

**Caja Costarricense de Seguro Social**

**Presidencia Ejecutiva**

# ***Informe de gestión***

**2017-2018**



***Dr. Fernando Llorca Castro***

***Agosto, 2018***

## I. Contenido

---

II. Créditos y Agradecimiento .....	9
III. Resumen Ejecutivo .....	10
3.2. Sobre el Jerarca .....	10
3.3. Antecedente legal del informe de final de gestión .....	11
3.4. Destinatarios del presente informe de gestión .....	11
3.5. Presentación.....	12
3.6. Principales Logros .....	13
3.7. Acciones Estratégicas Urgentes Para Alcanzar un Buen Sistema de Salud .....	14
IV. Introducción y marco de gestión .....	20
4.1 Reseña del marco normativo institucional.....	20
4.2 Visión, Misión y Objetivos Estratégicos.....	21
4.3 Listado de Planes, Políticas y Programas en ejecución, a cargo de la CCSS .....	22
V. Administración y Gestión Interna .....	28
5.1 Administración Financiera e inversiones.....	28
5.2 Proveeduría y Contratación Administrativa .....	40
5.3 Administración de Recursos Humanos .....	50
5.4 Sistema de Control Interno.....	64
5.5 Acceso a la información pública, datos abiertos y acción ciudadana .....	96
5.6 Eficiencia, mejora regulatoria y simplificación de trámites.....	103
5.6.1 Acciones emprendidas para la mejora regulatoria o simplificación de trámites .....	104
5.6.2 Convenio CCSS-Registro Nacional.....	109
5.6.3 Identificación en Urgencias con Huella Digital o Reconocimiento Facial .....	109
5.6.4 Eliminación del Carné de Asegurado como requisito para acceder a los servicios de la Institución .....	110

VI. Cumplimiento de Planes (incluye actividades pendientes) .....	119
6.1 Cumplimiento de Plan Nacional de Desarrollo.....	119
6.2 Cumplimiento Plan – Presupuesto Institucional .....	120
VII. Mejora en la Calidad de los Servicios de Salud.....	124
7.1 Estadísticas generales de la atención Integral de la Salud.....	126
7.2 Proyecto Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud.....	129
7.3 Fortalecimiento del I Nivel de atención .....	142
7.4 CCSS Revoluciona Atención Primaria con Nuevos EBAIS con Horario Vespertino .....	143
7.5 Mejora en Atención Domiciliar.....	145
7.6 CCSS se Adapta a las Necesidades de los Pacientes en el Acceso a los Servicios Creando un Mecanismo que permite la Reorganización de las Zonas de Atracción del II y III Nivel .....	146
7.7 Reforma del Reglamento de Sistema Mixto de Atención en Salud que crea la Medicina Municipal y la posibilidad de aumentar los “Médicos de Barrio” .....	148
7.8 Elaboración de una Propuesta de Consenso y Actualización del Reglamento Nacional de Hospitales Generales .....	151
7.9 CCSS Reafirma Lucha Contra la Libre de Discriminación de la Población LGBTI .....	151
7.10 CCSS Refuerza Entrega de Medicamentos en Comunidades Indígenas de Talamanca	153
7.11 CCSS Aprueba Tratamiento Médico y Psicológico a Personas Transexuales.....	153
7.12 Atención Oportuna de las Personas: acciones para la reducción de los tiempos de espera	154
7.13 Formación de especialistas y solicitud de declaratoria de inopia .....	163
7.14 CCSS y UCIMED firman convenio para formación de médicos especialistas.....	166
7.15 Atención Integral de las Enfermedades Crónicas no Trasmisibles con énfasis en Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y Dislipidemias .....	168
7.16 Cáncer de mama y proyecto de navegación de pacientes .....	172
7.17 CCSS logra poner al día los cateterismos cardíacos.....	175
7.18 Atención de los Trastornos Mentales, del Comportamiento y de las Adicciones .....	176

7.19	Modelo Institucional de Gestión de Trasplantes .....	177
7.20	Primer Banco de Sangre de Cordón Umbilical .....	181
7.21	Servicios de Farmacia y accesibilidad a los medicamentos .....	182
7.22	Receta Digital en la CCSS .....	184
7.23	Estrategia para la aplicación de la Fertilización In Vitro (FIV) como procedimiento de alta complejidad en el tratamiento de la infertilidad .....	185
7.24	Se Negoció Propuesta de Conciliación por Demandas a la CCSS por FIV .....	187
7.25	CCSS se une a Campaña “Métele un gol al Machismo” para Reducir la Violencia Doméstica durante el Mundial de Fútbol.....	190
7.26	Cuidados Paliativos y Control del Dolor como eslabón de la atención integral .....	191
7.27	Abordaje de la Nefropatía Mesoamericana (MeN) .....	194
7.28	Programa para la Normalización de la Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas ...	196
7.29	Plan Estratégico para el fortalecimiento de la Promoción de la Salud de los servicios de salud institucionales .....	197
7.30	Plan de atención integral a la patología Cardiovascular .....	200
7.31	Reforma del Reglamento de funcionamiento de la Unidad Técnica de Lista de Espera (UTLE)	213
7.32	Mejoramiento de la Calidad en los Servicios de Salud .....	214
7.33	AISS premia Buenas Prácticas de la CCSS .....	222
7.34	Sitio web de la CCSS recibe Premio de Calidad de INCAE .....	223
7.35	OMS acredita 15 Hospitales de la CCSS por realizar Cirugías Seguras.....	224
7.36	CISSSCAD Premia Proyectos de la CCSS.....	226
7.37	Histórica Separación de Siameses .....	227
7.38	CCSS tiene definidos nuevos Proyectos en Radioterapia .....	228
7.39	Primera Pasarela de Personas Amputadas con Prótesis Estéticas .....	230
7.40	Fortalecimiento de atención gineco-obstétrica e implementación del Fondo de Fortalecimiento de Maternidades (FOFOMA) y la CCSS apuesta al mejoramiento de la atención obstétrica en la población indígena.....	230

7.41	La Mortalidad Infantil en Costa Rica sigue disminuyendo .....	235
7.42	Proyecto "Iniciativa Salud Mesoamérica-Costa Rica: Prevención y Atención Integral del Embarazo en la Adolescencia, Regiones Brunca y Huetar Caribe" y su estado de situación actual	235
7.43	Universalización de Anticonceptivo Intradérmico.....	242
7.44	CCSS multiplica Hospitales de Día .....	243
7.45	Plan de Acción de la Política Institucional del Adulto Mayor.....	244
7.46	CCSS extiende Red Geriátrica Nacional.....	245
7.47	CCSS Aprueba la Política de Atención Integral a la Adolescencia.....	246
7.48	Fortalecimiento de los servicios de emergencias .....	247
7.49	Detección Temprana de Sordera Profunda Gracias a Tamizaje Auditivo .....	250
7.50	Detección Temprana de Cardiopatías Congénitas Gracias a Tamizaje de Oximetría de Pulso	250
7.51	Material Educativo en Salud en Lengua Indígena .....	251
7.52	Nueva Vacuna contra Rotavirus.....	252
7.53	Nueva Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano .....	253
7.54	Vacunación histórica contra la influenza .....	254
7.55	Registro de Accidente Ofídico de forma Obligatorio .....	256
7.56	Atención de las enfermedades Zika, Dengue, Chikunguña y Malaria .....	259
7.57	Investigación para la seguridad social .....	260
VIII.Prestación de Servicios del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) .		264
8.1	CCSS Ratifica Acceso a Pensión por Viudez a Parejas del Mismo Sexo .....	266
8.2	Histórica Pensión para personas con Síndrome de Down que han trabajado. ....	266
8.3	Se Aprueba Informe de la Mesa de Diálogo u Hoja de Ruta para el Fortalecimiento de la sostenibilidad Financiera de Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM).....	268
8.4	Se Cumple Meta del PND sobre el Régimen No Contributivo (RNC).....	273
IX. Eje Gestión Institucional .....		276



9.1	Proyecto Reestructuración Organizacional y Funcional del Nivel Central .....	276
9.2	Mejora de los procesos de gestión de proyectos .....	281
9.3	Componente Infraestructura, equipamiento y Tecnologías .....	281
9.4	CCSS firma convenio con Municipalidad de Escazú para nueva Clínica .....	282
9.5	Aprobación del fideicomiso para el fortalecimiento de los servicios de salud en el primer nivel y los servicios financieros .....	283
9.6	A. Aprobación por parte de Junta Directiva del “Reglamento del Artículo 42 de la Ley Constitutiva de la institución” .....	284
9.7	Expediente Digital Único en Salud (EDUS y EDUS-ARCA) .....	285
9.8	Modelo de Gobernanza y Gestión de las TIC .....	302
9.9	Plan de Innovación para la Mejora de los Procesos Financieros, Administrativos y Logísticos	303
9.10	Medición de la satisfacción de los usuarios .....	306
9.11	Implementación de la modalidad laboral de Teletrabajo.....	311
9.12	Mejora e innovación en la Gestión Jurídica .....	313
9.13	Mejora en la cadena de abastecimiento.....	318
9.13.1	Normalización de los procesos de la Cadena de Abastecimiento Institucional .....	318
9.13.2	Implementación de soluciones tecnológicas integradas .....	319
9.13.3	Gestión de abastecimiento de bienes y servicios .....	320
9.13.4	Optimización del modelo de almacenamiento y distribución institucional .....	321
9.13.5	Eficiencia en la gestión de producción industrial .....	321
9.13.6	Acreditación del Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos .....	322
9.14	Creación de la Comisión de Grandes Datos .....	327
9.15	SICERE recibe certificación ISO 9001 en todos sus procesos operativos .....	329
9.16	CCSS inaugura Oficina Virtual .....	330
9.17	Oficinas Centrales de la CCSS con nuevo horario .....	332

9.18	Fortalecimiento de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias e Impulso del Anteproyecto de Ley ACCESA .....	332
9.19	Institucionalizar el Informe de Cuentas Nacionales de Salud .....	345
9.20	Nueva Especialidad en Medicina Preventiva y Salud Pública .....	346
9.21	Participación en los procesos de incorporación a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).....	359
9.22	Presidencia Pro Tempore del Consejo de Instituciones de Seguridad Social de Centroamérica y República Dominicana (CISSCAD) .....	361
9.23	Gestión del riesgo de emergencias y desastres en la CCSS .....	363
9.24	CCSS Establece Nuevo Horario Administrativo para Mejorar Atención .....	368
9.25	Atención de Acuerdos de Junta Directiva .....	368
9.25.1	Acuerdos emitidos en administraciones anteriores.....	368
9.25.2	Acuerdos emitidos en el Gobierno Actual .....	369
9.25.3	Situación actual de los acuerdos de Junta Directiva (total general) .....	370
<b>X.</b>	<b>Eje Financiamiento y Sostenibilidad del Sistema.....</b>	<b>372</b>
10.1	Pago de la Deuda del Estado con la Institución y Programa por Resultados para el Fortalecimiento de Seguro Universal de Costa Rica (Proyecto Banco Mundial).....	372
10.2	Se Oficializa el Equipo Coordinador del Proyecto del Banco Mundial.....	374
10.3	La OPS será el Ente Verificador en el Proyecto Banco Mundial .....	375
10.4	Aprobación en Junta Directiva de la Nueva Política Ambiental .....	376
10.5	Aprobación de la Directriz que Limita el Plástico de un Solo Uso .....	380
10.6	CCSS Elimina las Bolsas Plásticas de sus Farmacias .....	381
10.7	Actualización del Programa de Gestión Ambiental Institucional (PGAI) de la CCSS .....	382
10.8	La CCSS y la Política Nacional de Responsabilidad Social .....	384
10.9	Aprobación en Junta Directiva de la Política de Sostenibilidad del Seguro de Salud y su esquema de implementación .....	385
10.10	Aseguramiento para los grupos difícil cobertura .....	392

10.10.1	CCSS brinda Aseguramiento Universal y subsidiado por El Estado a más de 150 mil familias	392
10.10.2	Aprobación por parte de Junta Directiva del “Reglamento para la Inscripción de Patronos y el Aseguramiento Contributivo de las Trabajadoras Domésticas” .....	394
10.10.3	Aprobación en Junta Directiva del “Reglamento para el Aseguramiento de Microempresas y Emprendimiento en el Seguro Social (MiPymes)” .....	397
10.10.4	Aprobación en Junta Directiva y Publicación para Oficialización del “Reglamento para el Aseguramiento Contributivo de la Población Recolectora de Café en el Seguro de Salud en Forma Temporal y Excepcional” .....	398
10.10.5	Instrucción de Elaboración de Modificaciones Reglamentarias de Aseguramiento de otros Grupos Vulnerables Cumpliendo del Art. 204 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)	399
10.10.6	Instructivo sobre el Aseguramiento de Estudiantes de Educación Técnica que realizan Prácticas Profesionales y Pasantías .....	400
<b>XI.</b>	<b>Consideraciones Finales.....</b>	<b>403</b>
11.1	Desafíos para la prestación de servicios.....	408
11.2	Desafíos para la gestión institucional.....	409
11.3	Desafíos para el financiamiento institucional .....	411



## II. Créditos y Agradecimiento

---

Agosto del 2018

Estimados Todos y Todas

Este texto es el producto del aporte de una gran cantidad de información extraída de notas, informes, comunicados de prensa, documentos, etc. Por lo tanto, es el producto de la participación de muchos funcionarios de la CCSS. El crédito de la autoría definitiva es compartido con todos los trabajadores de la Caja a lo largo del escrito.

Agradezco a mi familia, mi esposa e hijos, a mis padres y hermanos, por haberse mantenido siempre, como los asesores incondicionales por excelencia. Por su lealtad y honestidad en el trabajo, agradezco a Alfredo Sandí Solís y a Karla Vílchez Sánchez.

A mis asesores, José Mario Marín Rivera, Felipe Antonio Armijo Losilla, Irene Fariña Vargas y a Liza Vázquez Umaña.

Gracias también, a los miembros de la Junta Directiva con quien me tocó construir, a los expresidentes y expresidentas ejecutivas de la CCSS con quien me tocó armonizar y al equipo de gerentes, subgerentes y directores con quien articulé el cambio.

Quiero agradecer profundamente al Expresidente Don Luis Guillermo Solís Rivera por la oportunidad y al presidente Carlos Alvarado Quesada, por haberme mantenido como parte de su administración y parte del “*Gobierno del Bicentenario*”. Durante la transición gubernamental, pude liderar y supervisar el cambio de gerencias que la sociedad demandaba y ser testigo de la renovación de miembros de la Junta Directiva que permitió, entregar al nuevo Presidente Ejecutivo, una Alta Dirección replanteada.



Fernando Llorca Castro

### III. Resumen Ejecutivo

---

#### 3.2. Sobre el Jerarca

» Dr. Fernando Llorca Castro

Nombramiento que rige desde el 08 de junio de 2017 hasta el resto de plazo que corresponde a la presente administración, según fue comunicado en la certificación 111-17 del Consejo de Gobierno de la República de Costa Rica. El periodo de mi gestión finalmente comprendió desde el 8 de junio del 2017 y hasta el 31 de julio del 2018 con el recargo de la Gerencia Médica del 09 de abril del 2018 al 31 de julio del 2018. Adjunto, hoja de vida de presentación oficial.



#### **Dr. Fernando Llorca Castro**

**Presidente Ejecutivo de la CCSS 06/2017-07/2018**

**Gerente Médico con recargo de la CCSS 04/2018-07/2018**

**Ministro de Salud y Rector del Sector Salud, Nutrición y Deporte 02/2015 -06/2017**

**Auditor General de Servicios de Salud con recargo 12/2016-06/2017**

**Viceministro de Salud 08/2014-01/2015**

**Costa Rica**

*Consultor e investigador en gestión y políticas de salud. Ha trabajado como médico de EBAIS en zona rural y urbana marginal, en hospital rural y en Dirección Médica como Jefe de Consulta Externa, Urgencias y el Segundo Nivel de Atención para la CCSS. Director y Gerente Médico en España para compañías transnacionales de seguros privados, controlando el gasto médico, garantizando la calidad de los servicios sin listas de espera y desarrollando sistemas de información. Ha sido Analista de Riesgos de Salud y Discapacidad registrado en el Departamento de Trabajo y Pensiones del Reino Unido. Ha participado en proyectos de investigación de*

mortalidad evitable en Costa Rica identificando desigualdades entre ricos y pobres por cantón, en estudios de análisis de costos de servicios de salud en Madrid e incentivos profesionales y sostenibilidad financiera de sistemas de salud de los países de la OCDE para la London School of Economics and Political Sciences (LSE). Ha ejercido la medicina en los tres países.

Médico especialista en servicios de salud, posé un Diploma de Estudios Avanzados en Política Económica por la Universidad Complutense de Madrid con suficiencia investigadora en Economía Aplicada al campo de la salud y el bienestar, tiene un Máster en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios (MADS) y un Máster en Economía de la Salud y del Medicamento por la Universitat Pompeu Fabra de Barcelona. Finalmente, posee una Maestría Académica o Científica (MSc.) en Políticas, Planificación y Financiamiento de la Salud, cursada en LSE y la London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Como viceministro, como Auditor General de Servicios de Salud con recargo, Ministro de Salud y Rector del Sector Salud, Nutrición y Deporte, vino a reforzar las funciones de rectoría del Ministerio en las áreas de sistemas y servicios médicos, desde la perspectiva de la economía de la salud, con el fin de contribuir a velar por la sostenibilidad financiera del sistema de salud de Costa Rica y se centra en liderar el proceso de cambio que la Institución, el Sector y el país en general, necesitan en materia de salud pública. Como Presidente Ejecutivo de la CCSS con recargo de la Gerencia Médica, su labor se focalizó en afianzar la Institución, para afrontar los retos asistenciales para mejorar el acceso y calidad de servicios que reciben los habitantes y estabilizar financieramente el régimen de invalidez vejes y muerte.

### 3.3. Antecedente legal del informe de final de gestión

Se desarrolla el presente informe en cumplimiento de lo establecido por la Contraloría General de la República, ente que en calidad de fiscalizador superior y en ejercicio de su competencia normativa, dicta resolución R-CO-61 del 24 de junio de 2005, sobre Directriz D-1-2005-CE-DFOE, en la que se define el marco básico que regula la obligación de los jefes y titulares subordinados de la Administración activa, de presentar informe final de gestión, en el que se rinda cuenta sobre los resultados obtenidos, en cumplimiento de las funciones bajo su responsabilidad, conforme al artículo 12 de la Ley de Control Interno, lo cual constituye uno de los medios para garantizar transparencia en las actuaciones de los funcionarios públicos.

### 3.4. Destinatarios del presente informe de gestión

Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, Presidente Ejecutivo entrante, Ministerio de la Presidencia, Contraloría General de la República, Archivos Nacionales y al pueblo de Costa Rica.

### 3.5. Presentación

Según lo que dispone la Ley General de Control Interno, así como los lineamientos y directrices girados por la Contraloría General de la República, a rendir el informe de fin de gestión del suscrito en el ejercicio del cargo como Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) con el recargo de la Gerencia Médica.

Al celebrar los 75 años de la Seguridad Social en Costa Rica, como Ministro de Salud, me dirigí al país con el siguiente discurso.

*Celebrar 75 años de la Institución social más importante del país como Ministro de Salud y Ministro Rector del Sector Salud, Nutrición y Deporte, es algo que se me hace curioso ya que durante los años que trabajé como médico para la Caja, tuve la oportunidad de ser testigo de varios acontecimientos transicionales recientes, consecuencia de lo que se ha denominado la Reforma del Sector Salud.*

*Como médico de servicio social y responsable de EBAIS de Dos Ríos de Upala, pude realizar de primera mano que la transferencia de competencias e instalaciones del Ministerio de Salud a la Caja Costarricense de Seguro Social reforzando la prevención de la enfermedad y la atención primaria de la segunda. Lamentablemente, dicha reforma no se llegó a completar y al Ministerio de Salud, le ha costado mucho asumir su responsabilidad como ente Rector y especial promotor de la salud en Costa Rica. Todavía existen dudas sobre quién debe sufragar la introducción de nuevas vacunas, por ejemplo.*

*Posteriormente, como médico de servicio de urgencias de hospitales rurales, pude comprobar que la población mantiene importantes limitaciones de acceso a los servicios de salud, no porque no exista un hospital, una clínica o un EBAIS cerca donde acudir, sino porque al hacerlo no siempre existe esa atención pronta y oportuna que los pacientes creen que requieren, terminando utilizando los servicios de urgencia como puerta de entrada al sistema, de forma más frecuente de lo debido. Educación en salud para los asegurados y optimizar la organización de las redes asistenciales, siguen siendo oportunidades de mejora para la Institución, pero lo que no se puede negar hoy en día; es que la infraestructura asistencial de la Caja, con todo y sus problemas, es la envidia de países vecinos y me atrevería a decir, que de aseguradoras privadas transnacionales en muchos otros sitios.*

*Como médico administrador de servicios de salud y jefe de consulta externa, laborando en la Dirección Médica de la Clínica Clorito Picado, participe en procesos de negociación y evaluación de Compromisos de Gestión, desconcentración de responsabilidades como el mantenimiento de equipo o el proceso de compras a nivel local, contratación de personal para sustituciones recibiendo avalanchas de CVs de médicos generales recién graduados y de algunas especialidades que no eran las que necesitábamos generalmente. Los Contratos de Compromiso de Gestión trajeron*

aspectos positivos como el establecimiento de metas y objetivos, lo negativo la forma en que se modernizo supuestamente la Institución.

*La grandeza de la Caja radica en la verdadera aplicación de los principios de la Seguridad Social y los valores de la Institución, magistralmente adaptados a la realidad costarricense de la década de los 40, por una secuencia de verdaderos Estadistas de lo social y la salud, empezando por el Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, en el marco del desarrollo de las Garantías Sociales de nuestro país. Con Ley en el 42, Autonomía Constitucional en el 43, seguro de Invalidez Vejez y Muerte en el 47, con universalización de servicios que inicia en el 61, ampliando coberturas en los 60s y culminando en la década de los 70s con traspaso de hospitales especialmente de la Junta de Protección Social.*

*Como costarricense, pertenezco también a los millones de pacientes o familiares de pacientes que se han visto beneficiados de los servicios de salud que brinda día a día la Institución. La Caja ha sido la entidad que más ha contribuido a mejorar los indicadores de servicios de salud de nuestro país, exhibiendo un brillante desempeño de macro-eficiencia, cobertura y universalidad. Como funcionario, médico o administrador de servicios y ahora como Ministro de Salud y Rector en el ramo, reconozco la vital importancia de la contribución que hace la Caja a la paz social de Costa Rica y que se construye y defiende todos los días desde hace ya muchas décadas. Felicitamos a nuestra querida Caja, por esta celebración tan significativa y especial y pedimos que siga brindando la magnitud de servicios que demandan los habitantes de nuestro país, sabiendo enfrentar la gran cantidad de retos que plantea el futuro inmediato, mediano y de largo plazo.*

### 3.6. Principales Logros

En tan solo un año como Presidente Ejecutivo de la CCSS, junto al equipo de trabajo, conseguimos reforzar el histórico Portafolio de Infraestructura y Equipamiento Médico que venía de la gestión anterior. Transformamos la Alta Dirección e intervenimos los procesos de compras, almacenamiento y distribución de insumos y medicamentos del principal comprador del Estado, instruyendo incorporar a la CCSS al sistema de compras único del Estado e implementando las normas INTECO como punto de partida del criterio técnico y de calidad en los procesos de compras. En síntesis, incorporamos a la Caja, al Sistema Nacional de Calidad vigente.

Propusimos mecanismos que pueden garantizar la estabilidad temporal del seguro de pensiones, como la aprobación del Informe de la Mesa de Dialogo, la oficialización de buenas prácticas de monitoreo financiero constante y la sensibilización de la transformación laboral que ya estamos afrontando con la Inteligencia Artificial y robots, y la sustitución de las formas de trabajo tradicional.



Planteamos la ruta clara que debe seguir el seguro de salud para garantizar la sostenibilidad a largo plazo. Se aprobaron buenas prácticas de calidad de servicio como horarios vespertinos en atención primaria, mecanismos de mejora continua en acceso de pacientes por zona al segundo y tercer nivel, una cultura de acreditación y certificación de servicios de calidad y estandarización de procesos, simplificación de trámites y eliminación de uso de papel, desarrollo de aplicaciones tecnológicas como la implementación del EDUS en el segundo y tercer nivel, digitalización de la receta, certificados de nacimiento, médicos y defunción, incapacidades y licencias por maternidad, eliminación del carnet, hacer pagos vía tarjeta o transferencia, replanteamiento de horarios y servicios, en fin, impregnando a la CCSS de una nueva cultura de adaptar los servicios al cliente y no esperar que las personas se adapten a lo que la Caja decide ofrecer. Y dejamos la ruta marcada para identificar pacientes con tecnologías como la huella digital, reconocimiento facial o el poder sacar cita utilizando el APP del EDUS, en un futuro no muy lejano.

