333,066	72%	1,674,808	669,464	14,575,920	2,139,745	2,096,950
2016	4,967,184	2,368,700	73%	1,721,256	755,930	16,914,936	2,483,113	2,433,450
2017	5,037,784	2,405,095	74%	1,768,890	853,563	19,628,182	2,881,417	2,823,789
2018	5,106,635	2,441,120	74%	1,816,891	963,807	22,764,710	3,341,859	3,275,022
2019	5,173,776	2,477,151	75%	1,865,531	1,088,289	26,393,070	3,874,503	3,797,013
2020	5,239,242	2,513,189	76%	1,914,811	1,228,848	30,589,159	4,490,489	4,400,679
2021	5,303,063	2,546,653	77%	1,962,742	1,387,562	35,404,537	5,197,386	5,093,438
2022	5,365,264	2,580,122	78%	2,011,267	1,566,775	40,965,628	6,013,754	5,893,479
2023	5,425,866	2,613,598	79%	2,060,386	1,769,134	47,386,301	6,956,309	6,817,183
2024	5,484,886	2,647,080	80%	2,110,101	1,997,629	54,797,602	8,044,288	7,883,402
2025	5,542,339	2,680,569	81%	2,160,411	2,255,636	63,350,316	9,299,826	9,113,830
2026	5,598,235	2,710,627	81%	2,208,516	2,546,967	73,125,206	10,734,780	10,520,085
2027	5,652,584	2,740,691	82%	2,257,155	2,875,924	84,388,274	12,388,199	12,140,435
2028	5,705,393	2,770,760	83%	2,306,328	3,247,368	97,363,463	14,292,956	14,007,097
2029	5,756,666	2,800,835	84%	2,356,036	3,666,787	112,308,075	16,486,825	16,157,089
2030	5,806,407	2,830,916	85%	2,406,278	4,140,377	129,517,691	19,013,197	18,632,933

Fuentes: PEA: Proyección PEA 1990-2080, Sección de Análisis Demográfico, Dirección Actuarial.

Cuadro N° 7
CCSS: Proyección Anual de la Inversión 2010-2014 según tipología de proyecto
Monto en millones de dólares

Tipología	Año					Total		Cantidad de proyectos
	2010	2011	2012	2013	2014	ABS	REL	
Infraestructura	30	148	135	121	193	627	77.7	78
Equipo médico	27	20	13	23	11	94	11.6	39
TIC	17	10	10	7	6	50	6.2	73
Equipo industrial	7	5	7	9	8	36	4.5	60
Total	81	183	165	160	218	807	100.0	250

Fuente: Gerencia de Infraestructura y Tecnología.

ANEXO N° 2**Enunciación de Parámetros, Según Escenario Años: 2011 – 2025**

PARAMETRO	2010-2025	
	BASE	ALTO
1 - INGRESOS		
I - Ingresos por contribuciones		
a - Crecimiento promedio anual salario real promedio	3.9%	4.9%
b - Tasa promedio anual inflación	8.0%	8.0%
c - Tasa promedio de cotización	14.7%	14.7%
d - Ingresos efectivos/ingresos reglamentarios	98.0%	98.0%
e - Incremento promedio anual cobertura PEA	0.9%	1.2%
f - Crecimiento promedio anual transferencias Estado	11.2%	11.2%
g - Crecimiento promedio anual otros ingresos	7.3%	7.3%
2 - EGRESOS		
I - Creación de plazas nuevas		
a - Médico especialista	200	200
b - Reforzamiento en plazas en los tres niveles de atención	2,400	3,050
- Médico asistente general	480	610
- Auxiliar de enfermería	480	610
- Técnico en farmacia 1	480	610
- ATAP	480	610
- Asistente de redes	480	610
- Número de EBAISS conformados en lapso 2010-2014	221	280
c - Crecimiento de nuevas plazas por nueva infraestructura	354	
II - Servicios personales		
a - Incremento promedio anual salario base		
- Tasa promedio anual inflación	8.0%	8.0%
- Tasa promedio ajustes técnicos y/o recalificaciones	3.3%	2.8%
b - Porcentaje promedio anual de anualidad respecto a salario base	5.0%	5.0%
c - Promedio ponderado de profesionales con dedicación exclusiva	13.3%	13.3%
d - Tasa promedio ponderado de dedicación exclusiva	55.8%	55.8%
e - Promedio ponderado de profesionales con dedicación exclusiva LIM	100.0%	100.0%
f - Tasa promedio ponderado de dedicación exclusiva LIM.	95.91	95.91
g - Tasa de crecimiento anual otros servicios personales	13.8%	13.8%
h - Contempla escalonamiento en % de anualidad a no profesionales aprobado en JD.		
III - Servicios no personales		
a - Tasa de crecimiento anual otros servicios personales	16.1%	16.1%
III- Materiales y suministros		
a - Tasa de crecimiento promedio anual gasto medicamentos	15.0%	15.0%
b - Tasa de crecimiento anual otros materiales y suministros	14.8%	14.8%
IV- Maquinaria y equipo		
a - Equipo	\$180 millones	\$180 millones
b - Tasa de crecimiento anual otros maquinaria y equipo	23.1%	23.1%
V- Construcciones adiciones y mejoras		
a - Porcentaje de subejecución presupuesto edificios	25.0%	25.0%
b - Monto construc. y equip. financiadas con ingresos ctes. (promedio anual)	3.5%	2.5%
c - Monto construcciones financiadas con fideicomiso/ egresos totales (promedio anual)	4.5%	5.5%
VI - Contempla escalonamiento en beneficio de cesantía aprobado por JD.		
VII - Variación anual tipo de cambio	3.0%	3.0%

Fuente: Dirección Actuarial.