Ampliamos coberturas en personas con Síndrome de Down que trabajan, estudiantes, investigadores, población LGTBI, trabajadoras domésticas, recolectores de café, emprendedores y microempresas y otros colectivos. Aprobamos las Cuentas Nacionales de Salud por primera vez en la historia de la Caja, políticas, planes y estrategias en promoción de la salud, adulto mayor, adolescentes, indígenas, nutrición y actividad física, parto humanizado, prevención con el uso de nuevas vacunas contra Rotavirus, Virus del Papiloma Humano, anticoncepción moderna, etc.

Aprobamos también, vanguardistas políticas ambientales que revolucionarán el impacto de la CCSS en esa materia y que eliminarán pronto el plástico de un solo uso como las bolsas plásticas de farmacia. O políticas de sostenibilidad del seguro de salud que promueven la constante evaluación de tecnologías, formación de médicos especialistas en el sector privado, de gerentes y directores en Medicina Preventiva y Salud Pública, propiedad intelectual, economía de la salud, gestión de la investigación biomédica, entre otros. Creamos la Gerencia General y mecanismos que gestionarán la información y grandes bases de datos, para la mejor toma de decisiones posible.

### **3.7. Acciones Estratégicas Urgentes Para Alcanzar un Buen Sistema de Salud**

*Hay países cuyo sistema de salud es su “trapito de dominguear” que exhiben en el concierto de las naciones. Otros, disfrutan de una verdadera manta que protege a su población del frío de la enfermedad, la discapacidad o el síntoma. La mayoría, sigue buscando uno con qué cubrirse. No es algo con lo que se tropiecen los pueblos. Los buenos sistemas de salud no son el producto de un telar imaginario que lo articula todo en una sola pieza desde el principio, en realidad, son el fruto de la suma de muchos cortes, retazos, remiendos y recortes.*



Si el comparar es desagradable y el ranquear incómodo, la competencia puede estimular la superación. El debate sobre la reforma del sistema de salud de los Estados Unidos de América pasó por tratar de identificar algún sistema extranjero que mereciera la pena imitar. Para algunos, sistemas que combinan una amplia cobertura con una alta dosis de prestadores de servicios privados como el de Noruega, Suiza o Singapur, son el norte. Para otros, servicios públicos que ofrecen libertad a la hora de escoger su médico, clínica u hospital como el de Australia o el de Nueva Zelanda, son la meta. Identificar las mejores prácticas del líder, siempre es deseable.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), publicó un ranking global para el año 2000. Los países que no quedaron en la posición que esperaban, reaccionaron criticando la iniciativa y rápidamente, ésta fue desprestigiada. Algunas veces se utilizaron sólidos argumentos y otras, sólidas inconsistencias. Por ejemplo, se llegó a decir que éste recordaba al de la FIFA, ya que, durante esa época, ambos eran encabezados por Francia, entre otros países en ubicación similar. De las primeras 15 posiciones, 9 fueron ocupadas por naciones, que, aunque no son todas mediterráneas, están bajo su influencia cultural y no solamente, bajo el efecto de su famosa dieta. En fin, la OMS desistió de continuarlo periódicamente, hasta efectuar una profunda revisión de los criterios empleados.

El Parlamento Europeo desarrolló el Índice de Consumidores de Salud, que para el 2012 se basó en 42 indicadores distribuidos en 5 áreas clave: información a los pacientes, accesibilidad y tiempos de espera, resultados, cobertura y oferta de terapias novedosas. Holanda, Dinamarca, Islandia, Luxemburgo y Bélgica, encabezaron en ese orden. Aunque más técnicamente robusto, a este ranking también lo acariciaron las críticas. Rescatar algunos elementos valiosos de lo que se suele valorar en estas justas, es lo importante.

Calidad en el corte. Actualmente, la calidad clínica asistencial se da por sentada. La población espera que los profesionales de salud se encuentren bien formados y que trabajen en condiciones óptimas para brindar su mejor consejo, consuelo, tratamiento y asistencia en la recuperación de los pacientes y los suyos. Cosechar resultados de calidad, se logra también, con una firme defensa del paciente, con el asegurado bien informado sobre su problema y educado en temas generales de salud, con seguros institucionales de mala praxis que eviten la costosa medicina defensiva y calibrados sistemas de garantía de calidad en el servicio y en la reducción de tiempos de espera. Buenos macroindicadores de salud, no son suficientes.

Múltiples retazos. El gusto de todos da para todo, complacer así, imposible. Sin embargo, significativas libertades de elección son factibles en países donde cambiar de médico o centro asistencial es una realidad. El Reino Unido con su programa **Choices**, es un buen ejemplo de ello. Lo han conseguido, con poderosos sistemas de

registro de asegurados, con una comunicación Institución-paciente fluida y una amplia y competitiva cobertura de atención primaria.

*La universalidad de la cobertura es fundamental. Presumir de ella, es imposible en países con problemas de guerrilla, narcotráfico o crimen organizado, donde para entrar a vacunar a una zona fuera de control del gobierno, hay que solicitar permiso al capo de turno, como sucede en “cerros, chabolas, tugurios, favelas o ranchos” en muchos sitios. En los buenos sistemas de salud, las personas deben tener acceso a la atención sin barreras socioeconómicas o institucionales. Múltiples opciones, será la mejor respuesta a la diversidad. Ofrecer solo, la segunda opinión médica, es ya insuficiente.*

*Remendar investigando. La investigación es el combustible de la ciencia, el ensayo motor de la técnica y la innovación camino de progreso. Los buenos sistemas de salud desarrollan programas de investigación que contribuyen al beneficio de los asegurados. Para proteger a los pacientes, estos países aprueban leyes e implementan normas que regulan la actividad. En el futuro, se añadirán a estos rankings, criterios de contribución al desarrollo de nuevos tratamientos e inclusive, nuevas técnicas administrativas de gestión. Los sistemas de salud se diseñan políticamente y el criterio técnico en su administración, debería estar siempre presente. Una actitud inquieta en el desarrollo de nuevas tecnologías se apreciará más que una expectante e imitadora.*

*Recortar la ineficiencia. Los servicios de salud públicos están lejos de ser gratis. En esa misma línea, muchos piensan que los sistemas de esos países bien posicionados cuestan un “ojo de la cara”. Lo cierto es, que tuerto y sin rostro, puede quedar un país de renta media al tratar de financiar similar oferta de servicios. Son naciones sumamente ricas. Es más factible, erradicar la corrupción y estimular la eficiencia, que esperar imitar su nivel de gasto en salud. Como dice Vicente Ortún, hay que reducir la brecha entre eficacia y efectividad mediante una buena gestión clínica. En general, los sistemas que utilizan seguros de salud financiados por impuestos y mutualidades dan mejores resultados y son más equitativos.*

*Aunque a veces pareciera que la tijera de los recortes se encuentra en ciegas manos, la realidad es que economizar en materia de salud como en la mayoría de los campos sociales, no es fácil. Cuando se recorta en un lado, se repercute de seguro en otro. Se debe seccionar con bisturí láser y microscopio en mano de gestores expertos, como si se tratara y con certeza lo es, de la más delicada de las cirugías. Ahora a meditar, si finalmente se aplican todos estos criterios, ¿en qué lugar del ranking quedaría nuestro sistema de salud?*

En el artículo 13° de la sesión N.º 8980, celebrada el 26 de julio de 2018 se consigna lo aprobado de forma unánime y en firme por parte del máximo órgano jerárquico de la CCSS y que lo presenté como parte de mi Informe de Gestión 2017-2018 y que

denominé “**Ruta Crítica**” que debe seguir la Caja para hacerle frente al futuro adecuadamente.

A continuación, la lista de acciones críticas concretas:

**ACCION CRITICA: Trabajar CON otras Instituciones**

- Implementar estrategia de Promoción de la Salud de la CCSS 2017
- Participar en las Comisiones de Promoción de la Salud, SEPAN, etc. del Ministerio de Salud
- Participar e Implementar el Plan de Promoción de la Salud existente e impulsar uno con enfoque Moderno de Hospital sin Paredes (Comunidades, Educación en Salud y Atención Primaria)
- Abordaje integral al tema de la salud mental, Demencia y otras Discapacidades etc. CONAPAN, CONAPDIS
- Conceptualizar la Violencia Social como un problema de Salud Pública, COSEVI, CSO, INAMU, PANI, OPS, OMS
- Articular con el INS gestión local y nacional de atención
- Articular con el SINART promover la salud utilizando métodos modernos de comunicación. Crear un Canal de Televisión conjunto para Hospitales y Clínicas de todo el país con promoción de la salud
- Vigilancia Epidemiológica es prioridad de SEGURIDAD NACIONAL (EBOLA, Migraciones, ZIKA, Malaria, Inminente conflicto Nicaragua)

**ACCION CRITICA: Tomar decisiones sobre**

- Restructuración y Gerencias NO es determinante, replantear procesos y funciones SI
- Fortalecimiento del Modelo de Atención
- Pasar de una red de servicios piramidal centrada en el hospital nacional a una basal centrada en las áreas de salud
- Incorporar a Costa Rica a la OCDE y mantenerse
- Implementar un modelo de evaluación de gestión por resultados
- Sistemas de Información para la toma de decisiones. Mantener EDUS a toda costa

**ACCION CRITICA: Reconocer el Talento Humano como el principal Recurso**

- Contribuir a la Planificación de su Formación
- Contratar profesionales de programas acreditados exclusivamente
- Participar en el desarrollo del perfil profesional propuesto por los colegios profesionales

- Implementar buenas prácticas profesionales como Guías clínicas, protocolos y oficializarlas con los actores respectivos
- Pluses salariales y oportunidades de crecimiento profesional vinculadas a un historial de excelencia en el desempeño
- Evaluar por resultados constantemente
- Implementar un verdadero programa de capacitación permanente
- Pasar de una Dirección de Recursos Humanos que Gestiona Nominas a una Gerencia de Talento Humano que lo gestione
- El problema de Especialistas en Medicina es un problema Médico.
- En la implementación de soluciones, debe ser liderada por la CCSS y participar el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica y todas las asociaciones de especialistas adscritas.
- No hace falta importar médicos, pero debemos formar los nuestros fuera con mucha frecuencia
- Coordinar con el MEP y el Ministerio de Salud

#### ACCION CRITICA: Mejorar e Independizar Contratación de especialistas

- En la implementación de soluciones, debe participar el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica y todas las asociaciones de especialistas adscritas, universidades, pero la decisión de contratar es del Empleador.
- Hay que oficializar esquema de filtros de contratación por competencias con exámenes tipo MIR de España
- Para los Formados en CR (hay Decretos en Borrador)
  - Examen de Internado
  - Examen para Residencia de Especialidad
  - Examen para Residencia de Subespecialidad
- Para los Formados en el Extranjero
  - Examen de Internado (los Incorpora como Estudiantes)
  - Examen para Residencia de Especialidad (los Incorpora como Médicos)
  - Examen para Residencia de Subespecialidad (los Incorpora como Especialistas o Subespecialistas)

#### ACCION CRITICA: Mejorar cobertura formal

- Fortalecer La Cobertura Universal
- Estrategia 204 de la OIT
- Reducir informalidad asegurando a Trabajadoras Domésticas, Recolectores de Café, MiPymes, Proyecto Banco Mundial, Practicas Estudiantiles, Transportistas Independientes, Artistas, Pescadores, Jardineros, Seguridad, etc.

- Reconocer condición Mixta de nuestro Sistema y no solamente condición de Seguridad Social estricta
- Gran debate en sociedad del modelo de financiamiento y sistema de salud que queremos

#### ACCION CRITICA: Mejorar Gestión Clínica y Calidad de Servicio

- Institucionalizar la Evaluación de Tecnologías en Salud
- Con ACCESA Proyecto de Ley No 20291
- Con Procesos de decisión internos en la CCSS
- Formar Directores Médicos como especialistas en Medicina Preventiva y Salud Publica en TODO el Sector Salud, Nutrición y Deporte
- Fortalecer papel fiscalizador proactivo de las Contralorías de Servicios
- Mejorar Logística Hospitalaria
- Oficializar Subcomisiones del Comité INTECO 44 de Salud como Comisiones Técnicas de Compras
- Mejorar supervisión de Servicios Externalizados
- Reglamentar Compras y Adjudicaciones en función de relaciones a largo plazo y sostenibles

#### ACCION CRITICA: Evaluación y Monitoreo constante vinculado al financiamiento

- Considerar retomar modelo de Compromiso de Gestión con evaluación externa de resultados y ajuste presupuestario por unidad programática en función de cumplimiento de objetivos y resultados en impacto de la salud de la población adscrita
- Flexibilizar la adscripción adaptándola a la realidad de cada zona
- Mantener las Cuentas Nacionales de Salud y su análisis al día
- Sistematizar la Encuesta Nacional de Salud
- Estudios actuariales del seguro de salud periódicos
- Evaluar periódicamente las Funciones Esenciales en Salud Publica
- Implementar el Análisis del Sistema Integrado de Salud (ASIS)



## IV. Introducción y marco de gestión

---

### 4.1 Reseña del marco normativo institucional<sup>1</sup>

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 de la República de Costa Rica

*“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:

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*

---

<sup>1</sup>Organigrama CCSS



*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.”*

En ese sentido, el mapa de procesos institucional guarda relación con los artículos señalados anteriormente, estableciendo la Prestación Integral de Servicios de Salud, la Gestión de Pensiones como su labor sustantiva en el quehacer institucional. No obstante, el direccionamiento institucional es esencial para que los insumos y recursos generen productos acordes con las necesidades de la población costarricense, razón por la cual se consideran los procesos de planificación y gobernanza como elementales desde el punto de vista estratégico para la Institución, que junto con el soporte brindado por los procesos de apoyo como Gestión de la Cadena de Abastecimiento, Gestión de Infraestructura y Tecnología, Gestión del Talento Humano, Gestión Financiera y Gestión de Servicios Administrativos y Jurídico, permiten el desarrollo de las actividades sustantivas para cumplir los objetivos trazados por la Institución que tienen como fin último el bienestar de los asegurados del país.

## 4.2 Visión, Misión y Objetivos Estratégicos

### 4.2.1 Visión

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

### 4.2.2 Misión

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

### 4.2.3 Objetivos Estratégicos

1. Fortalecer la cobertura universal en salud de la población, mediante servicios de salud integrales, oportunos y de calidad, con responsabilidad ambiental y sostenibilidad financiera
2. Brindar la protección social y económica oportuna a la población asegurada y beneficiaria de los regímenes de invalidez, vejez y muerte y no contributivo, mediante una gestión transparente y sostenible.
3. Fortalecer el direccionamiento estratégico institucional, en cumplimiento de los fines de la seguridad social.
4. Ajustar la capacidad resolutoria de la gestión administrativa institucional, para la prestación de servicios a los usuarios con eficiencia, eficacia y calidad.

5. Disponer de un sistema de abastecimiento institucional de bienes y servicios oportuno y eficiente, que apoye la prestación de servicios.
6. Desarrollar y mejorar la infraestructura y el equipamiento, de manera que respondan a las necesidades de salud -actuales y futuras- de la población, a la visión integral de una organización en red, a la evaluación en tecnologías de salud, a la optimización de los recursos y a la sostenibilidad ambiental, energética y financiera.
7. Disponer de tecnologías de información y comunicación eficaces, eficientes y de calidad, que respondan a las necesidades de continuidad, cercanía y eficiencia requeridas en los servicios brindados a los usuarios internos y externos.
8. Fortalecer e integrar la gestión de las personas trabajadoras de la CCSS, con una orientación dirigida a la mejora de sus capacidades, de sus condiciones de trabajo y accesibilidad; como un factor determinante en la consecución de una cultura de la eficacia, la eficiencia y la calidad en la prestación de los servicios.
9. Incrementar la capacidad de la organización para la gestión del riesgo, la evaluación, la rendición de cuentas y la transparencia, así como la apertura de espacios de diálogo con actores sociales.
10. Fortalecer la fiscalización y el control, promoviendo la eficiencia, la legalidad y la probidad en la cadena de contribución a los resultados institucionales.
11. Fortalecer la comunicación institucional -interna y externa- en todos los niveles de gestión, como una herramienta de apoyo a la gestión y a la prestación de servicios.
12. Asegurar el uso eficiente de los recursos institucionales para la provisión de servicios de salud y de pensiones, de acuerdo con el principio de sostenibilidad financiera.

### 4.3 Listado de Planes, Políticas y Programas en ejecución, a cargo de la CCSS<sup>2</sup>

La CCSS es una de las instituciones más importantes del país y como tal, está involucrada en la implementación de múltiples políticas públicas, a continuación, se realiza un listado de las principales políticas en que la institución participa:

#### 4.3.1 Políticas

- **Política Nacional de Salud 2014-2018 “Dr. Juan Guillermo Ortiz Güier”**

**Institución a reportar: Ministerio de Salud y al Ministro Rector**

---

<sup>2</sup>Listado de Leyes, Reglamentos y Decretos directamente relacionados con la gestión de la CCSS

**Marco de Acción:** Principios orientadores y ejes transversales, orientados hacia la equidad, oportunidad y calidad en salud, así como la reducción de las brechas sociales y la sostenibilidad del sistema de salud costarricense

- **Política Migratoria 2015-2019**

**Institución a reportar: Ministerio de Gobernación y Policía**

**Marco de Acción:** Orientar a la implementación de acciones conjuntas, por medio de la coordinación interinstitucional, a fin de brindar una respuesta efectiva a la situación migratoria. Asimismo, buscará impulsar acciones binacionales o multinacionales con los países expulsos de población migrante.

- **Política Pública de la Persona Joven 2014-2019**

**Institución a reportar: Ministerio de Cultura y Juventud**

**Marco de Acción:** Garantizar el cumplimiento de los derechos, el ejercicio pleno de la ciudadanía de las personas jóvenes y el desarrollo de sus habilidades y destrezas, mediante el fortalecimiento de las condiciones favorables que existen en el país y la creación de otras que contribuyan a resolver los obstáculos para el desarrollo de esta población. Propiciar una labor interinstitucional coordinada que potencie y articule los recursos, contribuya a la integralidad de las acciones y evite la duplicidad en el ámbito estatal y en el de la sociedad civil.

- **Política Nacional de Discapacidad 2011-2021**

**Institución a reportar: Consejo Nacional de Rehabilitación**

**Marco de Acción:** Se establece la Política Nacional en Discapacidad 2011-2021 (PONADIS), como el marco político de largo plazo que establece el Estado Costarricense, para lograr la efectiva promoción, respeto y garantía de los derechos de las personas con discapacidad, que han de ser desarrollados por la institucionalidad pública en el período 2011-2021.

- **Política Mujeres con Discapacidad Rompiendo Barreras 2016-2019**

**Institución a reportar: Casa Presidencial**

**Marco de Acción:** La Política Nacional de Discapacidad (PONADIS) constituye el marco político de largo plazo que establece la dirección estratégica del Estado Costarricense para lograr la efectiva promoción, respeto y garantía de los derechos de las personas con discapacidad, esperando que esta política haya incluido la perspectiva de género de manera que se visibilicen la realidad y las necesidades particulares de las mujeres con discapacidad.

- **Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género 2007-2017**

**Institución a reportar: INAMU (Instituto Nacional de las Mujeres)**

**Marco de Acción:** La PIEG brinda a cada administración de gobierno –durante el período 2007-2017– “orientaciones estratégicas” para definir sus prioridades y asumir compromisos de avance relativos a los objetivos planteados.

- **Política Nacional para la Atención de Personas en situación de abandono y situación de calle**

**Institución a reportar: Consejo Presidencial Social**

**Marco de Acción:** Generar acciones gubernamentales y no gubernamentales articuladas, oportunas, sistemáticas y sostenibles, para la prevención, atención y protección de las personas habitantes de calle y personas en riesgo o en situación de abandono.

#### **4.3.2 Planes**

- **Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018**

**Institución a reportar: Ministerio de Salud**

**Marco de Acción:** Marco orientador del quehacer del Gobierno de la República, para definir las políticas públicas, las prioridades, los objetivos y los programas que han sido fijados para los niveles nacional, sectorial, regional-territorial. Constituye el marco global que orientará los Planes Estratégicos Sectoriales y Regionales, así como los Planes Operativos Institucionales (POI), según los niveles de autonomía que corresponda, de conformidad con las disposiciones legales y constitucionales.

- **Plan Nacional de Desarrollo con enfoque de Discapacidad 2015-2018**

**Institución a reportar: Casa Presidencial**

**Marco de Acción: Acuerdo N.º 19 del Consejo Presidencial Social**

Instruir a todas las instituciones que conforman el Consejo Presidencial Social, que según los resultados, indicadores y metas del Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018, se establezcan indicadores y cuotas de carácter afirmativo para la población con discapacidad, con el fin de que se pueda visualizar una oferta estatal que potencie el desarrollo humano, la inclusión social y avanzar en la superación de la pobreza y la desigualdad social de este grupo poblacional.

- **Plan Nacional de Desarrollo de las Telecomunicaciones 2015-2021**

**Institución a reportar: Ministerio de Ciencia, Tecnología y Telecomunicaciones**

**Marco de Acción:** Brindar mayor transparencia pública y participación activa de los habitantes, impulsar un mercado digital y el uso por parte de los individuos; fomentar la creación de las capacidades del sector de pequeñas y medianas empresas en la utilización de las tecnologías digitales, como catalizador de la riqueza y empleabilidad; y promover la reducción de la brecha digital y de conectividad de las instituciones públicas y los individuos.

- **PLANOVI-MUJER 2017-2032**

**Institución para reportar: INAMU**

**Marco de Acción:** Atención y Prevención de la Violencia, específicamente contra mujeres mayores de 15 años de edad, en las relaciones familiares y de pareja; como asimismo en casos de violación y hostigamiento sexual, en tanto expresiones particulares de abuso sexual extrafamiliar.

- **Plan Puente al Desarrollo 2015-2018**

**Institución para reportar: Consejo Presidencial Social****Marco de Acción: Artículo 1.**

Se crea la Estrategia de Atención a la Pobreza en Costa Rica, denominada “Puente al Desarrollo”, como mecanismo de articulación de los programas, proyectos, y acciones que buscan garantizar el efectivo derecho de acceso a los bienes, servicios y productos, que ofertan las institucionales y organizaciones públicas y privadas a nivel nacional dirigidos a personas en condición de pobreza.

- **Tejiendo Desarrollo 2015-2018**

**Institución a reportar: Despacho Primera Dama de la República**

**Marco de Acción:** Concibe el desarrollo territorial como una estrategia impulsada por actores locales orientada a crear líneas de actuación para aprovechar los recursos existentes o subutilizados dentro de un territorio específico. Este tipo de desarrollo requiere que las estrategias sean elaboradas a partir de la movilización y participación activa de los actores territoriales.

- **Hoja de Ruta haciendo de Costa Rica un país libre de trabajo infantil 2015-2020**

**Institución a reportar: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social**

**Marco de Acción:** Acuerdo nacional en torno a la abolición del trabajo infantil y sus peores formas, por lo que se centra en la protección especial de los niños, niñas y adolescentes trabajadores/as y de los/as que están en riesgo de involucrarse en el trabajo infantil o ser víctimas de sus peores formas.

La Hoja de Ruta es la propuesta del marco estratégico nacional para concretar las metas definidas en la AHTD, específicamente las que se proponen eliminar las peores formas de trabajo infantil para el 2015 y eliminar el trabajo infantil en su totalidad en el 2020.

#### 4.3.3 Proyectos

- **Costa Rica desde el Caribe**

**Institución a reportar: MIDEPLAN**

**Marco de Acción:** Artículo 1, Decreto Ejecutivo N° 38828-MP-PLAN

Artículo 1º-Establécese un programa de alianzas interinstitucionales denominado "Costa Rica desde el Caribe" para ejecutar con la mayor efectividad proyectos de gestión pública que inciden directa e indirectamente en el desarrollo de la Región Huetar Caribe.

- **Territorio Norte-Norte: Construyendo Desarrollo Integral**

**Institución a reportar: MIDEPLAN**

**Marco de Acción:** Artículo 1, Decreto Ejecutivo N° 38828-MP-PLAN

Artículo 1º-Establécese un programa de alianzas interinstitucionales denominado "Costa Rica desde el Caribe" para ejecutar con la mayor efectividad proyectos de gestión pública que inciden directa e indirectamente en el desarrollo de la Región Huetar Caribe.

#### 4.3.4 Otros

- **Agenda Nacional de Niñez y Adolescencia 2015-2021**

**Institución a reportar: Patronato Nacional de la Infancia**

**Marco de Acción: Objetivo 1:** Contribuir a garantizar a todos los niños, niñas y adolescentes en Costa Rica las condiciones necesarias, para lograr su máximo bienestar y su desarrollo integral: físico, intelectual, moral, espiritual, socioemocional, garantizando



el cumplimiento y disfrute de todos los derechos, para que desarrollen integralmente todas sus habilidades, destrezas, capacidades y se sientan felices, amados y tengan oportunidades que contribuyan a desarrollar su propio proyecto de vida.

- **Estudio de la inversión Pública Social en Adolescencia y Juventudes en Costa Rica**

**Institución a reportar: Ministerio de Cultura y Juventud**

**Marco de Acción:** Acuerdo 2 de la Sesión ordinaria N°50 del Consejo Presidencial Social. Referente al Estudio de la inversión pública social en adolescencia y juventudes en Costa Rica.

**A nivel interno los principales instrumentos de planificación son:**

**1. Plan Estratégico Institucional 2015-2018**

**Institución a reportar: Junta Directiva CCSS**

**Marco de Acción:** Responde al Marco Estratégico Institucional, el cual se toma como insumo para la formulación de lineamientos generales de políticas, objetivos estratégicos y estrategias generales.

**2. Plan Táctico Operativo Gerencial**

**Institución a reportar: Dirección de Planificación Institucional**

**Marco de Acción:** Se elabora 1 Plan Táctico Operativo por cada gerencia y tiene una vigencia de 4 años.

**3. Plan Presupuesto**

**Unidad a reportar: De acuerdo a Sistema de Planificación Institucional**

**Marco de Acción:** Se elabora 1 Plan Presupuesto por cada unidad ejecutora, en total son 322 unidades ejecutoras, este plan tiene una vigencia de 2 años.

Las herramientas difieren de su estructura de acuerdo a la unidad:

- Unidades de salud, utilizan la herramienta implementada por la Gerencia Médica.
- Unidades administrativas de la Gerencia Financiera, utilizan la herramienta proporcionada por la Gerencia Financiera.

## V. Administración y Gestión Interna

### 5.1 Administración Financiera e inversiones<sup>3</sup>

#### 5.1.1 Ejecución del Presupuesto de los Ingresos y Egresos

**Los ingresos** totales del Seguro de Salud pasaron de ¢1,606,106.3 millones en el año 2013 a ¢2,427,385.2 millones en el periodo 2017, para un crecimiento promedio anual del 10.9% (2014-2017). Dentro de los ingresos totales, las contribuciones a la Seguridad Social representan el principal ingreso para una participación promedio del 73.4%.

Tabla 1: Ejecución Presupuestaria de Ingresos del Seguro de Salud  
Periodo 2017 (En millones de colones)

Detalle	2017	%Var.
<b>Ingresos</b>	2,427,385.2	7.4
Contribuciones	1,697,040.5	6.9
<b>Egresos</b>	1,911,797.6	-1.3

Fuente: Informes de liquidación presupuestaria del Seguro de Salud 2017

Las contribuciones contaron con un crecimiento promedio de 7.5% en el periodo 2014-2017. Durante todo el período este último porcentaje se encuentra por encima de la inflación y en el año 2018 el crecimiento esperado es mayor a la inflación meta del Banco Central de Costa Rica del 3.0% (+-1 p.p.), de modo que, en términos reales, las contribuciones continúan aumentando. Los ingresos totales también se han visto favorecidos por las transferencias realizadas por el Gobierno Central, especialmente en los años 2016 y 2017, donde estas crecieron, respectivamente, 28.8% y 23.8%, ante el pago por concepto de aseguramiento del Código de la Niñez y Adolescencia, así como recursos provenientes de leyes especiales.

<sup>3</sup> Los presupuestos aprobados por la Contraloría General de la República no se anexan dado que los mismos quedan incluidos en el Sistema de Planes y Presupuestos Públicos (SIPP)

Tabla 2: Cantidad de trabajadores cotizantes según sector en el Seguro de Salud  
Al 30 de noviembre, periodos 2017

Detalle	2017	% Var.	Var. abs. 16-17
<b>Sector privado</b>	<b>1,451,507</b>	<b>2.6</b>	<b>36,727</b>
Empresa privada	975,940	3.2	29,868
Servicio doméstico	16,609	5.1	812
Convenios	66,080	-1.5	-1,013
Cuenta propia:	392,878	1.8	7,060
Trabajadores independientes	225,015	3.5	7,549
Asegurados voluntarios	167,863	-0.3	-489
<b>Sector público</b>	<b>313,610</b>	<b>2.1</b>	<b>6,308</b>
Instituciones autónomas	172,687	3.2	5,341
Gobierno central	140,923	0.7	967
<b>Total</b>	<b>1,765,117</b>	<b>2.5</b>	<b>43,035</b>

Fuente: Gerencia Financiera a partir de estadísticas de la Dirección Actuarial, CCSS.

Otro factor explicativo del comportamiento de los ingresos por contribuciones sociales es el número de contribuyentes. En general, del año 2014 al mes de noviembre 2017, se incorporaron al sistema 122,708 nuevos trabajadores, al pasar de 1,642,409 trabajadores cotizantes a 1,765,117. Al mes de noviembre de 2017 el número de trabajadores cotizantes del Seguro de Salud aumentó 2.5% (43,035 personas en términos absolutos) en relación con noviembre de 2016, destacando que en el sector público el crecimiento relativo fue de 2.1% y en el sector privado de 2.6%, como se muestra la tabla 2.

Por su parte, los egresos totales del Seguro de Salud pasaron de ¢1,468,182.4 millones en el año 2013 a ¢1,911,797.6 millones en el año 2017, para un crecimiento promedio del 7.0% (2014-2017).

Dentro de los egresos, el rubro más representativo son las remuneraciones, las cuales representaron en promedio para el periodo 2014-2017 el 63.5% de los egresos totales. Este porcentaje de las remuneraciones con respecto a los egresos totales mostró una tendencia decreciente pasando de 66.5% en el año 2014 a 62.7% en el 2017. Debe destacarse que el Seguro de Salud es intensivo en el uso del recurso humano, dada la naturaleza de los servicios que presta, siendo el capital humano vital para la atención de la salud a la población del país.

La relación entre remuneraciones y contribuciones como fuente de financiamiento hace ver una mejora sustancial, ya que de las contribuciones recibidas se ha destinado una menor proporción al sufragio de las primeras, quedando recursos disponibles para

cubrir otras necesidades institucionales de operación e inversión. Así, se muestra un comportamiento decreciente, pasando esta relación de 74.3% en el 2014, a un 70.6% en el 2017. Según las estimaciones para el 2018, esa relación se ubicaría en alrededor de 70.3%.

Después de las remuneraciones, el grupo de partidas con mayor participación en el gasto del Seguro de Salud lo constituyen los materiales y suministros, con una participación promedio del 14.9% en el periodo 2014-2017. Dentro de este grupo se encuentra el gasto que realiza la institución en medicamentos, el cual creció en promedio en el periodo 2014-2017 un 5.4% anual. En el año 2014, la institución invirtió en medicamentos la suma de ₡112,053.9 millones, mientras que para el año 2017 el monto destinado fue de ₡136,721.8 millones, para un crecimiento en el periodo de un 22.0%.

Es importante agregar que los gastos de inversión en el Seguro de Salud del periodo 2013-2017, pasaron de ₡45,543.9 millones en 2013 a ₡79,475.5 millones, lo que representó un crecimiento del 74.5%.

Tabla 3: Gasto en inversión del Seguro de Salud  
Periodo 2017 (En millones de colones)

Concepto	2017
<b>Bienes Duraderos</b>	<b>79,475.5</b>
% Participación sobre el gasto total	4.2%
% Participación sobre las contribuciones	4.7%

Fuente: Informes de liquidación presupuestaria del Seguro de Salud 2017.

En el periodo 2013-2017, la participación del gasto en inversiones representó en promedio el 3.6% del gasto total del Seguro de Salud; a su vez, con respecto a las contribuciones sociales, este concepto significó en promedio el 4.1%.

Asimismo, en el tema de inversiones durante el periodo 2014 - 2017 se financiaron entre otros los siguientes proyectos de inversión:

- 2014: la primera etapa de la Torre Este del Hospital Calderón Guardia, la construcción del CAIS de Siquirres, el reforzamiento y nuevo Servicio de Hospitalización del Hospital de la Anexión, la rehabilitación del Hospital de Puntarenas, la remodelación de los quirófanos del Hospital Nacional de Niños y las sedes de área de salud de Mora Palmichal y Parrita.
- 2015: el fortalecimiento de los quirófanos de la Torre Sur del Hospital Calderón Guardia, el Servicio de Hospitalización del Hospital de la Anexión y reforzamiento de este centro médico y la construcción de las sedes de área de Barva y Mora-Palmichal.

- 2016: la rehabilitación para la puesta en marcha del Hospital Monseñor Sanabria, la construcción y el equipamiento del Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Escalante Pradilla.
- 2017: se continuó con el financiamiento de la remodelación Servicio Nutrición y Consulta Externa del Hospital San Rafael, construcción sede administrativa Área de Salud Golfito, construcción sede de EBAIS tipo 2 Vuelta Jorco, construcción de EBAIS tipo 2 de Tirrases, Curridabat, construcción sede de EBAIS de Poasito, construcción y equipamiento sede de visita periódica de Bajo Blei y Piedra Mesa, Talamanca entre otros.

Asimismo, cabe destacar que durante el periodo 2013-2017 se constituyeron fondos especiales para el fortalecimiento de la infraestructura y la recuperación de equipo médico. Es así como en el año 2013 nace el Fondo de Recuperación de Infraestructura, destinado al financiamiento de proyectos de mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura y equipo institucional para la mejora en la prestación de los servicios (se destinaron ¢8.480 millones en promedio en el periodo). Con el mismo propósito, se creó en el año 2016 el Fondo de Recuperación de Equipo Médico, destinado a fortalecer la prestación de servicios que brindan los centros de salud a los usuarios (as) a través de la adquisición de equipo médico de baja y mediana complejidad (con ¢5.000 millones al año).

También en el tema de inversiones, la CCSS está gestionando un fideicomiso de desarrollo de obra pública para el desarrollo de 53 proyectos de inversión: 30 sedes de áreas de salud, 22 construcciones de sucursales y direcciones regionales de sucursales y 1 centro de almacenamiento y distribución. Este fideicomiso se financiaría con recursos internos provenientes del Seguro de Salud. Se proyecta que las obras se construirían en un plazo de 7 años y que las mismas tendrían una vida útil de 60 años.

### **5.1.2 Diferencia de Ingresos y Egresos<sup>4</sup>**

El superávit es la situación financiera que se determina al final de período, en la que los ingresos han sido superiores a los gastos, produciendo un resultado favorable o positivo, su composición tiene dos categorías: superávit libre y superávit específico. El superávit libre se puede aplicar a las distintas finalidades; mientras que el superávit específico tiene que destinarse a un fin determinado, según disposiciones especiales o legales.

---

<sup>4</sup>Informes de Liquidación Presupuestaria

En el caso de la Caja Costarricense del Seguro Social, la mayor parte del superávit tiene una finalidad específica. En el cuadro siguiente se muestra el detalle de los superávits obtenidos en el Seguro de Salud durante el periodo 2013-2017; asimismo, se detalla la composición según recursos libres y específicos para cada periodo.

Tabla 4: Detalle de Superávit del Seguro de Salud  
Periodo 2017 (En millones de colones)

Detalle	2017
<b>Superávit</b>	<b>513,997.3</b>
Libre	80,628.5
Específico	433,368.8

Fuente: Informes de liquidación presupuestaria del Seguro de Salud 2017.

Los recursos incorporados dentro del superávit específico de la CCSS incluyen, entre otros, las contribuciones a la Seguridad Social, los recursos del Proyecto de Fortalecimiento de la Red Oncológica Nacional, Ley de Control del Tabaco, Ley Beneficios a Responsables de Pacientes en Fase Terminal y recursos provenientes del Gobierno para la atención de la población asegurada por el Estado.

Dentro de los principales proyectos que se han financiado con los recursos provenientes de leyes especiales, se cita, equipos perforadores de hueso, equipos de rayos x, máquinas de anestesia, equipos para las clínicas de cesación de fumado, equipo de Spect CT, equipos de ecocardiografía, ventiladores pulmonares, equipos de angiografía, equipos de autoclave, equipos de videobroncospía, actualización tecnológica de Radioterapia, remodelaciones en los cuartos de hospitalización de medicina nuclear del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, obras de construcción para la preinstalación de 9 equipos de rayos X, diseño y construcción sistema de angiografía y sala de operaciones Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, entre otros.

Por su parte, con los recursos provenientes de la contribuciones se han constituido los fondos que financiarán los distintos proyectos, donde se incluye, la construcción y equipamiento de cuatro nuevos hospitales, entre ellos el Monseñor Sanabria de Puntarenas, Dr. Max Peralta de Cartago, William Allen de Turrialba y Dr. Manuel Mora de Golfito, treinta áreas de salud, las torres médicas de los hospitales Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, San Juan de Dios y México, entre otras inversiones de alto impacto.



### 5.1.3 Indicadores de presupuestarios del Seguro de Salud<sup>5</sup>

En el presente apartado se muestra el detalle los principales indicadores presupuestarios presentados en el Seguro de Salud durante el periodo 2013-2017.

Tabla 5: Indicadores de Gestión Presupuestaria del Seguro de Salud  
Periodo 2013-2017

Indicador	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Ejecución presupuestaria</b>					
Ingresos Corrientes	98.6%	99.0%	99.6%	98.3%	105.1%
Ingresos Totales	99.3%	99.0%	106.8%	100.2%	108.7%
Ingresos Totales sin Financiamiento	98.5%	98.9%	99.6%	98.4%	105.1%
Egresos Totales	90.8%	86.9%	90.0%	85.9%	85.6%
Egresos menos Sumas sin Asignación Presupuestaria	93.4%	91.7%	91.6%	87.8%	86.1%
<b>Crecimiento</b>					
Crecimiento de Ingresos Totales	11.4%	10.0%	12.8%	13.3%	7.4%
Crecimiento de Contribuciones	9.9%	9.4%	7.4%	6.4%	6.9%
Crecimiento de Egresos Totales	7.7%	5.7%	8.3%	15.3%	-1.3%
Crecimiento de Remuneraciones	8.0%	6.2%	7.3%	3.6%	4.5%
<b>Solvencia Presupuestaria</b>					
Egresos Corrientes / Ingresos Corrientes	92.9%	91.8%	91.5%	87.8%	84.7%
<b>Autonomía Presupuestaria</b>					
Ingresos propios (contribuciones, ingresos no tributarios) / Ingresos Totales	83.3%	83.0%	80.1%	74.9%	75.7%
<b>Dependencia Presupuestaria</b>					
Transferencias Corrientes / Ingresos Totales	11.7%	9.0%	8.3%	10.9%	10.8%
<b>Estructura del Gasto</b>					
Remuneraciones / Egresos Totales	66.1%	66.5%	65.9%	59.2%	62.7%
<b>Gasto en Inversión</b>					
Bienes Duraderos / Contribuciones	3.6%	3.7%	4.1%	4.6%	4.7%

Fuente: Informes de Evaluación presupuestaria del Seguro de Salud 2013-2017.

En los indicadores de eficiencia presupuestaria destaca que la ejecución de los ingresos totales, durante el periodo 2013-2017 en promedio fue del 102.8%, esto favorecido ante estimaciones de ingresos muy cercanas a la realidad. En el caso

<sup>5</sup>Estados financieros 2014-2018

de los egresos totales, la ejecución promedio del periodo 2013-2017 fue del 87.8%.

Con respecto a los indicadores de crecimiento, se tiene que a pesar de que existe un crecimiento en las contribuciones, se debe considerar que el mismo presenta una tendencia a la baja en cada periodo. De ahí, la importancia de incorporar otras fuentes de ingreso que permitan el financiamiento del Seguro de Salud.

Por otra parte, los egresos muestran un crecimiento promedio del 7.0% (2014-2017), recursos que se han utilizado para asegurar el financiamiento de los gastos de operación requeridos para la prestación de los servicios y el fortalecimiento de las inversiones. En el año 2017 se muestra un decrecimiento en los egresos totales, esto debido principalmente a que el grupo Activos financieros presentó una ejecución de ₡50,988.3 millones, de acuerdo con la programación de la adquisición de títulos valores a largo plazo.

En el tema de remuneraciones, estas han presentado un menor crecimiento que el mostrado en los años 2013, 2014 y 2015 donde crecieron 8.0%, 6.2% y 7.3%, respectivamente.

Por otra parte, el indicador de solvencia presupuestaria cada vez es menor, para el año 2017 los egresos corrientes representaron el 84,5% de los ingresos corrientes, lo cual indica una mejora en las finanzas, al demostrar que los ingresos corrientes son suficientes para financiar los egresos corrientes, permitiendo disponer de mayores fondos para inversiones y para el aprovisionamiento de los proyectos de infraestructura.

Respecto al indicador de estructura del gasto, como se señaló en el apartado de Egresos, las remuneraciones en relación con el gasto total han presentado una tendencia decreciente.

En cuanto al tema de inversiones, como se mencionó anteriormente, se ha destinado mayor cantidad de recursos para fortalecer la infraestructura y el equipamiento. En ese sentido, la relación bienes duraderos entre contribuciones durante el periodo 2013-2018 es favorable dado que el porcentaje de las contribuciones que se ha destinado a inversiones tiene una tendencia creciente, en pro de la mejora en los servicios que se prestan a la población.

#### **5.1.4 Mejorar la asignación de recursos y sostenibilidad financiera.**

El 3 de agosto de 2017 se expuso a la Junta Directiva, en el artículo 19, de la sesión 8919, los principales ejes para el avance hacia el logro de la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud, a saber; 1) Implementación de buenas prácticas en la gestión, 2) Rediseño del Modelo de Financiamiento, 3) Asignación de

Recursos e Inversiones estratégicas y 4) la Eficiencia de la Gestión de los Servicios.

El eje denominado “Asignación de Recursos e Inversiones Estratégicas” de la política tiene como fin el fortalecimiento del proceso de presupuestario y de planificación, con el objetivo de acercar las necesidades de dotación de recursos que requiere la población y la mejora continua de la gestión del Seguro de Salud, mediante los siguientes componentes:

- **Integración del proceso de Planificación y Presupuesto.**

Mediante adición al contrato de servicios de consultoría N° 9695, de la licitación abreviada N° 2015-LA-000029-05101 “Estructuración del Plan de Innovación para la mejora de la gestión Financiera-Administrativa-Logística de la CCSS basado en soluciones tecnológicas”, se contrató los servicios para la definición del proyecto “Elaboración de metodología de Gestión para Resultados (GpR) en la CCSS”.

La citada consultoría se desarrolló entre los meses de febrero y mayo del 2017, misma que revisó las metodologías del proceso de planificación y presupuesto institucional existentes, considerando el enfoque de Gestión para Resultados (GpR); a partir de los resultados obtenidos, se estableció una propuesta base, con el propósito de realizar la transición hacia un modelo de gestión integral. La propuesta incluyó las herramientas y los requerimientos para la conceptualización y diseño de una solución informática.

A su vez, para la formulación del Plan-Presupuesto del periodo 2018-2019, se incorporó a la “Matriz de justificaciones de presupuesto” la vinculación con los objetivos de los Planes Tácticos Operativos Gerenciales, esto con el propósito de integrar en forma paulatina elementos para un mayor alineamiento entre los planes. Para continuar con la implementación, se conformó un equipo de trabajo con funcionarios de la Dirección de Planificación Institucional, la Dirección de Presupuesto y la Gerencia Financiera, el cual en forma conjunta desarrolló un análisis de los principales ejes y líneas de acción que se plasmaron en el cronograma de trabajo.

- **Programación física y financiera de mediano plazo (Plurianual) en el Seguro de Salud.**

Consiste en una herramienta de programación físico-financiera de mediano plazo que permite distribuir los recursos presupuestarios que se prevén recaudar en un período de 3 a 5 años, con sujeción al Plan Estratégico Institucional. Tiene por objetivos fortalecer la programación físico-financiera de los recursos a mediano plazo, facilitar el seguimiento y el cumplimiento de los programas y proyectos,

incentivar la práctica de pensamiento estratégico y posibilitar el cumplimiento de los programas y proyectos de maduración plurianual.

Al respecto, se conformó un equipo de trabajo bajo la coordinación de la Gerencia Financiera con el apoyo de las instancias técnicas pertinentes, para que se establezcan las acciones a desarrollar en la conceptualización, diseño e implementación gradual del presupuesto plurianual en la CCSS.

- **Elementos prospectivos en la asignación de recursos al primer nivel, a los centros hospitalarios y por redes/región.**

Los mecanismos de asignación prospectiva utilizan información actual de las características en salud de la población objetivo y la oferta de servicios prestados por la institución, a fin de acercar los recursos presupuestarios a las necesidades en salud de las personas y mejorar la capacidad de gestión financiera. Para ello, se plantea la introducción de dos metodologías de asignación de recursos:

Los recursos para el primer nivel de atención se asignarían con base en una fórmula capitada ajustada por riesgo; los ajustes de riesgo se harían en forma paulatina y progresiva, iniciando con ajustes por sexo y edad, y conforme se disponga de más información se introducirían variables socioeconómicas y epidemiológicas.

En el caso de la atención hospitalaria, los recursos se asignarían según los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD), el cual es un sistema de clasificación de pacientes que agrupa los egresos hospitalarios basándose en criterios de similitud clínica y consumo de recursos.

Para ambas metodologías se conformó un equipo de trabajo bajo la coordinación de la Gerencia Financiera con el apoyo de las instancias técnicas pertinentes, para establecer las acciones a desarrollar en la conceptualización, diseño e implementación.

#### **5.1.5 Descripción y justificación de créditos asumidos**

En 2017, la Junta Directiva de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) tomó la decisión de poner en marcha el más ambicioso plan de inversión que esta institución haya concebido para beneficiar de manera directa a las familias y comunidades de Costa Rica. **Es un plan de inversión en equipamiento e infraestructura histórico para nuestro país, la Caja y la región.**

Las obras incluidas en el **Portafolio de Proyectos de Inversión en Infraestructura y Tecnologías 2017-2021** implicará una inversión de **€841.683 millones**, gestionados tanto institucionalmente como a través de fideicomisos. De

igual manera se incluye agilizar cirugías, ultrasonidos y acortar tiempos de espera para los asegurados.

El Plan de Inversión surge tras la voluntad de la Administración Solís Rivera de saldar una parte importante de la deuda histórica que arrastraba el Gobierno con la CCSS en mayo del 2016. El convenio de pago se financió a través de un préstamo solicitado al Banco Mundial por un monto de \$420 millones y que utilizará una figura innovadora, conocida como Programa por Resultados, que garantiza los desembolsos económicos a partir del cumplimiento de una serie de compromisos de desempeño pactados por la CCSS

Entre los proyectos gestionados por los equipos técnicos de la CCSS, tal como ha sido la determinación de la Administración Solís Rivera, se encuentran la construcción y equipamiento de los hospitales de Turrialba, Cartago, Golfito, Puntarenas. Y finalmente, se ha dejado planificado el futuro Hospital de Limón.

A esto se suma 5 proyectos en los hospitales especializados como es la remodelación del Hospital de las Mujeres y la construcción y equipamiento de la Unidad de Medicina Reproductiva de este centro médico; reforzamiento estructural y sistemas electromecánicos del Hospital de Niños y el Centro Psiquiátrico Penitenciario.

29 obras de mejoramiento, construcción, equipamiento, remodelación, reforzamiento estructural y readecuación de los hospitales San Juan de Dios, México y Calderón Guardia. 12 proyectos en hospitales regionales que incluyen el Tony Facio de Limón, el Escalante Pradilla de Pérez Zeledón, el San Rafael de Alajuela, el Enrique Baltodano de Liberia. En este apartado están las nuevas sedes de los hospitales de Cartago y Puntarenas.

10 obras de readecuación estructural, construcción, equipamiento, fortalecimientos, ampliación y remodelación en los hospitales periféricos que incluyen el de la Anexión en Nicoya, el de Guápiles, San Carlos, Los Chiles, Grecia. Incorpora la construcción de los nuevos hospitales de Turrialba y Golfito.

Un total de 21 Sedes de Áreas se van a construir, ampliar y remodelar. Incluye la nueva área de salud de Heredia; la construcción y equipamiento de las Áreas de Salud de Golfito, Naranjo, San Isidro de Heredia, Santa Bárbara, Santa Cruz. La ampliación de las sedes de Coronado, Guadalupe, Hatillo, Horquetas, Mata Redonda, Osa, Puerto Viejo de Sarapiquí, Zapote, Bataán, Limón y Oreamuno.

La construcción y equipamiento de 33 nuevos EBAIS ubicados en Vuelta de Jorco, Tirrases, Paracito, Dos Cercas, Los Sitios, Santa Cruz de Turrialba, San Juan de Corralillo, Llanos de Santa Lucía, Cot, San Rafael de San Ramón, La Ribera de



Belén, El Mesón de Grecia, Pacto del Jocote, San Juan del Sur de Poás, Upala, Guadalupe de Liberia, Cedral de San Carlos, San Juan de Ciudad Quesada, Santa Clara de Florencia, Cabagra, Santa Cruz de Buenos Aires, Paso Canoas, Palmar Sur, Cañaza de Puerto Jiménez, La Peña de Punta Burica, San Andrés y Alamedas de Golfito, San Vito, Penhurst, Bajo Bihel y Piedra Mesa en Talamanca y Santa Eduvigis en Chacarita.

El portafolio de inversiones incluye 4 proyectos administrativos y logísticos; 16 de equipamiento médico con mamógrafos, tomógrafos, angiógrafos y rayos X y 17 de equipos varios para colocar en diferentes centros médicos.

Por medio del fideicomiso de obra pública acordado para la construcción y equipamiento se van a construir 30 nuevas Áreas de Salud en Acosta, Aguas Zarcas, Aguirre, Alajuela Oeste, Alajuela Sur, Bagaces, Buenos Aires, Cariari, Carrillo, Cartago, Ciudad Quesada, Cóbano, Desamparados 3, Garabito, Goicoechea 2, Grecia, Guápiles, Heredia, Cubujuquí, Heredia Virilla, La Fortuna, La Unión, Liberia, Moravia, Nicoya, Orotina San Mateo, Paraíso Cervantes, Pérez Zeledón, Poas, San Ramón y Talamanca.

Con esta modalidad de Fideicomiso se construirán 22 sucursales, el Centro de Almacenamiento y Distribución de la CCSS y la Torre Esperanza de Cuidados críticos del Hospital Nacional de Niños.

Se trata de una institución que trabaja 24/7, desde distintos flancos, para adecuarse y responder a las demandas que plantea la población con programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación y cuidados paliativos.

Paralelamente, se trabaja para concluir la implementación del Expediente Digital Único en Salud (EDUS) en el primer nivel de atención mientras que Expediente Hospitalario está implementado a un 98% y se ha planificado todo para que en septiembre se complete al 100%.

El 07 de enero de 2014, en la ciudad de San José, se formaliza el préstamo externo Línea de crédito BCIE 2128, por la suma \$270,000,000.00 (Doscientos setenta mil dólares), con la entidad bancaria Banco Centroamericano de Integración Económica BCIE, por 20 años con un periodo de gracia de 5 años en los cuales se cancelan únicamente intereses.

Se empiezan a realizar desembolsos a partir del 10 de octubre de 2014 y hasta la fecha se han hecho efectivos 13 desembolsos, según el siguiente detalle:

Tabla 6: Control de desembolsos Crédito BCIE

<b>CONTROL DE DESEMBOLSOS POR FUENTE DE RECURSOS</b> <b>PLAN NACIONAL DE INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA</b> <b>PRESTAMO No. 2128</b>			
<b>No. Desembolso</b>	<b>Fecha del desembolso</b>	<b>Monto del desembolso \$</b>	<b>Monto en ¢</b>
1	10/10/2014	5,000,000.00	2,727,450,000.00
2	27/02/2015	3,116,499.65	1,684,748,545.79
3	27/03/2015	2,794,568.56	1,504,539,821.33
4	28/05/2015	3,470,517.31	1,872,864,666.34
5	08/07/2015	4,630,533.51	2,503,312,720.84
6	28/08/2015	3,906,279.41	2,100,992,380.67
7	03/11/2015	4,504,243.14	2,415,580,553.55
8	27/11/2015	3,656,099.32	1,953,673,232.64
9	30/03/2016	4,852,961.47	2,611,330,037.39
10	23/05/2016	3,818,029.96	2,063,797,914.58
11	30/11/2016	3,626,314.92	2,003,321,414.40
12	15/06/2017	3,354,125.63	1,915,172,193.47
13	24/11/2017	4,328,007.10	2,452,898,023.93
<b>Total</b>		<b>51,058,179.98</b>	<b>27,809,681,504.9</b>

Fuente: Gerencia Financiera

Es decir, que de los \$270 millones se han desembolsado \$51 millones, restando aún \$219 millones por desembolsarse. Respecto a la forma de pago, se cancelan intereses de forma semestral en los meses de abril y octubre de cada año, iniciando con el pago de intereses en abril del año 2015.

El objetivo general de este préstamo es; Ejecutar el “*Programa de Renovación de la Infraestructura y Equipamiento Hospitalario*”, basándose específicamente en remodelación y ampliación del Hospital Monseñor Sanabria, en la provincia de Puntarenas, remodelación y ampliación del Hospital de Nicoya, en la provincia de Guanacaste y construcción de La Torre Este del Hospital Calderón Guardia. Además de abastecer de equipo a las unidades antes mencionadas.

## EJECUCION:

### 1. Proyecto de Nicoya:

Al 28 de febrero de 2018, el monto ejecutado en obra civil y equipamiento es por la suma de \$36,755,602.65, escalamiento (gastos adicionales a lo que está contemplado en la oferta) por un monto de \$584,634.03 y gastos imprevistos por \$ 366,858.67.

Cabe indicar que el proyecto de Nicoya se encuentra en el proceso de recepción definitiva de la fase 3 (Quirófanos, Nutrición y Módulo de Nuevos Consultorios), con lo cual se da por finalizado este proyecto.

## **2. Proyecto Torre Este Hospital Calderón Guardia:**

Ejecutado al mes de febrero por obra civil y equipamientos la suma de \$ 1,382,525.02 y en este mismo rubro, pero en obras adicionales un monto por \$ 11,520.000.00. Con respecto a la Etapa 1 Nutrición y Ropería se indica que las obras complementarias del Hospital Calderón Guardia ya se finalizaron, lo referente a la Etapa 2 está en operación y proceso de ejecución con un porcentaje aproximado al 5% de avance.

## **3. Proyecto Hospital Monseñor Sanabria Puntarenas:**

Este proyecto se encuentra en proceso de licitación, específicamente en la apertura de ofertas.

En resumen, se han ejecutado a la fecha \$50,609.6 millones, el saldo restante de los desembolsos se mantiene en inversiones a la vista bajo el control del Área de Tesorería General, para cumplir con las obligaciones de los avances de dichos proyectos.

### **5.1.6 Informes de viajes al exterior**

Durante el periodo como jerarca solo viajé. Asistí, XXXIX Antigua Guatemala, 05, 06 y 07 de marzo de 2018. CISSCAD. Motivo: Reunión - Entrega de la Presidencia Pro-tempore del CISSCAD.

## **5.2 Proveeduría y Contratación Administrativa**

### **5.2.1 Acciones tomadas para la mejora de los procesos de proveeduría y los procesos de contratación administrativa, hacer mención expresa si la entidad utiliza MerLink/SICOP.**

### **Intervención Administrativa de varias Direcciones de la Gerencia de Logística**

En mayo del 2017, en coordinación con el Presidente Ejecutivo el doctor Fernando Llorca y la arquitecta Gabriela Murillo Jenkins, Gerente a.i. de Logística, se tomó la decisión de intervenir, por un período de seis meses, a la Dirección de Aprovisionamiento de Bienes y Servicios, unidad responsable de la compra y abastecimiento de medicamentos e insumos en la institución.

La medida busca garantizar el suministro oportuno de los medicamentos e insumos que los usuarios de la entidad requieren y salvaguardar su vida y el derecho a la salud.

Las áreas intervenidas específicamente son: Adquisiciones, Gestión de Medicamentos y el área de Almacenamiento y Distribución (área de almacenamiento y distribución (ALDI)).

La medida se adopta luego de profundos análisis que permitieron determinar un aumento inusual de hasta un 40%, de medicamentos e insumos registrados en cero durante el último año, la acumulación de cerca de 240 expedientes de trámite de sanciones a proveedores que se quedaron en oficinas, algunos ya caducaron y que podrían generar riesgos de impunidad, así como el incremento de las compras de emergencia, las cuales encarecen los productos y someten a altos niveles de estrés a los colaboradores. Adicionalmente, se tomó como referencia un informe de la Auditoría Interna de diciembre de 2017.

#### **Repetida Instrucción de Actualizar el Reglamento de Compras de la CCSS.**

En seguimiento a los oficios P.E. 14083-17, P.E. 14657-17, P.E. 14997-2017 y P.E. 0927-2018, relacionados con la solicitud de este Despacho de elaborar una propuesta de modificación al Reglamento de compras de la Institución, que permita que el desarrollo de fichas técnicas de carteles de licitación incorporen estándares de calidad de acuerdo al Sistema Nacional de Calidad vigente y al Ente de Normalización oficial, y en donde además, se solicitó incluir los siguientes parámetros en dicha propuesta.

- Inclusión de criterios ambientales por definir en la ponderación de ofertas de medicamentos adquiridos por la CCSS.
- Implementación de lineamientos o mecanismos de entrega medicamentos en situ (hospitales, clínicas) por parte de los proveedores.
- Establecimiento de protocolos /o criterios objetivos para determinar cuándo las compras prorrogables pueden ampliarse o cuando debe sacarse un nuevo concurso.
- Situación de porcentaje de lotes y diferencia máxima en la entrega.
- Definir la aplicación del porcentaje en la banda del más menos 5% de los lotes.

Durante la presentación del primer informe de intervención de la Dirección de Adquisición de Bienes y Servicios, por parte de la Arq. Gabriela Murillo y sustentada en el oficio GL-0823-2018, ante la Junta Directiva –en forma unánime y firme– acordó según el artículo 23º de la sesión número 8975, celebrada el 5 de julio del año en curso:

“ACUERDO PRIMERO: apoyar el proceso de intervención decretado por la Gerencia de Logística y, en consecuencia, se instruye a toda la Administración para que los requerimientos y trámites que el grupo interventor de la Dirección de Adquisición de Bienes y Servicios presente, ante diferentes dependencias de esta Institución sean tramitadas, con carácter preferente, en los plazos solicitados.

ACUERDO SEGUNDO: instruir a la Gerencia Administrativa para que, a través de la Dirección de Administración y Gestión de Personal, realice, en el término de quince días, un estudio para ser presentado a esta Junta Directiva, sobre requerimiento de recurso humano, que pueda atender oportunamente el flujo de trabajo que representa el proceso de ejecución contractual en la Dirección de Aprovisionamiento de Bienes y Servicios. Asimismo, a través de la oficina competente desarrolle los estudios técnicos necesarios, realice y exponga a esta Junta Directiva una propuesta para conformar una sección especializada y dedicada a la atención y trámite de los procedimientos administrativos del régimen de sanción a particulares, dado el alto volumen de las compras institucionales y su trascendencia económica, así como el nivel de especialización en materia de contratación administrativa.

ACUERDO TERCERO: instruir a las Gerencias Médica, Financiera, Administrativa y de Pensiones para que designen tres profesionales en Derecho de cada Gerencia, para trabajar de forma transitoria en la reducción del circulante de procesos atrasados en tanto se concluye el estudio instruido en el punto anterior.

ACUERDO CUARTO: instruir la Gerencia Administrativa para que, en colaboración con la Gerencia de Logística y a través de las unidades competentes, formule a la Junta Directiva una propuesta sobre la necesidad y viabilidad de una reingeniería completa del proceso de logística Institucional y cadena de abastecimiento en el contexto de las mejores prácticas a nivel internacional y que éste se integre con el proceso de Reestructuración organizacional del Nivel Central que se encuentra en marcha. Para lo anterior se autoriza la búsqueda de apoyo externo especializado.

ACUERDO QUINTO: instruir a la Gerencia Administrativa para que colabore, en forma prioritaria y de manera urgente con la Gerencia de Logística, para una revisión del organigrama actual de la Dirección de Aprovisionamiento de Bienes y Servicios, de manera que se presente a esta Junta Directiva, propuesta de acciones concretas y de ejecución inmediata que permitan disminuir los riesgos operativos identificados por el grupo interventor en la etapa de ejecución contractual.”

### **Instrucción de la Presidencia Ejecutiva y Firma de Convenio para utilizar SICOP de Hacienda**

Desde mediados del año 2017, la Presidencia Ejecutiva ha impulsado reformas normativas y operativas en el sistema de compras, abastecimiento y distribución de



medicamentos e insumos de la Caja, esto con poco éxito, motivado por un pobre entusiasmo por parte de la administración activa. Entre las medidas reseñó la necesidad de incorporar los criterios de normas de calidad INTECO que están siendo producidas por el comité INTECO 44 especializado en salud y que fue impulsado desde el Ministerio de Salud en el 2016 cuando yo era Ministro de Salud. El sistema de adquisiciones es un muy sensible y realmente impacta de manera importante en los servicios de salud. Nosotros le estamos apostando a entrar en un proceso de modernización de todo el sistema de abastecimiento e incorporar las herramientas tecnológicas que se requieren.

En este momento ya se tienen algunos sistemas de información y se trabaja intergerencialmente para el desarrollo de las interfases para los sistemas SIGES-SIFA y SICS para darle mayor trazabilidad a los medicamentos e insumos médicos, se diseña un módulo de inteligencia de negocio, logrando actualizar los registros de inventarios de la red de servicios todos los días a media noche. SIGES (SISTEMA DE GESTIÓN DE SUMINISTROS), SIFA (SISTEMA DE FARMACIA) Y SICS (CONTABILIDAD).

Pero la idea es poder avanzar más rápido en esa parte. Por ejemplo, **para mayo del 2018 ya se había firmado un convenio con SICOP, el sistema de compras públicas y único del Estado administrado por el Ministerio de Hacienda, para que la Caja mantenga la plataforma de compras electrónicas.** Eso ayudará a incorporar elementos de transparencia y de eficiencia a los procesos.

### **Negociación Conjunta de Precios y Compra de Medicamentos COMISCA**

La Negociación Conjunta de Precios y Compra de Medicamentos es una iniciativa de salud regional, impulsada por el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) en el marco del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA), como opción para favorecer el acceso a medicamentos.

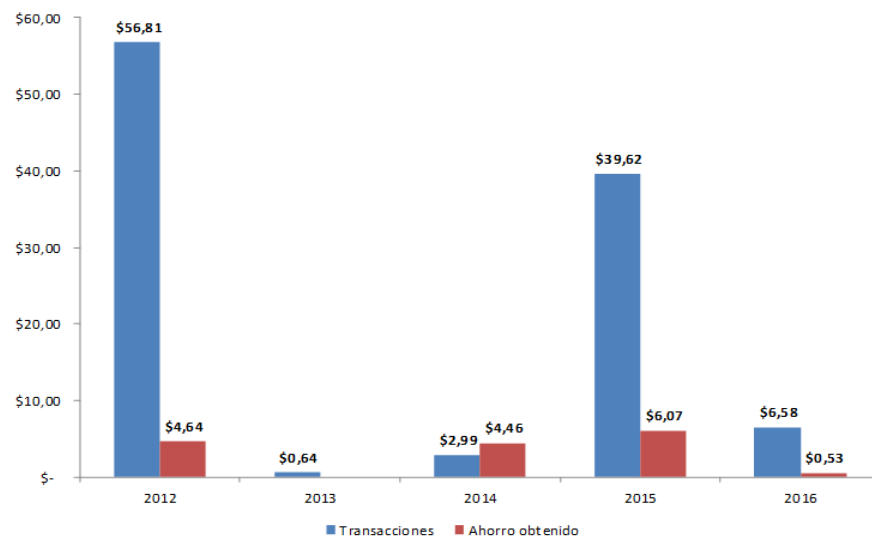
Esta iniciativa nace en el año 2009, cuando el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) toma un acuerdo para que proceda a la compra de medicamentos con base en una Negociación Conjunta de Precios y Compra de Medicamentos regional, mediante la definición de los instrumentos jurídicos que viabilicen el proceso de compra conjunta, con el objetivo de obtener beneficios para los países miembros.

Para realizar la Negociación Conjunta, se definió un listado armonizado regional de los medicamentos que se incluyen en los eventos de negociación, el cual se basa en los criterios de alto costo, medicamentos que pudieran representar una erogación significativa a falta del musculo de negociación regional, difícil adquisición, alto valor terapéutico y uso oficial común en al menos tres países.

La Negociación Conjunta ha generado múltiples beneficios para los Ministerios de Salud e Instituciones de Seguridad Social de la región, entre los cuales se destaca la disminución y contención de costos para los medicamentos adjudicados con este mecanismo, la determinación de estándares de calidad armonizados, eficiencia en términos de gestión para las unidades de compras de las Instituciones participantes.

La CCSS ha participado en seis eventos de negociación desde el año 2009, adquiriendo un total de 44 medicamentos diferentes, los cuales han generado ahorros económicos significativos en la adquisición de medicamentos en el orden de US\$22,54 millones en el período 2009-2016. A partir del año 2012, se contabilizan US\$15,70 millones de ahorro. En el gráfico no. 1 se presenta el volumen de las transacciones efectuadas y los ahorros obtenidos a partir del evento de negociación conjunta de precios en el año 2012. En el cuadro anexo se detallan los medicamentos adquiridos durante el período 2012-2016 a través de COMISCA y el ahorro que se genera a partir de la disminución de los precios de los mismos.

Gráfico 1: Volumen de compra y ahorro obtenido por evento de negociación



Fuente: SIGES Y SE-COMISCA

Los eventos de mayor volumen de ahorro para Costa Rica han sido los eventos realizados en los años 2012 y 2015, lo cual tiene relación con la cantidad de medicamentos negociados en dichos eventos, la disminución de los precios obtenida de cada evento y el volumen adquirido por la Institución.

En el caso de Costa Rica se puede destacar que los ahorros acumulados representan alrededor del 15% del valor total de las compras realizadas en COMISCA durante todo el período, lo que refleja un beneficio real y significativo al participar en la Negociación Conjunta, beneficio que también ha sido percibido por otros países de la región, dado que según datos reportados por SE-COMISCA, al 2016 se acumuló un ahorro regional cercano a los US\$62 millones, con El Salvador, República Dominicana y Costa Rica a la cabeza de los países con mayor beneficio.

Por lo tanto, se considera fundamental que la Institución continúe participando en la Negociación Conjunta, haciendo frente a los retos que plantea el mecanismo, tales como, garantizar la autosostenibilidad financiera dado que hasta el año 2017 recibió de la Agencia Española de Cooperación Internacional ayuda para financiar los gastos operativos de la Secretaría, sin embargo, no se contará con este apoyo por más tiempo. Por lo cual dentro del Reglamento de Negociación Conjunta COMISCA se planteó un modelo de financiamiento autónomo, proveniente de las siguientes fuentes:

- de cuotas de incorporación por el ingreso de nuevas Instituciones de Salud al mecanismo.
- de las contribuciones provenientes del beneficio obtenido por el uso del mecanismo por parte de las Instituciones de Salud que efectúan compras con los precios negociados,
- Podrá también recibir fondos provenientes de la Cooperación Internacional, de la SE-COMISCA o donaciones de fundaciones o asociaciones legalmente establecidas; mientras estas no sean provenientes de personas naturales o jurídicas que puedan ser o que sean proveedores o distribuidores de los bienes adquiridos por SE-COMISCA; iv) u otras fuentes de financiamiento que el COMISCA autorice. Para el financiamiento inicial en el año 2018, el aporte de cada institución se establece en 0.5% de los beneficios obtenidos durante el período 2009-2016, mientras que, a partir del año 2019, el aporte se establece en 2% calculado sobre la base de los beneficios obtenidos anualmente, tomando como referencia para el aporte del año 2019 los beneficios obtenidos en el año 2017, de acuerdo con el procedimiento establecido por la SE-COMISCA.

El monto a financiar es el monto estimado de los costos de operación de la Negociación Conjunta COMISCA el cual será hasta un máximo de US\$250,000.00, por lo tanto, el monto de los aportes de las instituciones de salud deberá ser ajustado anualmente considerando sus beneficios y de acuerdo con el número de nuevas instituciones que se incorporen, por ello es necesario impulsar un mayor uso del mecanismo por parte de los países e instituciones de seguridad social en la región.

Este modelo de financiamiento tiene como antecedente el documento denominado “Propuesta de Fortalecimiento para la Negociación Conjunta COMISCA, Modelo de Financiamiento para la Autosostenibilidad”, de marzo 2017, donde se explican los diferentes aspectos que motivaron la construcción de los porcentajes de aporte por cada institución por el uso del mecanismo. Dicha propuesta fue elaborada en conjunto por la SE COMISCA, la CCSS y el Ministerio de Salud de Costa Rica, en atención a lo resuelto en la XLV Reunión Ordinaria de COMISCA, donde se solicitó que durante la Presidencia Pro Témporte de Costa Rica se presentara una propuesta alternativa de financiamiento de la Negociación Conjunta de Medicamentos, basado en el uso del mecanismo por cada institución de salud, con el apoyo de la Comisión Técnica Subregional de Medicamentos.

A continuación, se presentan los ahorros logrados por año, producto de esta negociación.

Tabla 7: Ahorros por Año en compras con precios negociados 2013-2017

SECRETARIA EJECUTIVA DEL CONSEJO DE MINISTROS DE SALUD DE CENTROAMERICA Y REPÚBLICA							
RESUMEN COMPRAS EJECUTADAS CON PRECIOS NEGOCIADOS PERIODOS 2012-2016							
Caja Costarricense del Seguro Social							
#	Año Negociac. COMISCA	Medicamento	Código Institucional	Periodos contratados	Periodos reales contratad	Inversión CCSS Precio COMISCA	Ahorro
1	2013	Factor IX 500 - 600UI	1-10-12-3820	1	1	\$637,200.00	\$0.00
				TOTALES 2013		\$637,200.00	\$0.00
Caja Costarricense del Seguro Social							
#	Año Negociac. COMISCA	Medicamento	Código Institucional	Periodos contratados	Periodos reales contratad	Inversión CCSS Precio COMISCA	Ahorro
1	2014	Clopidogrel 75 mg	1-10-07-1770	4	2	\$1,845,815.76	\$3,552,682.61
2	2014	Ifosfamida 2 gramos fa	1-10-41-4123	1	2	\$42,612.00	\$4,134.00
3	2014	Oxaliplatino 5 mg/ml	1-10-41-4353	2	2	\$658,844.64	\$878,998.32
4	2014	Medroxiprogesterona Acetato 150mg	1-10-36-4250	0	0	\$0.00	\$0.00
5	2014	Micofenolato de Mofetilo 250 mg.	1-10-41-0043	1	1	\$443,250.00	\$28,565.00
				TOTALES 2014		\$2,990,522.40	\$4,464,379.93

Caja Costarricense del Seguro Social							
#	Año Negociac. COMISCA	Medicamento	Código Institucional	Periodos contratados	Periodos reales contratados	Inversión CCSS Precio COMISCA	Ahorro
1	2015	Carbamazepina 200 mg Tableta	1-10-28-0270	3	2	\$1,108,800.00	\$0.00
2	2015	Carvedilol 6.25mg Tabletas	1-10-07-1765	3	2	\$1,656,000.00	\$57,600.00
3	2015	Imatinib 400 mg. Tabletas	1-10-41-0935	3	2	\$10,810,000.00	\$1,265,000.00
4	2015	Capecitabina 500 mg Tableta	1-10-41-0285	3	2	\$3,450,000.00	\$383,000.00
5	2015	Paclitaxel 6mg/ml	1-10-41-4395	0	0	\$0.00	\$0.00
6	2015	Irinotecan Hidrocloruro 20mg/ml	1-10-41-4845	3	1	\$138,828.00	\$91,546.00
7	2015	Gemcitabina Base 1 G. fa	1-10-41-4951	3	0	\$0.00	\$0.00
8	2015	Gemcitabina Base 200mg fa	1-10-41-4952	3	0	\$0.00	\$0.00
9	2015	Ácido Zoledrónico (anhidro) 4 mg	1-10-14-4397		0	\$0.00	\$0.00
10	2015	Albúmina humana 20% a 25%.	1-10-44-3098	3	2	\$2,563,550.00	\$164,067.20
11	2015	Factor VIII, 500 a 600 unidades.	1-10-12-4000	3	2	\$4,195,000.00	\$908,500.00
12	2015	Tacrolimus 1 mg Cápsula	1-10-41-1618	3	2	\$2,844,000.00	\$126,000.00
13	2015	Tacrolimus 0,5mg Cáps.	1-10-41-1617	3	2	\$824,000.00	\$40,000.00
14	2015	Inmunoglobulina humana 6 g.	1-10-44-4035	3	2	\$8,330,400.00	\$2,829,600.00
15	2015	Surfactante Pulmonar, Beractant	1-10-50-4655		0	\$0.00	\$0.00
16	2015	Ciclosporina A solución oral	1-10-41-6455	3	2	\$312,000.00	\$0.00
17	2015	Micofenolato de Mofetilo 250 mg.	1-10-41-0043	3	2	\$1,089,860.00	\$136,232.50
18	2015	Adalimumab	1-11-41-0093		1	\$2,295,000.00	\$67,500.00
				TOTALES 2015		\$39,617,438.00	\$6,069,045.70



Caja Costarricense del Seguro Social							
#	Año Negociac. COMISCA	Medicamento	Código Institucional	Periodos contratados	Periodos reales contratados	Inversión CCSS Precio COMISCA	Ahorro
1	2016	Filgrastim 300UG/ML	1-10-41-3825	3	1	\$839,575.00	\$0.00
2	2016	Factor IX	1-10-12-3820	3	1	\$630,477.40	\$53,922.60
3	2016	Efavirenz 600mg	1-10-04-0580	3	1	\$103,200.00	\$167,407.09
4	2016	Insulina Humana Intermedia NPH	1-10-39-4145	3	1	\$5,005,200.00	\$309,600.00
				TOTALES 2016		\$6,578,452.40	\$530,929.69
						Monto total ahorrado	\$15,707,534.02

De los eventos realizados, se tiene un ahorro de \$15.707.534.02, cifra sumamente significativa que permite reinvertir esos montos en otros medicamentos.

#### **INTEGRACION AL CTN 44: Comité Técnico 44 destinado al Sector Salud:**

Gracias al impulso que dimos al Sistema de Calidad Vigente liderado por el Ministerio de Economía Industria y Comercio (MEIC) desde el Ministerio de Salud, el 1 de abril del 2016, como Ministro de Salud inauguramos los Subcomités técnicos del Comité CTN44, proyecto que se desarrolló junto a INTECO Ente Oficial de Normalización en Costa Rica, ha realizado distintas acciones con la Direcciones de Sede a cargo, con el propósito de dar a conocer el proyecto, impulsarlo y dar lineamientos para su aplicabilidad en la institución, tomando en consideración los requerimientos a fin de realizar la promoción que garantice la participación del mercado. Lo anterior resulta fundamental, para asegurar la dotación, siendo el plan de divulgación de las normas de suma importancia, como se explicará más adelante.

Para el desarrollo de lo antes descrito, se tiene las siguientes acciones:

- Oficio GL- 45851 -2017, del miércoles 13 de setiembre 2017, dirigida al Lic. Manrique Cascante Naranjo, Director Dirección de Aprovisionamiento de Bienes y Servicios y al Ing. José Rafael González, director, Dirección Técnica de Bienes y Servicios, informa sobre las acciones que la institución está realizando, dada la creación del Comité Técnico 44 (CTN44) destinado al Sector Salud, donde la Institución tiene representatividad en el segmento de "Consumidores". Se les comunicó lo siguiente:

- La instrucción de Presidencia Ejecutiva:

“... elaborar una propuesta de modificación de Reglamentos relacionados con el proceso de compras de la Institución, que permita el desarrollo de fichas técnicas de carteles de licitación incorporen estándares de calidad de acuerdo al Sistema Nacional de Calidad vigente y al Ente de Normalización Oficial”.

Del acta del 02 de febrero 2018 de dicho Comité, se tiene lo siguiente:

SITUACION DE LOS SUB COMITÉS	
CTN 44 SC 01 Inactivo	Servicios de Salud y bienestar (Adulto Mayor)
CTN 44 SC 02	Implantes
CTN 44 SC 03	Esterilización de productos para el cuidado de la salud
CTN 44 SC 04 Inactivo	Transfusión, infusión e inyección
CTN 44 SC 05	Equipos Médicos
CTN 44 SC 06	Tecnologías de la información en el sector salud
CTN 44 SC 07 Inactivo	Electroacústica en la Salud Humana
CTN 44 SC 08	Insumos médicos
CTN 44 SC 09 Por abrirse	Gases Medicinales (Este Sub comité inicia gestiones en febrero con representación de la Gerencia Médica

Fuente: Acta del 02/02/2018 CTN44

En resumen, se tiene:

- El CTN 44 cuenta actualmente con 8 Órganos de Estudio (entre subcomités y grupos de trabajo).
- cuenta con un total de 82 normas en sus diferentes etapas y planes de trabajo.
- De estas 82 normas, ya 57 normas fueron revisadas por los diferentes órganos de estudio y de estas 57, se cuenta con 52 normas ya publicadas.
- Se tienen 25 normas faltantes de revisar.
- Los subcomités CTN 44 SC 01, CTN 44 SC 04 y CTN 44 SC 07 se mantienen desactivados debido, a que ya finalizaron su plan de trabajo.

### **Interacción entre los Sistemas SIGES, SIFA y SICS; Y Homologación De Servicios**

En apego con lo establecido desde el Plan de Fortalecimiento de la Cadena de Abastecimiento, en el componente de “Implementación de Soluciones Tecnológicas Integradas”, la Gerencia de Logística planteó la necesidad desde el año 2012 de implementar el Sistema de Información Gestión de Suministros (SIGES) en la Red de Servicios de Salud, mismo que permite la trazabilidad a la gestión de bienes y servicios que adquiere la institución.

Durante la implementación del SIGES, se identificó la necesidad de llevar el control de inventarios hasta las bodegas de los servicios y con ello, contar con la trazabilidad de los insumos y situación de los inventarios, así como la interoperatividad entre sistemas. En esa dinámica, se encontró un hallazgo que significó un impedimento para el cumplimiento de esta meta: la codificación hospitalaria que identifica los distintos servicios que conforman los establecimientos de salud, no estaba estandarizada en la Red de Servicios. Una vez identificado el problema, para su administración se inicia el proyecto denominado “Modelo para homologación de las codificaciones de los servicios y especialidades para la interoperatividad en los sistemas de información a nivel Institucional”.

Para el abordaje, se nombra un equipo interdisciplinario e intergerencial de trabajo, con representación de la Gerencia de Logística, Gerencia Médica, Gerencia de Infraestructura y Tecnología, Gerencia Financiera, Gerencia Administrativa, ya que el trabajo iba a impactar a todas las gerencias de una u otra manera. En el plan propuesto, lo primero fue abordar de inmediato el tema con los sistemas que tiene disponible la institución, SIGES (Sistema de Información Gestión de Suministros), SIFA (Sistema de Información de Farmacia) y el SICS (Sistema de Información Control de Suministros) para que, entre ellos, se pudiera hacer interfaces y lograr que los datos se pudieran compartir, situación que se logró a partir del año 2013.

El proyecto ha tenido participación de los Hospitales Nacionales y Especializados, situación que ha fortalecido el avance del mismo.

Producto de este proyecto, todos los establecimientos de salud contarán con una clasificación estandarizada y normada amparada a estándares nacionales e internacionales, permitiendo la trazabilidad de los datos procesados en los diferentes sistemas. La trazabilidad de los datos beneficia a toda la institución fomentando la eficiencia y efectividad de la gestión y la toma de decisiones estratégicas, tácticas, operativas, financieras y funcionales.

Siendo que el mismo alcanzó su término, por medio de oficio GL-0278-2018, se solicitó un espacio en la agenda para exponer el proyecto ante el Consejo de Presidencia y Gerentes, a fin de contar con el aval para ser elevado a Junta Directiva y lograr paulatinamente en el año 2018 su implementación.

### 5.3 Administración de Recursos Humanos

#### 5.3.1 Acciones tomadas para la mejora de la administración de los Recursos Humanos

El Proyecto de Desarrollo Integral de las Funciones Estratégicas de Recursos Humanos fue aprobado mediante la sesión de Junta Directiva celebrada el 21 de marzo de 2013 en su artículo N° 38. El cual obedece a una serie de iniciativas que

la CCSS en conjunto con la OPS inició desde el 2012, con el propósito de fortalecer la gestión de los recursos humanos en la CCSS. Cabe destacar que este proyecto tiene como objetivo: *“Desarrollar un proceso de fortalecimiento de la organización, gestión y planificación de Recursos Humanos en la Caja Costarricense de Seguro Social, acorde con los requerimientos de la seguridad social y como base del fortalecimiento de la gobernanza institucional”*.

Cabe destacar que el proyecto al mes de febrero 2018 registra un avance del 85% en general contemplando los tres componentes que lo conforman, a saber:

- Rol y Posicionamiento CENDEISSS y Gestión del Conocimiento.
- Gobernanza y competencias.
- Modelo de gestión de las personas.

Con respecto al avance de cada componente, en la siguiente tabla se detallan las actividades realizadas y el estado de cada uno, así como las actividades pendientes según producto:

Tabla 7: Avance por componente productos del Proyecto Funciones Estratégicas de Recursos Humanos

Componente / Productos	Detalle / Acciones realizadas
	<b>Descripción del Producto:</b>
<b>Componente 1:</b> Gestión del Conocimiento.	Las nuevas condiciones y el contexto actual demandan un programa de gestión de la formación de líderes permanente, como parte de la oferta del CENDEISSS, con el propósito de contribuir al desarrollo de la capacidad de responder con efectividad, oportunidad, liderazgo y calidad ante las demandas actuales y futuras del sistema de salud y de la CCSS.
Nombre del Producto N° 1: Capacidad instalada para la formación de especialistas en la CCSS.	<p><b>Descripción de las Actividades Realizadas:</b></p> <p>Asesoramiento y validación de expertos a nivel nacional e internacional, para la construcción de las propuestas.</p> <p>Análisis y consideración en los entregables de las recomendaciones del Taller “Primera Conferencia Nacional sobre el Modelo de Atención y Formación de Profesionales en Ciencias de la Salud en Costa Rica”.</p> <p>Coordinación con el centro de formación, en este momento UCR, para la actualización y mejora de los programas académicos.</p> <p>Seminario-Taller “Criterios para determinar la capacidad instalada en las Unidades Docentes de la CCSS” (abril, 2016; CENDEISSS).</p> <p>Reunión con colaboradores del CONESUP para la presentación de las propuestas de capacidad instalada para Posgrados Médicos en la CCSS (junio, 2016, CENDEISSS).</p> <p>Presentación de las propuestas Criterios para determinar la capacidad instalada en los posgrados médicos “Anestesiología y Recuperación, Cirugía General y Medicina Interna” (junio, 2016; Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica).</p>

Componente / Productos			Detalle / Acciones realizadas
			<p>Socialización de las propuestas “Anestesiología y Recuperación, Cirugía General y Medicina Interna” (Julio, 2017; Hospital Monseñor Sanabria).</p> <p>Solicitud de validación por parte de la OPS/OMS, realizada a las propuestas de “Anestesiología y Recuperación, Cirugía General y Medicina Interna”.</p> <p>Presentación en Taller “Capacidad instalada para la formación de especialistas en la CCSS” (junio, 2017; BINASSS, CCSS).</p> <p>Fecha de cierre: 30 de noviembre, 2017</p> <p><b>Porcentaje de avance logrado al cierre:</b> 100%</p>
<b>Producto</b>	<b>N°</b>	<b>2:</b>	<b>Descripción del Producto:</b>
Fortalecimiento	de	las	Este producto está orientado a contribuir a la conducción y gestión de la prestación de servicios de salud, pensiones y prestaciones sociales, con el fin de dotar a la organización de inteligencia política-sanitaria para el análisis de situación, identificación de tendencias, anticipación de los cambios y propuesta de soluciones innovadoras. Esto con el objetivo de cerrar las brechas de competencias de los colaboradores institucionales que ejercen funciones de liderazgo como la alta gerencia, las jefaturas y sus cuadros de sustitución y reemplazo. Está orientado al desarrollo del recurso humano actual, que articulado con las nuevas disposiciones del proceso de reclutamiento, permitirá contar con el personal idóneo.
competencias gerenciales y el liderazgo en salud y seguridad social.			
			<b>Descripción de las Actividades Realizadas:</b>
			<ul style="list-style-type: none"><li>• Contratación externa con la firma PWC.</li><li>• Curso bimodal y virtual colgado en la plataforma virtual, CENDEISSS.</li><li>• Talleres de validación.</li></ul>
			<b>Fecha de cierre:</b> 31 de octubre, 2017
			<b>Porcentaje de avance logrado al cierre:</b> 90%
<b>Producto N° 3:</b>	<b>Evaluación del impacto de las actividades educativas en los servicios.</b>		<b>Descripción del Producto:</b>
			Se aplicará la metodología de evaluación de impacto en los servicios de las actividades educativas, por medio de un plan piloto en el 2016 como parte de un proyecto de investigación institucional. Se prevé que en esta primera experiencia se incluya el posgrado de medicina familiar y comunitaria a nivel nacional y la experiencia en la Región Chorotega en cuanto a la regionalización de la formación. Se proyecta que esta sea una actividad permanente del Centro, en aras del mejoramiento continuo de la calidad.
			<b>Descripción de las Actividades Realizadas:</b>
			Se desarrolló una Guía de Evaluación para el Seguimiento y los Resultados de las Actividades Educativas desarrolladas en la Caja Costarricense de Seguro Social, en aras de estandarizar el proceso.
			<b>Fecha de cierre:</b> 30 de noviembre, 2017
			<b>Porcentaje de avance logrado al cierre:</b> 100%
<b>Producto</b>	<b>N.°</b>	<b>4:</b>	<b>Descripción del Producto:</b>
Plan Institucional para el Desarrollo del Recurso Humano.			Se requiere, fundamentalmente, un sistema de planificación integral de los servicios de salud, que incluye la gestión del recurso humano, dentro del cual le compete al CENDEISSS



Componente / Productos	Detalle / Acciones realizadas
<p><b>Producto</b></p> <p>Fortalecimiento de la Regulación en Formación y Capacitación.</p> <p><b>Nº.5:</b></p>	<p>la relacionada con el desarrollo del RRHH. Este producto permite obtener un plan a nivel institucional de desarrollo del recurso humano, que consta de las siguientes etapas: diagnóstico, priorización, elaboración del plan, indicadores para evaluación y estrategia de comunicación del plan.</p> <p><b>Descripción de las Actividades Realizadas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 78 sesiones, incluye sesiones del ETP, validaciones con las Gerencias y sesiones de trabajo con grupos Ad Hoc.</li> <li>• Sesiones de trabajo ETP: construcción de los apartados, análisis de la información,</li> <li>• Taller de validación</li> </ul> <p>Se da por terminado del producto según lo acordado en el Comité Ejecutivo de Proyecto en sesión del 24 de noviembre del 2017.</p> <p><b>Fecha de cierre:</b> 31 de octubre, 2017</p> <p><b>Porcentaje de avance logrado al cierre:</b> 100%</p> <p><b>Descripción del Producto:</b></p> <p>Identificar la normativa vinculada a la capacitación y formación en la CCSS que debe ser renovada, mediante la integración en un único reglamento que modernice la gestión de los procesos de formación y capacitación.</p> <p><b>Descripción de las Actividades Realizadas:</b></p> <p>A partir de la designación que el Dr. Rigoberto Monestel, por medio del oficio CENDEISS-DE-0614-18, hiciera a la coordinación del producto y al equipo ad hoc que participó en la elaboración de gran parte del texto remitido a la Dirección Jurídica, para atender las observaciones indicadas por dicha instancia, se realizaron las actividades que se enumeran a continuación:</p> <p>Socialización del texto y análisis de la estructura del Reglamento remitido por el CENDEISS a la Dirección Jurídica, mediante oficio CENDEISS-DE-13539-2017</p> <p>Lectura y análisis de las observaciones contenidas en el DJ-00057-2018.</p> <p>Coordinación con la Dirección Ejecutiva y con el Msc. Michael Alfaro Jara. Jefe del Área de Planificación del CENDEISS para su integración al equipo de trabajo en razón de su competencia.</p> <p>Identificación del texto a ser elaborado por el Msc. Alfaro Jara. Vale decir: Título II Determinación de las necesidades de formación y capacitación del personal de la CCSS y el Título III. Capacitaciones. Se celebró una sesión de trabajo en que se dedicó un espacio para coordinar con el MSc. Alfaro al respecto.</p> <p>Revisión y modificación del Título I. Disposiciones generales. En estas sesiones de trabajo se contó con la participación de la Licda. Dylana Jiménez Méndez quien elaboró el criterio jurídico, oficio DJ-00057-2018.</p> <p>Revisión y modificación del Capítulo II del Título III. Capacitaciones al exterior menores a 31 días.</p> <p>Se avanzó en la revisión y modificación del texto correspondiente al Título de Becas de la CCSS.</p>

Componente / Productos	Detalle / Acciones realizadas
<p>Se preparó oficio dirigido al Dr. Monestel por parte del equipo designado, solicitando ampliación del plazo para la revisión e incorporación de las modificaciones anotadas por la Dirección Jurídica al texto remitido (CENDEISS-SADP-2124).</p> <p>Descripción de las actividades pendientes:</p> <p>Ajustes según lo señalado en la revisión por parte de la Dirección Jurídica</p> <p>Presentación a Comité Ejecutivo</p> <p>Presentación a Junta Directiva</p> <p>Cierre del producto e informe final</p> <p><b>Fecha de cierre:</b> 30 de abril del 2018</p> <p><b>Porcentaje de avance logrado:</b> 80%</p> <p><b>Producto N° 6:</b> Agilización del uso de los recursos económicos del FIIT.</p>	<p><b>Descripción del Producto:</b></p> <p>Este producto debe permitir una gestión y utilización rápida, eficiente y oportuna de los recursos financieros para la investigación. Análisis de opciones para la gestión del fondo (fideicomiso en banco u otra entidad), así como definir su viabilidad, legal administrativa, en conjunto con las instancias correspondientes: Dirección Jurídica, Gerencia Financiera y Gerencia Administrativa.</p> <p><b>Descripción de las Actividades Realizadas:</b></p> <p>Según acuerdo tomado en el comité ejecutivo del 26 de enero del 2018, en relación al producto Agilización del FIIT se tomó la decisión en octubre 2017 junto con la Dirección Ejecutiva del CENDEISS, de darlo por finalizado, dado a que se hizo una revisión de varios productos que iban a estar supeditados a temas de reestructuración y normas.</p> <p><b>Fecha de cierre:</b> 26 de enero del 2018</p> <p><b>Porcentaje de avance logrado al cierre:</b> 77%</p>
<p><b>Producto N° 7:</b> Plan de Incentivos para la Investigación.</p>	<p><b>Descripción del Producto:</b></p> <p>Diseñar un plan de incentivos para que en el mediano plazo se aumente la cantidad de investigaciones llevadas a cabo en la institución, así como la utilización de fondos del FIIT y las publicaciones. Este plan integral de incentivos involucrará algunos de los siguientes aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Plazas especiales y salarios competitivos que sean utilizadas por funcionarios de la CCSS durante el período en que estén realizando una investigación de interés institucional.</li> <li>Programas de formación (escuela de investigadores) en alianza con organizaciones nacionales e internacionales que, en combinación con pasantías en centros o institutos, facilite la participación en investigaciones internacionales.</li> <li>Apertura e incentivo de becas para doctorados y programas post doctorales que promuevan investigaciones que mejoren la prestación de los servicios que brinda la CCSS y la seguridad social. Así como pasantías para desarrollar la investigación.</li> </ol> <p><b>Descripción de las Actividades Realizadas:</b></p>

Componente / Productos	Detalle / Acciones realizadas
	<p>Se diseñó del Plan de incentivos para la investigación</p> <p>Se presentó el análisis situacional de los factores limitantes del desarrollo de la investigación.</p> <p>Incentivos han sido definidos y agrupados.</p> <p>Descripción de las Actividades Pendientes:</p> <p>Se encuentra en la etapa final, el cual fue entregado para validación técnica a la DAGP y a la Gerencia Financiera, se está a la espera del criterio de viabilidad del producto, no obstante, en caso de no contar con esos avales técnicos el documento final se encuentra desarrollado en su mayoría.</p> <p>Aprobación Comité Ejecutivo de Proyecto.</p> <p>Aprobación Junta Directiva.</p> <p>Comunicado de acuerdo.</p> <p>Traslado de documentos a responsables de la implementación.</p> <p>Elaboración del informe final.</p> <p>Informe de cierre de producto.</p> <p><b>Fecha de cierre:</b> 15 de abril del 2018</p> <p><b>Porcentaje de avance logrado:</b> 90%</p>
<p><b>Producto N° 8:</b> Prioridades de Investigación.</p>	<p><b>Descripción del Producto:</b></p> <p>Como parte del fortalecimiento de la investigación a nivel institucional se realizará la actualización del portafolio de temas para la investigación y replanteamiento de las líneas que organizativamente puedan ser abordadas por programas de investigación que respondan a las necesidades y prioridades institucionales y manteniendo siempre como sombrilla la Agenda Nacional de Investigación.</p> <p>Descripción de las Actividades Realizadas:</p> <p>Se tiene el avance de las prioridades todas las gerencias, se realizaron las encuestas correspondientes, así como un mapeo a nivel de equipos de investigación, en este momento se está en la revisión de las lecciones aprendidas luego de aplicar la herramienta.</p> <p><b>Descripción de las actividades pendientes:</b></p> <p>Validación de las prioridades de investigación identificadas por parte de cada gerente.</p> <p>Informe final</p> <p>Aprobación por parte de autoridades Superiores.</p> <p>Informe de cierre de Producto.</p> <p><b>Fecha de cierre:</b> 30 de abril del 2018</p> <p><b>Porcentaje de avance logrado:</b> 84%</p>

Componente / Productos	Detalle / Acciones realizadas
<b>Componente 2: Gobernanza y competencias.</b>	<b>Descripción del Producto:</b>
<b>Producto N°.9:</b> Política Institucional de Gestión de las Personas.	<p>Definir e implementar una política integral centrada en las personas, basada en una definición de los lineamientos estratégicos tomando como referencia el macroproceso gestión de las personas cuyos procesos lo conforma:</p>
	Información y planificación
	Administración de personal
	Gestión del trabajo
	Gestión del conocimiento
	<p>Esta política debe satisfacer las necesidades del modelo de prestación de servicios de salud, prestaciones sociales y pensiones, así como orientar el proceso de planificación y gestión de las personas en el corto, mediano y largo plazo. Las unidades de Recursos Humanos en los diferentes ámbitos institucionales deberán organizar sus planes de trabajo con base en los lineamientos estratégicos de dicha política.</p>
	<b>Descripción de las Actividades Realizadas:</b>
	<p>El producto finaliza con la aprobación por parte de junta Directiva del documento "Política Institucional de Gestión de las Personas" en sesión 8886 del 2 de febrero del 2017 y se le instruye a las Gerencias Administrativa y Médica elaborar el correspondiente Plan para la Implementación de la PIGP.</p>
	<p>Actualmente, fuera del alcance del producto, se desarrolló el Plan de Implementación, mismo que ha sido aprobado por acuerdo del Consejo de Presidencia y Gerentes del 19 de febrero del 2018.</p>
	<b>Fecha de cierre:</b> 2 de enero del 2017
	<b>Porcentaje de avance logrado:</b> 100%
<b>Producto N°.10:</b> Rediseño de procesos de Recursos Humanos.	<b>Descripción del Producto:</b>
	<p>La propuesta parte del levantamiento, documentación y rediseño de todos los procesos (Información y planificación, Administración de personal, Gestión del trabajo, Gestión del conocimiento) del macroproceso de la gestión de las personas. La propuesta de rediseño de procesos debe incorporar la visión de las autoridades actuales, centrado en el modelo de prestación de servicios de salud y pensiones, así como en las buenas prácticas de gestión.</p>
	<b>Descripción de las Actividades Realizadas:</b>
	<p>Sustitución del líder de producto. Por motivo de que ausencia temporal del líder inicial de los productos 2 y 4 de este Proyecto, la Gerencia Administrativa designa como nuevo líder del producto "Rediseño de Procesos" al Lic. Luis Bolaños Guzmán, Director de Bienestar Laboral.</p>
	<p>Se realizaron varias sesiones para la redefinición del alcance de este Producto, en el contexto tanto del Proyecto Integral de RH como del Proyecto de Reestructuración del Nivel Central.</p>

Componente / Productos	Detalle / Acciones realizadas
	<p>Se realizó sesión de trabajo con representantes del Proyecto de Reestructuración, con el fin de determinar nuevamente el alcance de ambos Proyectos (en atención a oficio DAGP-1654-2017/DBL-0836-2017 / CENDEISS-DE-12744-17 del 16 de noviembre de 2017).</p> <p>Se concluyó con la participación en el rediseño de procesos en materia de Gestión de las Personas, según convocatorias del CICAP – Proyecto de Reestructuración NC. Se llevaron a cabo un total de 11 sesiones, con representación profesional de las instancias rectoras en materia de Gestión por Procesos.</p> <p>Descripción de las actividades pendientes:</p> <p>Ajustar los alcances del producto.</p> <p>Informe final, que incluya la implementación en los tres niveles de gestión institucional.</p> <p>Aprobación por parte de autoridades Superiores.</p> <p>Informe de cierre de Producto.</p> <p><b>Fecha de cierre:</b> 30 de abril del 2018</p> <p><b>Porcentaje de avance logrado:</b> 70%</p>
<p><b><u>Componente 3: Modelo de gestión de las personas.</u></b></p>	<p><b>Descripción del Producto:</b> Se diseñará un sistema de planificación de recursos humanos en salud en la CCSS que permita su aprovisionamiento oportuno para la prestación adecuada de servicios de salud y pensiones.</p>
<p><b>Producto N°.11:</b> Sistema de Planificación de RHUS.</p>	<p>Descripción de las Actividades Realizadas:</p> <p>Se desarrolló el Taller de Planificación de la Fuerza Laboral en Salud señor Willis Graham, como actividad formativa para el personal del Equipo y como fase de recopilación de insumos a considerar en el entregable 2 del producto.</p> <p>Se desarrolló la discusión de los subprocesos actuales relacionados con planificación de recursos humanos, como lo son dotación de plazas nuevas para mantenimiento, dotación de plazas nuevas para infraestructura y proyectos nuevos, formación de especialistas, distribución de especialistas y contenido de caja negra del proceso planificación.</p> <p>Identificación de desvíos que ocurren actualmente, durante la ejecución de los subprocesos de planificación normados, que impiden el adecuado desarrollo de las actividades, o que entorpecen el flujo ordinario de todas las etapas establecidas como necesarias para un exitoso proceso de planificación.</p> <p>Mapeo de elementos y actividades que desde el punto de vista del equipo interdisciplinario, deben estar incorporados en el proceso de planificación del recurso humano institucional.</p> <p>Se coordinó con el Equipo Técnico del Producto “Rediseño de Procesos de RRHH”, la integración temporal de ambos equipos.</p> <p>Esta integración temporal, se refiere solamente a la fase final del entregable 2, que específicamente, considera la propuesta y descripción de cómo sería y qué incluiría el proceso de planificación para el recurso humano institucional óptimo.</p> <p><b>Descripción de las actividades pendientes:</b></p> <p>Entregable 2, documento descriptivo del sistema de Planificación del Recurso Humano.</p> <p>Entregable 3, Documento con la definición de la metodología y la herramienta validada.</p>

Componente / Productos	Detalle / Acciones realizadas
	<p><b>Fecha de cierre:</b> 30 de abril del 2017</p> <p><b>Porcentaje de avance logrado:</b> 30%</p>
<b>Producto N°.12:</b> Modelo de Gestión de las Personas.	<p><b>Descripción del Producto:</b></p> <p>Un Modelo de Gestión de las Personas y su respectivo plan de implementación en todos los niveles de la institución, acorde con las mejores prácticas en esta materia, aplicables a la naturaleza institucional (ejes de aseguramiento, salud y pensiones).</p> <p><b>Descripción de las Actividades Realizadas:</b></p> <p>Contratación de la empresa consultora Ernst &amp; Young para la construcción de la propuesta del modelo.</p> <p>Entregable 1, informe de lectura intencionada de los documentos atinentes, provistos por la CCSS.</p> <p>Entregable 2, Metodología para el abordaje de la construcción del Modelo,</p> <p>Desarrollo de las actividades previstas según la metodología aprobada.</p> <p>Descripción de las actividades pendientes:</p> <p>Entregable 3, Documento "modelo de Gestión de las Personas en la CCSS.</p> <p>Entregable 4, plan de implementación del Modelo (Hoja de ruta).</p> <p>Presentación a autoridades Institucionales pertinentes para aprobación.</p> <p><b>Fecha de cierre:</b> 30 de abril del 2017</p> <p><b>Porcentaje de avance logrado:</b> 85 %</p>
<b>Producto N°.13:</b> Propuesta de Estatuto de Personal.	<p><b>Descripción del producto:</b></p> <p>Este producto consiste en la elaboración de un "Estatuto de Personal" para la cual se realizará un benchmarking en el que se analizarán taxonomías de instrumentos normativos utilizados en otras instituciones públicas y organizaciones, a fin de que funjan como referencia para elaborar el documento normativo que regulará el accionar en materia de recursos humanos, dicho documento debe elaborarse de conformidad con los requisitos, características y criterios de aceptación indicados en el documento Definición del Alcance del Proyecto.</p> <p><b>Descripción de las Actividades Realizadas:</b></p> <p>La propuesta del Estatuto de Personal se encuentra finalizada. Para la elaboración de la misma se contó con el apoyo de un experto de la OPS, así como con la validación de la Dirección Jurídica de la Institución. Se está elaborando la propuesta de Comunicación y Sensibilización. Se tiene programado presentar al Consejo de Presidencia y Gerencias en marzo del 2018.</p> <p><b>Fecha de cierre:</b> 30 de abril del 2018</p> <p><b>Porcentaje de avance logrado:</b> 90%</p>

Fuente: Dirección Proyecto de Fortalecimiento de las Funciones de Esenciales de Recursos Humanos



La Caja Costarricense de Seguro Social, es conocida como la Institución más grande del país, al mes de febrero 2018 la planilla está conformada por un total de 55,778 funcionarios, a los cuales cada semestre se les aplica modificaciones en sus salarios, según lo que se acuerde en decretos ejecutivos, siempre y cuando éstos se ajusten al costo de vida y las posibilidades financieras de la institución.

### 5.3.1 Dotación de personal en los años 2017-2018

#### Plazas nuevas creadas según grupo ocupacional 2017-2018

En una Institución como la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) en donde la necesidad de personal es latente por su complejidad y magnitud, es necesario realizar esfuerzos por dotar a los establecimientos de los recursos más apremiantes que permitan mantener la continuidad de la prestación de los servicios, a fin de garantizarle a la población el acceso en oportunidad y calidad.

Debido que las necesidades de los establecimientos de salud se han ido incrementando con el pasar de los años y dada la capacidad de la institución para crear las plazas, de conformidad con las posibilidades financieras de la CCSS, el número de plazas a crear en los últimos años ha oscilado en 600 plazas anuales, cantidad de plazas que no ha sido suficiente para cubrir la totalidad de los requerimientos de personal solicitados por las unidades ejecutoras.

En este contexto, durante el periodo 2017, la CCSS ha creado un total de 663 plazas, las cuales han sido distribuidas en la siguiente forma, según se muestra la siguiente tabla:

Tabla 8: Total de plazas creadas en el periodo 2017

Año	Cantidad de plazas creadas
2017	663
<b>Total general</b>	<b>663</b>

Fuente: Dirección Administración y Gestión de Personal (Con base en información de la Dirección de Presupuesto)

En la siguiente tabla, se resume la cantidad de plazas creadas por año, de conformidad con los tractos que se presentaron en Junta Directiva y que fueron debidamente aprobados por ese órgano directivo.

Tabla 9: Distribución de las plazas creadas en el periodo 2017, según Tracto aprobado por Junta Directiva

Año	Tracto	Cantidad de plazas nuevas	Total
2017	I Tracto	308	663
	II Tracto	241	
	III Tracto	96	
	IV Tracto	18	

Fuente: Dirección Administración y Gestión de Personal

\*Incorpora las plazas creadas por fraccionamiento

### 5.3.2 Modificaciones salariales acordadas y su impacto en las finanzas institucionales

La Caja Costarricense de Seguro Social, es conocida como la Institución más grande del país, al mes de febrero 2018 la planilla está conformada por un total de 55,778 funcionarios, a los cuales cada semestre se les aplica modificaciones en sus salarios, según lo que se acuerde en decretos ejecutivos, siempre y cuando éstos se ajusten al costo de vida y las posibilidades financieras de la institución. A continuación, un detalle de los aumentos salariales en el periodo 2017-2018:

A continuación, un detalle de los aumentos salariales en el periodo 2017-2018:

La política retributiva de la Caja Costarricense de Seguro Social se enmarca en lo dispuesto por la Junta Directiva el artículo 18° de la sesión N.º 8604, celebrada el 11 de octubre de 2012, referente a los incrementos salariales, donde acuerda que la Institución podrá aplicar los incrementos salariales que establece el decreto ejecutivo para el sector público, en cuanto se ajuste al costo de vida y las posibilidades financieras de la institución.

En este sentido, se detalla por año, los ajustes salariales otorgados a los trabajadores de la institución en el periodo comprendido del 2017 al 2018.

#### ▪ Año 2017

Para el primer semestre del año 2017, la Junta Directiva de la Institución en el artículo 24° de la sesión N.º 8901, celebrada el 27 de abril del 2017, acuerda un aumento general de salarios con vigencia al 1° de enero del 2017, de 0,76% al salario base de todos los funcionarios de la Institución, de conformidad con el con lo dispuesto por el Decreto Ejecutivo N.º 40241 MTSS-H del 20 de febrero del año 2017.

Asimismo, en dicho acuerdo se dispone para la primera categoría de la escala salarial, otorgar un ajuste técnico de un 0,24% (cero coma veinticuatro por ciento) sobre el salario base, donde se ubica el puesto del Trabajador de Servicios Generales; para las 138 (ciento treinta y ocho) categorías siguientes se aplica una disminución gradual de este porcentaje, finalizando en un ajuste adicional del 0,001739% para el salario base de ₡442.350,00 (cuatrocientos cuarenta y dos mil trescientos cincuenta colones), donde se ubica el puesto de Contador 1.

Al respecto, es importante indicar, que este aumento se estimó en ₡3,614 millones semestrales, monto que incluye las erogaciones salariales ordinarias, y aquel producto de las cargas sociales y aportaciones, salario escolar y aguinaldo.

En lo que respecta al segundo semestre del año 2017, mediante el artículo 23° de la sesión N.º 8931 celebrada el 12 de octubre del 2017, la Junta Directiva aprobó el

aumento, con vigencia al 1° de julio del 2017, el cual consistía en un incremento del 0,75% (cero coma setenta y cinco por ciento), para todos los puestos de la institución, y -en forma adicional- un ajuste técnico de 0,26% al salario base de la primera categoría de la Escala Salarial de Sueldos, siendo su puesto homólogo institucional correspondiente al Trabajador de Servicios Generales; para las categorías siguientes se aplica el mismo porcentaje de ajuste hasta llegar al salario base que no supere los ₡ 444.400,00 /cuatrocientos cuarenta y cuatro mil cuatrocientos colones/, (Categoría 408 de la Escala de Salarios de la Administración Pública, emitida por la Dirección General de Servicio Civil), en donde se ubica el puesto de Fotógrafo Clínico, clave 840. Este aumento se estimó en aproximadamente ₡3,825 millones semestrales.

A manera de resumen, se presenta en la siguiente tabla el “Resumen de aumentos salariales otorgados”, donde se detalla por semestre los ajustes salariales otorgados, y el costo estimado en cada caso.

### 5.3.3 Evaluación del desempeño

En cuanto al tema de evaluación del desempeño, seguidamente se muestran los principales datos reflejados, producto de la aplicación de dicha herramienta, en relación con la cantidad de personas evaluadas, calificaciones obtenidas, datos de las Direcciones Regionales, y según el tipo de formulario utilizado, entre otros aspectos.

En el siguiente cuadro se muestra la población trabajadora para el período requerido, reflejándose un aumento considerable en los últimos 4 años y obteniéndose en el 2016-2017 una aplicación de la herramienta correspondiente a un 98.2 % del total de trabajadores incluidos en la planilla de la CCSS.

Tabla 10: Población de trabajadores de la C.C.S.S. Registrados en base de datos Evaluación desempeño Periodos 2014-2017

Períodos	2016-2017
Total, de trabajadores en planilla	53.619
Trabajadores Registrados en Base de Datos del SIED	52.805
Total, Evaluados en Cumplimiento (*)	52.685
Porcentaje de evaluados de los registrados en la Base de Datos	99.7
Porcentaje de Evaluados del Total de Trabajadores incluidos en planilla	98.2

Fuente: Base de datos Evaluación del desempeño.

(\*) Nota: El total de evaluados en cumplimiento, son todos los evaluados finalizados más los justificados

Seguidamente, se puede observar el detalle de las evaluaciones, segregadas por Gerencias, adicional a esto un apartado relacionado con las evaluaciones con una nota inferior al 75%

Tabla 11: Evaluaciones realizadas por cada Gerencia y Calificaciones inferiores a 75%  
Periodos 2016-2017

Periodo	2016-2017			
Gerencia	Trabajadores Registrados	Finalizados	Nota Inferior a	Porcentaje Evaluados
Logística	916	908	10	99.02
Infraestructura y Tecnología	688	688	3	100
Pensiones	312	311	0	99.68
Unidades Asesoras de la Presidencia Ejecutiva (**)	293	286	0	100
Financiera	1.959	1.957	5	99.9
Médica	48.089	47.988	109	99.79
Administrativa	548	547	0	99.82
<b>Total, general</b>	<b>52.805</b>	<b>52.685</b>	<b>127</b>	<b>99.77</b>

Fuente: Base de datos Evaluación del Desempeño

Elaborado por la Subárea de Desempeño Laboral

(\*\*) Unidades Asesoras de la Presidencia Ejecutiva: Las Direcciones de Actuarial y Economía, Institucional de Contralorías de Servicios de Salud, Auditoría Interna, Planificación Institucional, las Jefatura del Despacho, Junta Directiva y los funcionarios directos de la Presidencia Ejecutiva.

Tabla 12: Evaluaciones del Desempeño realizadas por cada Dirección Regional de Servicios de Salud  
Periodos 2014-2017

Periodo	2013-2014			2014-2015			2015-2016			2016-2017		
Direcciones Regionales de Servicios de Salud	Trabajadores Registrados	Finalizados	Porcentaje de Evaluados	Trabajadores Registrados	Finalizados	Porcentaje de Evaluados	Trabajadores Registrados	Finalizados	Porcentaje de Evaluados	Trabajadores Registrados	Finalizados	Porcentaje de Evaluados
Central Norte	5.18	5.179	99.98	5.181	5.132	99.05	5.22	5.209	99.79	5.368	5.368	100
Pacífico Central	2.987	2.986	99.97	3.083	2.998	97.24	3.065	3.062	99.9	3.186	3.174	99,62
Huetar Norte	1.857	1.856	99.95	1.898	1.87	98.52	1.95	1.948	99.9	1.98	1.98	100
Brunca	3.593	3.591	99.94	3.729	3.703	99.3	3.748	3.743	99.87	3.803	3.802	99,97
Central Sur	5.597	5.593	99.93	5.7	5.688	99.79	5.743	5.728	99.74	5.296	5.296	100
Huetar Atlántica	3.191	3.131	98.12	3.331	3.197	95.98	3.4	3.398	99.94	3.51	3.508	99,94
Chorotega	3.563	3.493	98.04	3.658	3.575	97.73	3.747	3.699	98.72	3.886	3.849	99,05
<b>Total general</b>	<b>27.968</b>	<b>25.829</b>	<b>99.42</b>	<b>26.58</b>	<b>26.163</b>	<b>98.43</b>	<b>26.873</b>	<b>26.787</b>	<b>99.68</b>	<b>27.029</b>	<b>26.977</b>	<b>99,81</b>

Fuente: Base de datos Evaluación del Desempeño  
Elaborado por la Subárea de Desempeño Laboral

Para la Dirección Regional de Sucursales, el cumplimiento al 100% de la evaluación de su población ha sido una constante en los últimos 4 periodos, tal y como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 13: Evaluaciones del Desempeño realizadas por las Direcciones Regionales de Sucursales  
Periodos 2016-2017

Periodo	2016-2017		
Direcciones Regionales de Servicios de Salud	Trabajadores Registrados	Finalizados	Porcentaje de Evaluados
Central Norte	5.368	5.368	100
Pacífico Central	3.186	3.174	99,62
Huetar Norte	1.98	1.98	100
Brunca	3.803	3.802	99,97
Central Sur	5.296	5.296	100
Huetar Atlántica	3.51	3.508	99,94
Chorotega	3.886	3.849	99,05
<b>Total, general</b>	<b>27.029</b>	<b>26.977</b>	<b>99,81</b>

Fuente: Base de datos Evaluación del Desempeño, elaborado por la Subárea de Desempeño Laboral  
Nota: El total de Finalizados es el total de Justificados más los Evaluados

El SIED tiene la capacidad de generar la información detallada por cada Gerencia, Dirección Regional de Servicio de Salud y Dirección Regional de Sucursales. Esta información se presenta en los tres cuadros anteriores. Es posible identificar también la distribución de las personas que obtuvieron una calificación menor a 75%.

Se identifica también la población total que compone cada unidad, el total de finalizados y el porcentaje de evaluación que esto genera.

Cabe destacar que actualmente se aplican tres tipos de formulario para la evaluación anual, los cuales son para no profesional, profesional y jefatura. Cada uno tiene criterios diferentes en su estructura, por eso se hace la separación entre ellos para obtener el promedio. Aun así, es muy similar el resultado que genera el promedio general por periodo.

## 5.4 Sistema de Control Interno

### 5.4.1 Resultado de Autoevaluaciones de Control Interno (2017) y grado de avance del SCI por enfoque de la Alta Dirección

#### ▪ Resultados Autoevaluación de la Gestión 2017

Los resultados del año 2017, no se encuentran disponibles a la fecha de elaboración del presente informe, por cuanto para este periodo se aplicó una nueva herramienta que finalizó el 15 de diciembre de 2017, razón por la cual los resultados finales de este periodo se tendrán disponibles para el mes de abril 2018.

### 5.4.2 Informes de Auditoría<sup>6</sup>

En cuanto a la cantidad de informes emitidos por año durante el período en cuestión, se brinda detalle a continuación:

Tabla 14: Cantidad de informes de Auditoría Interna emitidos por año  
Periodo 2017-2018

Año	Cantidad de Informes Emitidos
2017	252
2018	7
<b>Total del periodo</b>	<b>259</b>

Respecto de la existencia de mecanismos de auditoría interna o externa, me permito informar que, en concordancia con la Ley de Control Interno, en el numeral 20 se indica:

“...Obligación de contar con Auditoría Interna. Todos los entes y órganos sujetos a esta Ley tendrán una Auditoría Interna, salvo aquellos en los cuales la Contraloría General de la República disponga, por vía reglamentaria o disposición singular, que su existencia no se justifica, en atención a criterios tales como

<sup>6</sup> Anexo 8: Informes anuales de la Auditoría Interna de la Institución durante todo el periodo



presupuesto asignado, volumen de operaciones, nivel de riesgo institucional o tipo de actividad. En este caso, la Contraloría General ordenará a la institución establecer los métodos de control o de fiscalización que se definan.”

En lo referente a las funciones de este órgano de control y fiscalización, el mismo cuerpo normativo establece:

“Artículo 22.-Competencias. Compete a la Auditoría Interna, primordialmente lo siguiente:

- a) Realizar auditorías o estudios especiales semestralmente, en relación con los fondos públicos sujetos a su competencia institucional, incluidos fideicomisos, fondos especiales y otros de naturaleza similar. Asimismo, efectuar semestralmente auditorías o estudios especiales sobre fondos y actividades privadas, de acuerdo con los artículos 5 y 6 de la Ley Orgánica de la Contraloría General de la República, en el tanto estos se originen en transferencias efectuadas por componentes de su competencia institucional.
- b) Verificar el cumplimiento, la validez y la suficiencia del sistema de control interno de su competencia institucional, informar de ello y proponer las medidas correctivas que sean pertinentes.
- c) Verificar que la administración activa tome las medidas de control interno señaladas en esta Ley, en los casos de desconcentración de competencias, o bien la contratación de servicios de apoyo con terceros; asimismo, examinar regularmente la operación efectiva de los controles críticos, en esas unidades desconcentradas o en la prestación de tales servicios.
- d) Asesorar, en materia de su competencia, al jerarca del cual depende; además, advertir a los órganos pasivos que fiscaliza sobre las posibles consecuencias de determinadas conductas o decisiones, cuando sean de su conocimiento.
- e) Autorizar, mediante razón de apertura, los libros de contabilidad y de actas que deban llevar los órganos sujetos a su competencia institucional y otros libros que, a criterio del auditor interno, sean necesarios para el fortalecimiento del sistema de control interno.
- f) Preparar los planes de trabajo, por lo menos de conformidad con los lineamientos que establece la Contraloría General de la República.
- g) Elaborar un informe anual de la ejecución del plan de trabajo y del estado de las recomendaciones de la Auditoría Interna, de la Contraloría General de la República y de los despachos de contadores públicos; en los últimos dos

casos, cuando sean de su conocimiento, sin perjuicio de que se elaboren informes y se presenten al jerarca cuando las circunstancias lo ameriten.

- h) Mantener debidamente actualizado el reglamento de organización y funcionamiento de la Auditoría Interna.
- i) Las demás competencias que contemplen la normativa legal, reglamentaria y técnica aplicable, con las limitaciones que establece el artículo 34 de esta Ley.

#### Asuntos Pendientes de Auditoría

Desde la Presidencia Ejecutiva conjuntamente con la Auditoría Interna identificamos la siguiente lista de asuntos pendientes por resolver o aclarar por parte de la Presidencia Ejecutiva y la Administración activa de la CCSS y efectivamente, fueron respondidos, canalizados a las distintas Gerencias o Direcciones responsables o contestados directamente en tiempo y forma como en derecho corresponde:

##### *1) Área Servicios Administrativos Abastecimiento e Infraestructura*

*1. La Presidencia Ejecutiva emitió una nota solicitando el avance de la investigación administrativa a cargo de la gerencia médica ante el vencimiento del FEIBA, y requerir a la Dirección de Farmacoepidemiología la información final del impacto del vencimiento del fármaco, de manera tal que se conozca la dimensión de las pérdidas obtenidas.*

*2. En concordancia con lo anterior, se solicitó a la Gerencia de Logística presentar un informe del riesgo de vencimiento para los próximos 6 meses, de los insumos almacenados en el Área de Almacenamiento y Distribución, que se utilizan en la prestación de los servicios y de las medidas adoptadas para evitar pérdidas de insumos por esa condición.*

*3. Un tema que ha sido expuesto recientemente en la prensa es el desabastecimiento de bienes y servicios, que motivo la intervención de la Dirección de Aprovechamiento de Bienes y Servicios, por lo que se instruyó a la Gerencia de Logística, presentar un informe de la situación actual de los saldos de inventario de medicamentos, material médico, y otros insumos críticos para la prestación de los servicios de salud, con existencias menores a 4 meses. Informando, para aquellos productos con existencias menores a 2 meses. las acciones que se han implementado para evitar el desabastecimiento. Esta información es fundamental para que la P.E. tenga conocimiento de los posibles insumos que actualmente presentan estos riesgos.*

*4. Las funciones de abastecimiento de instrumental, material médico, medicamentos y otros insumos, que ejecuta la Gerencia de Logística son fundamentales para brindar oportunamente los servicios de salud. La Gerencia de*

Logística ha venido implementando el plan de Fortalecimiento de la Cadena de Abastecimiento que comprende; la normalización de los procesos, el fortalecimiento de los mecanismos de planificación, la consolidación de compras y el desarrollo de proveedores, plan que aún no ha sido concluido en un 100%. Por lo expuesto, se ordenó a la Gerencia de Logística exponer el avance en el citado plan, así como los resultados obtenidos en cada etapa, los logros obtenidos en términos de mejora en la eficacia y eficiencia de las operaciones.

5. El decreto ejecutivo 38830-H-MICITT obliga a la administración activa a la implementación del Sistema de Compras Públicas SICOP, estableciendo plazos perentorios para tal fin. En la institución se está trabajando, en la coordinación de acciones conjuntamente con RACSA para la utilización de ese sistema, además, se labora en la homologación de los códigos de los bienes y servicios de la Caja que se constituye en la base del sistema, proceso que, en el caso de la institución, es muy complejo en razón que la institución requiere de gran cantidad de insumos de diversa naturaleza. Este proceso puede constituirse en limitante para la implementación oportuna del SICOP. Por lo anterior se solicitó a la Gerencia de Infraestructura, presentar un informe respecto del avance del cronograma para la implementación del sistema de compras públicas (SICOP), y del estado de homologación de los códigos institucionales.

6. La institución está ejecutando un estudio de reestructuración organizacional del nivel central, en el que se ha contratado los servicios del Centro de Investigación y Capacitación en Administración Pública (CICAP), así como de la firma consultora Ernst & Young para la implementación de la nueva estructura organizacional. Se evidencia que los productos 5.1., 5.2, 5.3, del contrato con CICAP fueron entregados a la institución, sin embargo, aún no han sido aprobados. Además, el contrato con Ernst & Young no ha sido firmado por el representante de la institución, (Gerencia Administrativa) aspectos que están incidiendo en la ruta crítica del proyecto. Por lo anterior, la Presidencia Ejecutiva solicitó información a la Gerencia Administrativa y a la Dirección del Proyecto, respecto a las circunstancias que privan para la no aceptación de los productos 5.1. 5.2 y 5.3. Además, instruir a la Gerencia Administrativa para que en un plazo perentorio proceda a la firma del contrato con Ernst & Young.

7. Se Instruyó a la administración para aplicar el acuerdo adoptado por la Junta Directiva en la sesión 8975, artículo 31, del 5 de julio del 2018, en relación con la acumulación de vacaciones de los funcionarios institucionales.

8. La Junta Directiva de la CCSS, seleccionó al Banco de Costa Rica como la entidad que administraría el proyecto de Fideicomiso para la construcción de nuevas obras, como Sedes de Área de Salud, Direcciones Regionales de Sucursales, Sucursales y el Centro de Almacenamiento y Distribución y su equipamiento.

Actualmente, se ha observado que la institución está planteando, disminuciones o inclusión de nuevos proyectos, reprocesos de ajuste y modificaciones a los programas funcionales de las Áreas de Salud, que impactarán en la oportunidad en la ejecución de los proyectos de construcción y generará eventuales adendas y cambios al contrato suscrito con el Banco de Costa Rica, o incluso eventuales Incumplimientos del Fideicomitente. Debido a los riesgos existentes, la Presidencia Ejecutiva instruyó se efectúe un análisis de la situación actual del desarrollo del Fideicomiso y los resultados lo haga del conocimiento de la Junta Directiva.

## 2) Área de Servicios de Salud

Considerando la organización y funciones que corresponde desarrollar a la Gerencia Médica, seguidamente se incluyen los temas que requieren de acciones y seguimiento, a fin de dar continuidad y lograr el uso de los recursos públicos de forma eficiente y eficaz.

1. Proceso de planificación táctica operativa de la gerencia: es necesario y urgente fortalecer el proceso de planificación, en las etapas de formulación, ejecución, monitoreo y evaluación, que los productos que se establezcan estén alineados con los objetivos estratégicos institucionales e incluir acciones que estén orientadas a mejorar la efectiva en la calidad y oportunidad del otorgamiento de los servicios de salud.

Es importante la participación de las Direcciones de sede que conforman la gerencia, en las distintas etapas el proceso de planificación, a fin de lograr los resultados esperados y una operacionalización efectiva de las políticas y programas de salud diseñados.

2. Sobre los planes o proyectos específicos en temas de salud: deben estar sustentados desde el punto de vista técnico, incluyendo el costo estimado de su implementación, brindarles un seguimiento efectivo, sobre todo si el mismo fue hecho del conocimiento de la Junta Directiva. Se instruyó la incorporación en el Plan Táctico Operativo Gerencial acciones que se orienten a cumplir con este tipo de planes, de lo contrario existe el riesgo de que no se desarrollen conforme a lo previsto.

En este punto se consideró entre otros los siguientes:

- Plan de Atención Integral de la Patología Cardiovascular.
- Plan de Atención Oportuna (Plan de Gestión oportuna y las cadenas de atención para Cirugía, Consta Externa Especializada y Procedimientos).
- Plan de Reforzamiento de la Oferta de Servicios del I y II nivel de atención. o Plan de abordaje de la Enfermedad Renal Crónica.
- Plan estratégico para el Programa Cardiovascular Pediátrico.
- Plan Estratégico para el fortalecimiento de la Promoción de la Salud desde los servicios de salud institucionales.

- Programa de Normalización para la Atención de la Persona Adulta Mayor, de Adolescente, del Niño, etc.
3. Continuar mejorando la gestión de proyectos que se impulsan a nivel gerencial: En la Gerencia Médica existen iniciativas denominadas proyectos que se mantienen a través del tiempo -ejemplo de esto lo constituye el Proyecto Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red Oncológica de la CCSS que tenía como fecha de finalización el año 2012-; los cuales deben de ser revisados de tal manera que se verifique que se cumpla con todos los componentes que caracterizan un proyecto.
  4. Elaborar herramientas de gestión: elaborar mecanismos que permitan evaluar la gestión de los titulares de los centros de salud, a fin de determinar si el direccionamiento permite una mejoría en los indicadores de salud.
  5. Revisión y ajuste de la oferta de servicios para los tres niveles de atención: lo cual se considera un tema de prioridad y urgente, a fin de eliminar las distorsiones que se han generado.
  6. Valorar la gestión de las Direcciones Regionales: a fin de que tengan una participación en cuanto a la evaluación, control y seguimiento de las actividades desarrolladas en los hospitales y Áreas de Salud.
  7. Continuar fortaleciendo la gestión de los servicios en red: en tal sentido se debe de hacer un análisis y revisión exhaustiva de las funciones que está desarrollando la Direcciones de Sede, a fin de que se genere una eficiente articulación de los servicios, de un mayor acompañamiento a las unidades operativas y con ello favorecer la salud de la población.
  8. Gastos: es importante establecer mecanismos de control y políticas que permitan un abordaje, análisis y revisión de los gastos generados en los centros de salud.
  9. Recursos humanos: gestionar la elaboración y ejecución de estudios técnicos orientados a la formación y dotación de los recursos humanos técnicos necesarios para la prestación de servicios médicos con oportunidad.
  10. Continuar el fortalecimiento del primer nivel de atención. Está pendiente el desarrollo de acciones orientadas a cumplir con lo definido en el Plan de Reforzamiento de la oferta de Servicios de Salud en el I y II nivel de atención, como son: cierre de brechas, la incorporación de especialistas al primer nivel de atención y fortalecimiento de la infraestructura. Así como el desarrollo de la estrategia relacionada con la implementación de la Cirugía Mayor ambulatoria en las áreas de salud de la gran área metropolitana.



11. Continuar el fortalecimiento de los Servicios de Emergencias, consulta externa, cirugía: Ejecución de acciones orientadas a la atención de las recomendaciones efectuadas por la Comisión Inter gerencial que generó el Informe Técnico para el Fortalecimiento de la Atención de Emergencias en la CCSS, oficializado por la Gerencia Médica en octubre del 2017. Asimismo, establecer la capacidad resolutive de los servicios de cirugía y consulta externa, para mejorar la gestión, el uso eficiente de los recursos, y atención de la lista de espera con otras modalidades de atención.

12. Institucionalización de Servicios: Brindar seguimiento y gestionar las acciones pertinentes para disponer de los recursos humanos, materiales, equipamiento e infraestructura de servicios que se ha dispuesto institucionalizar, como son la compra de servicios de primer nivel de atención para las comunidades de San Juan-San Diego-Concepción, Montes de Oca y Curridabat; así como el programa de Tamizaje Neonatal.

13. Médicos extranjeros: Continuar las gestiones orientadas a cumplir con lo dispuesto por la Junta Directiva en el artículo 17 de la sesión 8849 del 16 de junio 2016, mediante la cual se autorizó a la Gerencia Médica realizar los trámites pertinentes ante el Ministerio de Salud y el Colegio de Médicos y Cirujanos para contratar médicos extranjeros en las especialidades con mayor criticidad (Anestesiología y recuperación, Ginecología, Obstetricia, Psiquiatría, Medicina Interna, Cirugía General, Radiología e Imágenes Médicas, Ortopedia y Traumatología, Medicina de Emergencias). Sin perjuicio de que lo que se necesita es que se planifique la formación del talento humano necesario para que la población reciba el mejor servicio posible.

14. Brindar seguimiento al tema del trasplante de órganos; establecer regulación y modelo de pago para los profesionales en ciencias médicas que participan en los procesos de donación y trasplante de órganos y tejidos.

15. Fertilización in vitro: Monitorear y evaluar en forma periódica el avance del proyecto, brindando énfasis a los procesos de formación y capacitación del recurso humano, así como al registro de medicamentos e insumos imprescindibles para el funcionamiento. Es importante además la coordinación con el Ministerio de Salud para el tema del registro de donantes.

16. Enfermedad renal: Definición y desarrollo de intervenciones para los servicios de salud, dirigidas a la prevención del daño renal crónico.

17. Investigaciones: Revisión y/o actualización de la normativa institucional que regula la realización de investigaciones biomédicas en la institución, a efectos de que se regulen los estudios de tipo intervenciones, así como la participación de pacientes tratados en la CCSS en investigaciones del ámbito privado, entre otros aspectos que se consideren pertinentes (caso Complejo Coagulante Anti-Inhibidor). Se dejó una



Comisión Institucional y de la Junta Directiva activa trabajando en la mejora del borrador de Reglamento presentado por CENDEISSS a Junta Directiva.

18. *Infecciones: Ejecución de acciones orientadas a mejorar el registro y disminución de la Infecciones asociadas a atención en salud.*

19. *Medicamentos: Fortalecer la gestión de medicamentos en cuanto al proceso de compra (fichas técnicas) custodia, y consumo.*

### 3) Tecnologías de Información en la CCSS

#### 1. Expediente Digital Único en Salud (EDUS)

*El Proyecto Expediente Digital Único en Salud (EDUS) se conceptualiza como un conjunto de aplicaciones que tienen como objetivo automatizar los procesos de los servicios de salud, según el modelo de servicios que ha adoptado la CCSS en materia de salud pública [...]" y tiene como propósito principal el mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud.*

*Esta iniciativa, en sus fases de planeamiento, diseño, ejecución, implementación y operación, fue declarado de interés público y nacional en la Ley No. 9162 Expediente Digital Único en Salud; publicada en el Diario Oficial La Gaceta No. 182 del 23 de setiembre de 2013. En dicho cuerpo normativo fue otorgado un plazo de cinco años para que la CCSS cumpla en todo el territorio nacional de los objetivos y alcances dispuestos por esa Ley.*

#### *Avance de implementación en el primer nivel de atención en salud*

*En el último informe presentado mediante oficio GIT-0636-2018 se indica que a diciembre del 2016 se había implementado el EDUS en 899 Sedes de EBAIS, y que, al 31 de marzo del 2018, el expediente es utilizado en un 100% de EBAIS y Áreas de Salud. Sin embargo, de acuerdo con información oficial de la Institución existen 1042 EBAIS, por lo que debe brindarse claridad sobre el avance de la implementación del EDUS en los 143 restantes.*

*Por otro lado, esta Auditoría identificó en diciembre del 2017, que existían establecimientos de salud administrados por proveedores externos que no habían iniciado el uso de las aplicaciones EDUS definidas para este tipo de centros, mientras que otras unidades de esta índole no disponían de todos los módulos requeridos, lo cual también debe ser indicado a la Junta Directiva en los informes que se le presentan, así como demás instancias externas que soliciten la información relacionada.*

*Es importante señalar que en el punto siete del apartado "Estudio Técnico de conceptualización" incluido en el Estudio de Factibilidad Expediente Digital Único en Salud II y III Nivel de Atención, se indica:*

*"(...) Un Expediente Digital Único no solo debe integrar las atenciones que un paciente recibe en el ámbito hospitalario que le corresponde sino las atenciones que recibe en otros niveles de atención y que agregan valor para que le profesional en salud tratante pueda basar su diagnóstico y tratamiento en la mayor cantidad de información objetiva..."*

*Es nuestro criterio que el primer nivel de atención en salud aún no dispone del 100% en su implementación del EDUS, hasta tanto no se garantice el funcionamiento óptimo de las soluciones tecnológicas que conforman el expediente digital en todos los EBAIS y Áreas de Salud bajo la responsabilidad y gestión de la CCSS, en virtud de la integración y estandarización de procesos relacionados con la atención en salud, situación que debe hacerse de conocimiento del Jerarca.*

*Estudio de Prefactibilidad del EDUS (2012), pág. 17 y 27.*

*Institucional al brindarse información relativa al proyecto, en aras de la transparencia, así como de la premura en adoptar medidas que permitan el cumplimiento de la Ley No. 9162.*

*Avance de implementación en el nivel hospitalario.*

*En el informe mencionado, se señala que, al 31 de marzo del 2018, la implementación del EDUS-ARCA en el nivel hospitalario del Bloque I se encuentra en un 93% para el Módulo quirúrgico y Emergencias, y en un 100% para Admisión y Egresos. En el caso del Bloque II, el avance para el Sistema de Identificación, Agendas y Citas (SIAC) es de un 69%, y para el Sistema Integrado de Expediente de Salud (SIES) de un 51%. Finalmente, el Bloque III, el cual incluye los módulos de Visita Hospitalaria y Servicios de apoyo (Farmacias, Imágenes Médicas, Laboratorio y Patología) presenta un avance general del 21%.*

*Al respecto, es importante señalar lo indicado en el transitorio único de la Ley Expediente Digital Único en Salud, el cual establece el plazo para la conclusión de este, señalando:*

*"La Caja Costarricense de Seguro Social tendrá cinco años, a partir de la vigencia de la presente ley, para asegurar el cumplimiento en todo el territorio nacional de los objetivos dispuestos por esta ley. Se entenderá que hasta los primeros tres años de ese quinquenio serán para la implementación en el primer nivel de atención y que al final de los cinco años deberá estar implementado el expediente digital único de salud en el nivel hospitalario."*

*Al respecto la Presidencia Ejecutiva gestionó el establecimiento de acciones concretas orientadas prioritariamente al cumplimiento de lo estipulado en la Ley No. 9162, garantizando las condiciones tecnológicas y legales que correspondan, no solo a la*

implementación de soluciones sino al uso efectivo de ellas en la automatización de procesos de atención en salud. Para Julio del 2018, se había implementado el EDUS en un 98% en promedio en todo el nivel Hospitalario, donde la Infraestructura tecnológica así lo permitiera y **esta Presidencia Ejecutiva hizo todo lo necesario para que en septiembre del 2018 se alcance el 100% de implementación promedio en el nivel de hospitales.**

## 2. Modelo de Gobernanza en Tecnologías de Información y Comunicaciones

*El principal objetivo de Gobierno de TIC no es solo garantizar que las tecnologías de información y comunicaciones estén alineadas a la estrategia de la Institución, sino que los servicios se presten con el máximo valor posible y de la forma más eficiente. Adicionalmente, permite que los riesgos relacionados con TIC sean identificados y administrados oportunamente, haciendo un uso eficiente de los recursos.*

*En ese sentido se llevó a cabo la licitación abreviada No.2016LA-000003-1150 "Diseñar e implementar el Modelo Meta de Gobierno de TIC y Gobierno de la Seguridad de la Información para la CCSS" dando inicio en agosto del 2016 e incluyendo un ítem único con dos sub-ítems:*

*Consultoría para el diseño de Modelo de Gobernanza de las TIC 2,500 Horas de Servicios Profesionales por demanda para el desarrollo de actividades aprobadas del Plan de intervención inmediata generado en la Consultoría para el desarrollo del modelo de Gobernanza de las TIC.*

*De esa consultoría derivaron 36 iniciativas requeridas para la implementación del modelo de Gobernanza de TI en la CCSS, de lo cual se evidenció no disponer de los siguientes elementos aún para analizar su factibilidad en la operativa institucional:*

- *Análisis de la viabilidad institucional de cada iniciativa requerida.*
- *Contextualización de cada iniciativa a la operativa institucional para la gestión de proyectos.*
- *Estimación de costos e inversiones asociadas.*
- *Sostenibilidad financiera de la ejecución de las iniciativas planteadas.*
- *Vinculación con otros proyectos institucionales en ejecución a nivel institucional relacionadas con el desarrollo de funciones por parte de unidades de la CCSS. así como de los incluidos en los portafolios gestionados por la DTIC.*
- *Asignación de recursos humanos según los perfiles y disponibilidad de tiempo definidos por la firma consultora.*
- *Revisión de la estructura organizacional requerida.*

*Sobre este particular, la Presidencia Ejecutiva gestionó la conformación de un equipo intergerencial con representación de esa Presidencia, que analice integralmente las*

iniciativas planteadas producto de la Consultoría contratada para la implementación del modelo meta propuesto por la firma PwC considerando al menos los aspectos mencionados anteriormente, lo anterior con el fin de plantear la planificación de la implementación del modelo paulatinamente en la CCSS.

3. *Plan de Innovación para la mejora en la Gestión Financiera, Administrativa y Logística.* En oficio GF-22.830 del 02 de abril 2014, la Gerencia Financiera remite a la Junta Directiva el informe denominado "Evaluación del estado actual del Proyecto de Modernización del Sistema Financiero de la CCSS y propuesta de acciones para su reorientación y mitigación de riesgos durante su ejecución e implementación", para lo cual 4 de diciembre del 2014 en el artículo N O 20 de la sesión N 08754 de Junta Directiva, esta Gerencia presenta la propuesta en relación con el "Plan de Innovación para la mejora de la gestión financiera-administrativa basado en soluciones tecnológicas". En este sentido, es pertinente señalar que, en la sesión supra citada, se expuso los problemas de gestión en torno a los procesos y sistemas financieros, administrativos y logísticos actuales.

En ese sentido, la Junta Directiva aprobó en la sesión supra citada, la ejecución del "Plan de Innovación para la mejora de la gestión financiera-logística-administrativa en la CCSS, basado en soluciones tecnológicas", con el acompañamiento de una firma de clase mundial.

En el segundo semestre del año 2015, se procedió a efectuar la Licitación Abreviada NO 2015LA-00002905101, cuyo objeto contractual fue la "Contratación de consultoría para la Estructuración del Plan de Innovación para la Mejora de la Gestión Financiera-Administrativa-Logística de la CCSS". Habiendo cumplido con el proceso licitatorio, se realizó la adjudicación a la firma Price Waterhouse Coopers Consultores S.A. (PWC) y en enero del 2016, se suscribió el contrato correspondiente entre la CCSS y dicha firma, iniciando la Fase Cero del Plan de Innovación en febrero del 2016.

Cabe indicar que el Plan de Innovación abarca tres etapas principales: la fase Cero, que comprende la identificación de los términos de referencia para la definición de un modelo operativo integrado mediante soluciones tecnológicas, es decir, el diseño y estructuración del Plan, dicha etapa comprendió de febrero 2016 a febrero 2017; la Fase Uno que corresponde a la adjudicación de las soluciones tecnológicas que apoyarían ese modelo de gestión operativa y que según la planificación original se iba a ejecutar durante el primer semestre del 2017; y la Fase Dos en la cual se efectuaría la implementación institucional de las soluciones tecnológicas contratadas, misma que se planteó inicialmente para el segundo semestre del 2017.

En sesión de Junta Directiva No. 8901 se solicitó una propuesta del Modelo de Administración del Plan de Innovación el cual aún no ha sido presentado al Jerarca Institucional en los términos solicitados, es decir, incluyendo roles, funciones y



estructura así como distribución y niveles de responsabilidad; potenciales candidatos para asumir las tareas de Patrocinador, Director y Coordinadores de Programas; equipos técnicos de proyectos y grado de disponibilidad laboral; mecanismos para satisfacer las necesidades de personal adicional y por último la estimación de los costos directos o indirectos que se deben incurrir para la implementación de dicho Modelo.

Así mismo, se ha determinado la necesidad de fortalecer la coordinación de acciones entre la Dirección del Plan de Innovación y la Dirección de Tecnologías de Información V Comunicaciones (DTIC), lo anterior considerando que no se evidencia participación por parte de la DTIC como contraparte técnica institucional en la elaboración del Entregable NO 8 "Términos de referencia para contratación de implementadores de soluciones", gestión realizada por los representantes de la Dirección del Plan de Innovación y la firma consultora PWC, en el cual se definen las condiciones específicas para la adquisición de infraestructura, licencias y servicios especializados de consultoría para la implementación de la solución planteada por cada programa del Portafolio de Innovación.

Lo anterior se torna relevante, considerando que se plantean requerimientos técnicos para dotar a la CCSS de Infraestructura para la implementación y operación de la Solución ERP tales como: condiciones generales y ambientes que debe soportar, características del hospedaje en un Data Center externo a la Caja y servicios de "Mesa de Ayuda", así como especificaciones técnicas para servicios de desarrollo para el caso de Programa Modernización del Ciclo de Gestión del Aseguramiento, entre otros.

El 16 de marzo del 2018, en el Alcance No. 50 del diario oficial "La Gaceta" se realizó la publicación del cartel de la Licitación Pública No. 2018LN-000008-5101 "Adquisición e implementación de una Solución Integral Tipo ERP de Clase Mundial para la Caja Costarricense de Seguro Social".

Esta licitación tiene como objetivo la adquisición, bajo un contrato de servicios, de la infraestructura, licencias, así como consultoría para la instalación, implementación, capacitación, puesta en marcha y soporte post-implementación de una solución ERP, cuya apertura de ofertas se programó para el 9 de julio del 2018 según publicación del Diario La Gaceta (No. 107) efectuada el 15 de junio; con lo cual se daría inicio a la implementación del primer componente del plan de innovación.

Al respecto, La Presidencia Ejecutiva instruyó para que el proceso de contratación se realice transparentemente según lo establecido en la normativa aplicable, garantizando que los requerimientos del ERP se encuentren justificados por cada instancia institucional según los procesos definidos en el alcance de esa herramienta de clase mundial, de acuerdo con la realidad actual, y la viabilidad financiera de la CCSS.

#### 4) Área de Servicios Financieros

##### 1. Negociación de la deuda del Estado

Se cumplió con el informe ASF-270-2012 del 10 de octubre 2012, donde se le solicita a la Presidencia Ejecutiva continuar con el proceso de Negociación de la Deuda del Estado en Convenio Suscrito el 29 agosto del 2007, estableciendo las acciones de renegociación con el Ministerio de Hacienda para materializar el pago efectivo de los montos adeudados otorgando un plazo prudencial de hasta dos meses para su aceptación y reconocimiento. Hecho que se cumplió satisfactoriamente.

##### 2. Deuda de FODESAF

Se cumplió con el informe ASF-282-2012 del 22 de octubre 2012, respecto a la deuda de FODESAF con la CCSS correspondiente a la atención de indigentes (periodo 1994-2007) se le indica a la Presidencia Ejecutiva solicitar pronunciamiento a la Procuraduría General de la República, a fin de determinar cuál de las dos metodologías (la utilizada por la Institución hasta el 2007 o la propuesta por Contraloría) están de conformidad con lo dispuesto en el artículo 6 de la Ley 7374; y garantiza el cumplimiento de los principios de la Seguridad Social.

Además, se elaboró el procedimiento de cobro de las deudas del Estado, que incluye tanto la gestión administrativa como la judicial.

El 04/07/2018 mediante el oficio GF-2938-2018, el Gerente Financiero remite al Director Jurídico "Procedimiento para la Gestión de Deudas del Estado" para la valoración y el aval respectivo.

##### 3. Deuda del Estado por lo que el Ministerio de Hacienda ha dejado de Transferir a la Caja, correspondiente a la Ley General de Control del Tabaco.

Se cumplió con el informe ASF-74-2018 del 05 de julio 2018, que solicita gestionar el cobro por las vías legales que se estimen pertinentes sobre la totalidad de las sumas adeudadas a la institución, según lo establecido en el artículo 29 de la Ley 9028 "Ley General de Control del Tabaco y sus efectos nocivos en la salud" y su reglamento, suma que, para marzo 2018, ascendía a C6,705,586,840.23 (seis mil setecientos cinco millones, quinientos ochenta y seis mil ochocientos cuarenta colones con 23/100), sin considerar el cálculo de posibles intereses sobre ese monto.

##### 4. Póliza de Seguros INS MEDICAL INTERNACIONAL

Se cometió con el informe ASF-189-2014 del 13 de octubre 2014, respecto al convenio de cooperación suscrito entre el MREYC, COMEX, PROCOMER y la C.C.S.S. en la suscripción de la Póliza de Seguros INS MEDICAL INTERNACIONAL, se solicita a la Presidencia presentar a la Junta Directiva una propuesta para el aseguramiento de los



funcionarios del servicio exterior, la cual debe responder a un análisis técnico y jurídico riguroso, que garantice la protección de los intereses económicos de la institución y de las necesidades de salud de este personal.

A fin de preparar esta propuesta, la Presidencia Ejecutiva conformó un equipo intergerencial integrado por: la Gerencia Financiera, Gerencia Médica, Dirección Actuarial y Económica y Dirección Jurídica, el cual debe considerar, entre otros, los aspectos señalados en los puntos a, b, c, d, e, f, g siguientes.

#### *Análisis de Escenarios:*

a) Analizar los escenarios planteados por la Gerencia Financiera ante la Dirección Jurídica, incluidas en el informe, así como otras posibles alternativas que podrían llevar a la institución a efectuar un contrato por terceros o bien que la CCSS asuma técnica, médica, financiera y administrativamente brindar el seguro por servicios médicos a esta población, en caso de que así corresponda.

b) En este análisis se debe considerar el equilibrio de los Principios Filosóficos del Seguro Social en especial la Solidaridad Social, Equidad e Igualdad y el Modelo de Atención de los Servicios de Salud, lo anterior en correspondencia con la sostenibilidad del Régimen de SEM.

#### *- Fundamentación Integral de la Alternativa a presentar:*

c) Las alternativas planteadas deben estar fundamentadas en un estudio integral que contemple elementos: técnico, médico, financiero, actuarial, legal y de sistemas de información, sobre su viabilidad para la institución. La alternativa elegida, debe documentar la justificación y motivación de su elección de forma amplia.

d) La Dirección Actuarial y Económica, deberá elaborar un estudio actuarial, mediante el cual se determine la escala contributiva por nivel de ingresos que debería cotizar este grupo de asalariados. Este porcentaje de contribución debe ser suficiente para erogar los gastos en este tipo de seguros y procurar la sostenibilidad financiera del Régimen. Asimismo, la Dirección Jurídica deberá determinar la viabilidad legal en este tema. Lo anterior en el caso de continuar la institución cancelando este tipo de seguro.

#### *Análisis Legal*

e) Determinar, las modificaciones legales que se deben efectuar para la atención de lo indicado en el punto a. Para lo cual la Dirección Jurídica debe realizar, entre otros, un análisis legal del Convenio y sus Adendas 1 y 2 respectivas, con el propósito de identificar elementos que limitan a la CCSS ejercer un control para la prestación de este servicio a nivel internacional, entre los que se podrían incluir costos, idioma,

utilización de servicios médicos y cobertura, acceso de información, responsabilidad de los beneficiarios, entre otros. Lo anterior a la luz de la normativa nacional e internacional, doctrina y jurisprudencia aplicable, indicadores de estudios realizados por la institución, como por ejemplo los incluidos en este informe, así como otros aspectos que consideren de acuerdo con su competencia técnica, deban incorporar en ese análisis.

*Administrador del Seguro:*

f. Determinar la dependencia institucional a la cual debería corresponder la administración integral de este modelo de seguros, lo anterior, dado que deben desarrollarse temas administrativos, financieros y médicos, o bien, si debe continuar siendo administrada por el Área Administración y Aseguramiento de Bienes. Lo cual debe ser fundamentado.

- Cronograma para seguimiento de la recomendación.

g. Para todo lo anterior, se deberá establecer un cronograma de ejecución en el cual se incluya el nombre de los funcionarios responsables en cada etapa del proceso, nombrándose además un responsable del seguimiento y cumplimiento del mismo.

5. *Modelo de administración de riesgos financieros, contables y fraude*

Se cumplió con el Informe de Auditoría ASF-18-2017 del 1 de marzo del 2017, donde se le solicitó a la Gerencia Financiera conformar un equipo de trabajo, para diseñar un modelo o subsistema de administración de riesgos financieros, contables y de fraude que considere todos los procesos sustantivos de la institución, y establezca los controles mínimos para mitigarlos, así como, la metodología para monitorear de forma periódica su cumplimiento y eficacia. La finalidad es disponer de una herramienta que genere guías con estándares que permitan administrar más eficientemente los riesgos financieros, contables y de fraude. Sobre este mismo tema ya se había alertado a la Presidencia Ejecutiva y Cuerpo Gerencial mediante el Oficio 53885 del 28 de setiembre del 2017, sobre la importancia y responsabilidad de la Gestión de Riesgos a nivel institucional según la Ley General de Control Interno. Adicionalmente, este tema se le ha venido brindando seguimiento mediante los Oficios 6385 del 21 de febrero del 2018, y 7782 del 3 de julio del 2018.

En Oficio PE-15572-2017 del 21 de diciembre del 2017, la Presidencia Ejecutiva, señalaba no haber sido informada sobre el Plan de Trabajo solicitado a la Gerencia Financiera, aspecto que fue destacado en el precitado oficio 7782 del 3 de julio del 2018 de seguimiento que realizó este órgano de Fiscalización y Control.

6. *Proyecto Restructuración del Nivel Central*

Se hizo todo lo necesario para satisfacer el informe ASF-196-2017 del 21 de diciembre 2017, donde se solicita a la Presidencia instruir a las instancias técnicas correspondientes para que en coordinación con la Dirección del Proyecto de Reestructuración del Nivel Central, efectúen un análisis integral de la estructura organizacional y funcional de la Dirección Actuarial y Económica, a fin de que se determine si la organización actual permite desarrollar el proceso de dirección, conducción y rectoría que en materia actuarial debe cumplir a nivel institucional, en apego de los estándares internacionales.

Además, efectuar un estudio técnico/administrativo con el objetivo primordial que la Institución structure un órgano de "Administración de Riesgos V Control" que sea independiente de la Administración Activa, que asesore a la Junta Directiva y Presidencia Ejecutiva en los riesgos estratégicos, y coadyuve con el Gobierno Corporativo a las Gerencias.

#### 7. Líneas y cursos de acción en el tema de tiempo extraordinario

La Auditoría Interna a través de diferentes productos (informes de control interno, oficios de asesoría y advertencia) ha realizado observaciones a los Niveles Gerenciales, Dirección de Presupuesto y Administración y Gestión de Personal, enfocadas a la ejecución de análisis de las partidas variables (tiempo extraordinario), con el fin de evaluar los riesgos en los disparadores del gasto por este concepto, V que se establezca una estrategia que permita evaluar el comportamiento y las tendencias del gasto de estas partidas, a efectos de que se realice un estudio profundo de este tema.

Por esa razón fue satisfecho el informe ASF-208-2017 del 21 de diciembre 2017, donde este órgano de Fiscalización y Control, se pronuncia sobre el comportamiento presupuestario de las partidas variables de servicio personales y ratifica lo indicado en informe ASAAI-45-2013 "Evaluación sobre el pago de guardias médicas a los funcionarios en la Caja Costarricense de Seguro Social", además, de los párrafos de los informes de auditoría AGO361-2011 "Evaluación sobre la Programación y Control de Guardias Médicas" y ASF-313-2013 ("Informe sobre el Análisis del comportamiento Presupuestario de las Partidas Variables de Servicios Personales (Tiempo Extraordinario) a Nivel Institucional, Seguro de Salud"), con respecto a que la Presidencia Ejecutiva, solicite a la Gerencias Médica, Administrativa y Financiera, presentar un "plan de acción integral", con el fin de gestionar y cumplir con lo solicitado en los informes.

De los análisis realizados por las Gerencias para el cumplimiento de lo recomendado, se establezcan propuestas que coadyuven a la sostenibilidad del Seguro de Salud sin que se afecte la prestación de los servicios que debe brindar la Institución y sean de

conocimiento ante la Junta Directiva para que se adopten las decisiones que en derecho correspondan.

8. *Política para la Administración Integral de Riesgos Financieros de las Inversiones en Títulos Valores y Créditos Hipotecarios*

Se acataron las recomendaciones del informe ASF-23-2017 del 05 de abril 2017, sobre la razonabilidad del Registro Contable de la cuenta Mayor 122-00-7 "Depositas a Plazo Empresas Públicas Financieras" solicita a la Presidencia presenta a la Junta Directiva, la Política para la Administración Integral de Riesgos Financieros de las Inversiones en Títulos Valores V Créditos Hipotecarios actualizada, para su respectiva aprobación V con el fin de subsanar los nuevos retos que en materia de riesgos, han surgido desde su última aprobación en el 2015.

9. *Fortalecimiento de la Investigación Científica y la Innovación Tecnológica en la Caia 2017-2022*

Se cumplió con el informe ASF-93-2017 del 14 de setiembre 2017, relacionado al comportamiento presupuestario del Fondo de Investigación e Innovación Tecnológica (FIIT) y considerando que ese proceso constituye un elemento estratégico de la gestión organizacional y para la Institución, se insta a la Presidencia solicitar a la Gerencia Médica la presentación de la propuesta para el Fortalecimiento de la Investigación Científica y la Innovación Tecnológica en la Caia 2017-2022 al Consejo de Presidencia y Gerentes para su análisis y validación, con el objetivo principal de generar un involucramiento directo del resto de las gerencias y que los resultados de la investigación e innovación impacten sobre los principales temas institucionales según las priorizaciones, riesgos y el mejoramiento de la prestación de los servicios.

10. *Implementación de las Normas Internacionales de Contabilidad para el Sector Público, cada Gerencia, según corresponda*

En informe denominado Auditoría de carácter especial sobre el proceso de adopción e implementación de las normas internacionales de contabilidad para el sector público, (proceso de oficialización) en el cual se le solicita a la Presidencia Ejecutiva, realizar un recordatorio al Cuerpo Gerencial y al resto de los titulares subordinados sobre lo acordado por la Junta Directiva el 29 de julio 2010, en la sesión N. 8458, artículo que indica:

"ACUERDO PRIMERO: aprobar como marco normativo contable de aplicación institucional los Principios de Contabilidad Aplicables al Sector Público, según lo dispuesto en el Decreto Ejecutivo número 34460-H, publicado en "La Gaceta" número 82 del 29 de abril del año 2008, para el registro, evaluación y presentación de los estados financieros preparados por las dependencias correspondientes de la Gerencia Financiera.



*ACUERDO SEGUNDO: iniciar el proceso de adaptación a futuro de las Normas Internacionales de Contabilidad aplicables al Sector Público (NICSP) para la Contabilidad de la Caja Costarricense de Seguro Social, lo que permitirá garantizar que los estados financieros institucionales se ajusten a los estándares internacionales y nacionales en normas contables, y que la contabilidad institucional no esté aislada del resto del sector público, así como por las ventajas que las NICSP brindan".*

*Esta Junta Directiva hace hincapié en el compromiso que deben asumir las Gerencias, para alcanzar el éxito del proceso, debido a lo cual se les solicita toda la colaboración." (el destacado no es del original)*

*Adicionalmente, se instruyó sobre la obligación de los titulares subordinados, de realizar los esfuerzos que sean necesarios para apoyar y acompañar a la Gerencia Financiera, Dirección Financiera y al Área de Contabilidad Financiera, como instancias conductoras de este proceso y los equipos de trabajo que se conformarán, para atender con eficiencia y oportunidad el proceso de implementación de las NICSP en la Institución.*

#### *11. Sostenibilidad Financiera*

##### *a. Sostenibilidad del Seguro de Salud.*

*En la Sesión de Junta Directiva 8934 del 26 de octubre del 2017, artículo 8, en la cual se conoció la Valuación Actuarial del Seguro de Salud 2015, en el punto 2) del acuerdo se indicó; "...instruir a la Presidencia Ejecutiva para que acompañe ese proceso y que en un plazo de un mes presente a la Junta Directiva un Plan que acompañe la política de sostenibilidad que está desarrollando la Gerencia Financiera, de modo que contenga acciones concretas para garantizar, en la medida de lo posible, la sostenibilidad del Seguro de Salud en el largo plazo..."*

*En el documento 54739 del 6 de noviembre 2017 elaborado por este órgano de Fiscalización y Control, se enfatizó que, para el fortalecimiento de la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud, es importante que la Gerencia Financiera en conjunto con el resto del Cuerpo Gerencial, concreten la conformación del Consejo de Sostenibilidad del Seguro de Salud o gestionen los ajustes pertinentes para que el actual Consejo Financiero asuma esa labor, lo anterior también fue recomendado por esta Auditoría Interna en el informe ASF-199-2016*

*Se ha venido brindando seguimiento al planteamiento que se había realizado en el 2015, (Oficio 26223 del 24 de marzo, 2015), respecto a la necesidad del fortalecimiento del proceso de Planificación Institucional, teniendo como insumo el rol rector de la Dirección Actuarial V Económica. En el Oficio 26223-1 del 14 de diciembre 2016, se reitera la necesidad de adoptar acciones en procura de lograr una vinculación efectiva*

de estos dos procesos, como aspecto medular para la sostenibilidad financiera de los seguros que administra la Institución.

Dado los excedentes del Seguro de Salud que se han venido presentando en el informe ASF-1622014, se le ha indicado al cuerpo gerencial, que estos recursos deben focalizarse V estar asociados a proyectos relevantes y de áreas prioritarias en infraestructura, equipamiento médico, insumos y recurso humanos, entre otros, mediante planes técnicamente fundamentados, que permitan impactar la calidad en la prestación directa de los servicios que reciben los diferentes usuarios de la Institución.

Mediante documento 54739 del 06 de noviembre, 2017 denominado " Análisis financiero, presupuestario y de acciones relevantes del Seguro de Salud: principales retos y consideraciones desde el punto de vista de fiscalización para la sostenibilidad del Régimen", se dirigen 29 consideraciones a la Presidencia Ejecutiva Cuerpo Gerencial relacionados con la sostenibilidad financiera de este Régimen. Entre las más importantes se encuentran; Diversificación de las fuentes de ingresos Fortalecimiento de los servicios de inspección fortalecimiento de los riesgos excluidos acciones para combatir la morosidad, fortalecimiento de las valuaciones actuariales del seguro de salud sobre la ejecución de los proyectos de infraestructura hospitalaria y equipo médico.

La Presidencia Ejecutiva tramito e instruyó todo lo necesario para satisfacer los aspectos pendientes relacionados con la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud

- Plan sobre Política de Sostenibilidad del Seguro de Salud Integración del Proceso de Planificación y Presupuesto
- Programación física y financiera de mediano plazo (Plurianual) en el Seguro de Salud
- Elementos prospectivos en la asignación de recursos al primer nivel, a los centros hospitalarios y por redes/región.

b. Planificación Financiera para la Sostenibilidad financiera de proyecto de Infraestructura y Tecnología

En distintos productos de la Auditoria se ha ratificado la necesidad de adoptar las acciones necesarias que permita garantizar la sostenibilidad financiera de los proyectos de infraestructura y tecnología que se encuentran en el Portafolio Institucional por un monto de C 1.126.408 millones considerando los gastos de operación en que se va a incurrir en la puesta en ejecución de estos. En la actualidad la institución gestiona 238 proyectos. (Entre otros Oficio 54805 del 14 de noviembre del 2017 y 7439 del 5 de junio del 2018). En la Sesión de Junta Directiva 8687 artículo 26, del 19 de diciembre del 2013, en donde se impulsa y aprueba la Política



Institucional en Dirección y Gestión de Portafolios, Programas y Proyectos, por la Dirección de Planificación Institucional, se señaló que;

(...) La CCSS valorará porque los proyectos cuenten los estudios de pre-inversión requeridos que determinen su factibilidad, así como su impacto en los objetivos estratégicos de la Institución, de manera que facilite todos los elementos necesarios que contribuya a una adecuada toma de decisiones y reduzca la incertidumbre sobre las asignaciones de recurso (...). Y como estrategia para su cumplimiento, en el inciso c se dice: "...Análisis de sostenibilidad técnica, económica financiera y social de los proyectos de mediana y alta complejidad..."

En la actualidad la Presidencia Ejecutiva mediante el Oficio 1167-2018 del 11 de mayo 2018, se giró instrucciones al Lic. Ronald Lacayo Monge, Gerente a cargo de la Gerencia Financiera, que se conforme un grupo de trabajo de alto nivel que se avoque analizar este requerimiento y presente los escenarios para la toma de decisiones. Además, la Presidencia Ejecutiva ha insistido en la necesidad de vigilar los resultados de dichos análisis.

c. Fideicomiso para la construcción de obra pública como mecanismo para la planificación y la inversión de los recursos disponible. El 25 de agosto de 2016, la Junta Directiva conoció y aprobó el Portafolio de Proyectos a incluir en el Fideicomiso de Desarrollo de Obra Pública, por lo cual acordó en el artículo 130, de la sesión No. 8860 del 25 de agosto de 2016, lo siguiente:

"ACUERDO PRIMERO: aprobar el Portafolio de Proyectos que será incluido en el Fideicomiso de Obra Pública a contratar por la Caja Costarricense de Seguro Social con una entidad pública autorizada para tales fines y que incluye la construcción de Sedes de Áreas de Salud y EBAIS, Sucursales y Direcciones Regionales Financieras, y el Centro de Almacenamiento y Distribución de la Gerencia de Logística.

ACUERDO SEGUNDO: en cumplimiento con lo dispuesto por la Junta Directiva en el artículo N 08 de la Sesión N 08819, celebrada el 11 de enero de 2016, se instruye a la Gerencia Financiera para que lleve a cabo el proceso de indagación y análisis de los Bancos Estatales o Instituciones Públicas, que se encuentran autorizadas para la estructuración y administración de fideicomisos..."

Se cumplió con las recomendaciones del informe ASF-242-2016, donde se solicitó revisar que el "Programa de mejoramiento de los servicios, infraestructura y equipamiento de los centros de salud, logísticos y financieros de la CCSS", dentro del cual para su ejecución se encuentran incorporados parte de los excedentes del Seguro de Salud, se considere la proyección de los recursos financieros necesarios para la puesta en operación y sostenimiento de los servicios, de acuerdo a los gastos complementarios que conlleva cada uno de los programas que se lleguen a definir en el artículo 49 de la sesión de Junta Directiva 8900 del 20 de abril, 2017, se autorizó a

la Presidenta Ejecutiva, suscribir el contrato para un Fideicomiso de Obra Pública y gestionar las acciones pertinentes para que se hiciera de conocimiento y aprobación por parte de la Contraloría General de la República, acciones que se realizaron en mayo y junio del presente año. Posteriormente en julio se recibieron y atendieron las solicitudes de aclaración realizadas por parte de la Contraloría General de la República (DCA-1426-2017) y se efectuó la sesión Intergerencial sobre integración de estructuras que participan en la ejecución del fideicomiso.

Este Fideicomiso de Obra Pública comprende un total de 53 obras por un monto aproximado de C263.8 mil millones, siendo relevante indicar que la institución va a financiar estos proyectos con recursos del Seguro de Salud. Dentro de los aspectos que deben tenerse presentes por parte de la Administración Activa para procurar una adecuada ejecución de este se encuentran:

- Gestionar la integración de los equipos de trabajo destinados a la atención del fideicomiso.
- Definir los modelos de trabajo V de toma de decisiones, que garanticen el cumplimiento del cronograma establecido para la ejecución de las obras del fideicomiso.
- Proyectar y planificar los recursos financieros necesarios para la puesta en operación V sostenimiento de los servicios e infraestructura de cada una de las diferentes obras que se van a desarrollar.

#### 12. Faltantes de Medicamentos por un Monto de C 958 millones

La Presidencia Ejecutiva atendió la observación de la Auditoría que determinó un faltante de Medicamentos de C958 millones, y debilidades del sistema de control interno en los procesos de inventario del periodo 2016, situación que fue informada en los productos de auditoría Oficio 65519 del 3 de noviembre de 2016 "Análisis de los resultados del Inventario de Suministros y Medicamentos 2016 a nivel Institucional." y seguimientos en Oficios 47803 del 26 de enero de 2017, Oficio 49092 del 22 de marzo de 2017, Oficio 49751 del 16 de junio de 2017 y Oficio 53392 del 09 de agosto 2017. Entre otros aspectos, se solicitó reiteradamente que se iniciara la investigación preliminar correspondiente.

El 29 de junio de 2017, mediante oficio GL-45.559-2017/DABS-0144-2017/ALDI-4374-2017 suscrito por la Licda. Dinorah Garro Herrera, anterior Gerente de Logística, le remite al Dr. Fernando Llorca Castro, Presidente Ejecutivo, oficio con un "Resumen ejecutivo en función a la justificación de inventarios."

**La Presidente Ejecutivo, sometió a conocimiento de los miembros de la Junta Directiva el citado informe, y se tomaron múltiples acciones que desembocaron con la Intervención Administrativa de algunas Direcciones y Departamentos de la Gerencia de Logística por parte de la Gerente a cargo.**

### 13. Situación Financiera del Programa del Régimen No Contributivo

La Presidencia Ejecutiva atendió a plenitud lo dispuesto en el Oficio 7390 del 4 de junio del 2018 de la Auditoría, donde ha alertado sobre la insuficiencia de recursos para financiar el pago de pensiones del RNC para el período 2018 y 2019, determinándose para noviembre y diciembre de este período un déficit de C 758,07 millones y C 861,48 millones. De esta misma situación ya se había informado a la Presidencia Ejecutiva, a la Gerencia de Pensiones y titulares subordinados responsables, manifestándoles que se le informara a la Junta Directiva, dado los riesgos asociados que se pueden materializar, máxime que se había informado por parte del Viceministro de Egresos del Ministerio de Hacienda, de que no era posible transferir recursos adicionales.

Adicionalmente se enfatizó que la Institución se encuentra limitada legalmente según el artículo 73 de la Constitución Política, a transferir fondos, ni emplearlos en finalidades distintas a las que motivaron la creación de los seguros sociales, de manera que no podría asumir el déficit presentado en el programa del RNC.

### 14. Definición de la Propuesta de distribución de los recursos provenientes del artículo 78 de la Ley de Protección al Trabajador.

Se acataron todas las recomendaciones del informe ASF-147-2016 del 09 de noviembre 2016, donde se solicita al Gerente de Pensiones y al Director Actuarial, que en el informe sobre los escenarios para la distribución y utilización de los recursos provenientes del artículo 78 de la Ley de Protección al Trabajador (decreto ejecutivo 37127MTSS); recomiende el mecanismo financiero que deberá adoptar la Caja Costarricense de Seguro Social; valorando los aspectos operativos y legales, que pueda surgir en la propuesta que presentará para aprobación de la Junta Directiva.

Esta Auditoría por medio del oficio 5133 del 25/01/2018 señala que la propuesta presentada ante la Junta Directiva por el Lic. Jaime Barrantes Espinoza, Gerente de Pensiones, se utiliza la totalidad de los recursos provenientes de la aplicación del artículo 78 de la Ley de Protección al Trabajador, sin considerar las eventuales repercusiones que pueda tener una sentencia desfavorable, donde habría que devolver lo recibido más los intereses ganados con estos dineros, situación que, de no realizarse la previsión, podría impactar los fondos del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte y que a su vez repercutiría en la variación porcentual de la escala propuesta en los escenarios desarrollados por la Dirección Actuarial, con lo cual se estaría otorgando un beneficio a una parte de la población que eventualmente no serían sostenibles, situación advertida en el oficio 49532 del 17 de mayo 2017. Por dicha razón dichas recomendaciones se tramitaron adecuadamente para evitar dicha situación.

Por otra parte, se observó que la Institución realiza la gestión de cobro de los recursos provenientes del artículo 78 de la Ley de Protección al Trabajador a todas las empresas

públicas, incluyendo el Banco Crédito Agrícola de Cartago, el cual se realiza a la Junta Interventora, que, en criterio de esta Auditoría, merece especial seguimiento, dada la situación por la que atraviesa esa entidad.

Se cumplió con lo recomendado en el oficio 6546 del 25/04/2018, de la Auditoría, que indicó que los argumentos externados en el oficio DAE-0329-2018/DJ-1621-2018/ADF-409-2018, en relación con la utilización de los fondos provenientes del artículo 78 de la Ley de Protección al Trabajador, constituye un plan de contingencia para atender los riesgos relacionados con el uso del total de esos ingresos, a la vez que se proteja la sostenibilidad de los beneficios a la población menos favorecida económicamente y que fueron advertidos en el oficio 5133 del 25 de enero 2018; por lo que esa Gerencia dispone de los elementos suficientes para tomar la decisión que más convenga a los intereses institucionales.

15. Se atendió en detalle el Oficio 15282-2017-DHR-[AE] emitido por la Defensoría de los Habitantes del 20 de diciembre de 2017 de la Defensoría y dirigido a la Presidencia Ejecutiva con solicitud de información relacionado con los estudios actuariales del Seguro de Salud.

La Presidencia Ejecutiva mediante oficio PE-15552-2017, de fecha 21 de diciembre, la Presidencia Ejecutiva remite a la Sra. Emma C. Zúñiga Valverde, Secretaria Junta Directiva el documento emitido por la Defensoría, quienes mediante artículo 70 de la sesión No. 8950, celebrada el 11 de enero de 2017, acuerdan:

"Solicitar a la Gerencia Financiera que, con el concurso de las instancias pertinentes y en un plazo de un mes, revise y recomiende lo correspondiente en cuanto los oficios en referencia, y, por otra parte, prepare el informe solicitado por la Defensoría de los Habitantes y lo remita a la Junta Directiva, con el fin de atender el requerimiento de la Defensoría de los Habitantes, en un plazo de quince días."

Mediante el oficio GF-1018-2018 / DAE-0353-2018 del 04 de abril de 2018, el Lic. Gustavo Picado Chacón, Gerente Financiero y el Lic. Guillermo López Vargas, Director Actuarial y Económico le remiten a la Licda. Emma Zúñiga Valverde, secretaria de la Junta Directiva el informe solicitado por la Junta Directiva para atender lo requerido por la Defensoría de los Habitantes.

La Junta Directiva recibió el oficio remitido el día 05 de abril de 2018, no obstante, el mismo se encuentra en Agenda del próximo jueves 26 de julio para la atención de los Miembros de Junta Directiva.

Es importante señalar que a pesar de que la primera prevención no se hizo a esa Auditoría sino se nos comunicó por copia, se elaboró el oficio 5880 del 04 de abril de 2018 a la Presidencia Ejecutiva.



#### 16. Sobre el Plan de Innovación para la Mejora de la Gestión Administrativa, Financiera y Logística

La información financiera institucional se gestiona a través del Sistema Institucional Financiero (SIF), herramienta que fue implementada en 1979 y posee una arquitectura propietaria IBM, basada en Cobol IBM e IBM 390, así como otras aplicaciones informáticas que participan en el proceso financiero institucional, presentan un grado importante de agotamiento funcional y el ambiente tecnológico en que éstos funcionan es complejo, inadecuado y riesgoso, la Presidencia Ejecutiva ha girado instrucciones que señalan la necesidad de disponer de un nuevo Sistema Financiero Institucional que integre la información generadas por los otros sistemas que afectan las transacciones financieras.

La Gerencia Financiera presentó ante la Junta Directiva el denominado "Plan de Innovación para la Mejora de la Gestión Financiera, Administrativa y Logística de la CCSS basado en soluciones tecnológicas", cuyos componentes son la implementación a nivel institucional de un Enterprise Resource Planning (ERP) o Government Resource Planning (GRP), en las áreas financiera, administrativa y logística, así como el Proyecto de Modernización del Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE), con el objetivo de mejorar la gestión financiera-administrativa-logística para incrementar su capacidad operativa, establecer un modelo de gobierno para la implementación y sostenibilidad de proyectos e iniciativas institucionales, articular acciones de innovación y apoyarse en la integración de soluciones tecnológicas que faciliten la innovación.

Se complació lo dispuesto en el informe ASF-18-2017, del 3 de marzo, 2017, donde la Auditoría evidenció que se han gestado iniciativas que datan desde hace más de una década para efectuar la Modernización del Sistema Financiero Institucional (SIF), sin que a la fecha se haya cumplido con esta importante labor, llamándose la atención a las autoridades involucradas sobre la necesidad de concretar este proceso para fortalecer el sistema y tener información financiera oportuna y de calidad para la toma de decisiones. Por esta razón la Presidencia Ejecutiva, solicitó que realizaran actividades de control, seguimiento y evaluación de los resultados obtenidos en las diferentes fases del proceso de desarrollo del Plan de Innovación para la Mejora de la Gestión administrativa, financiera y logística.

#### **5.4.3 Acciones emprendidas para establecer, mantener, perfeccionar y evaluar el sistema de control interno de la institución**

Se describen a continuación los principales aportes que han facilitado que el SCII haya avanzado en su nivel de madurez dentro de la gestión de la CCSS. Esta descripción se abordará desde los componentes funcionales de dicho Sistema

#### **Ambiente de Control**

El Ambiente de Control se relaciona con el esfuerzo que desde la autoridad superior de la organización se realiza con el propósito de generar una cultura orientada hacia el control, visto este como base para la mejora continua en todos los niveles organizacionales. En este sentido, la alta gerencia debe mostrar un compromiso tal que favorezca el desarrollo permanente del SCII, mediante principios de ética, transparencia y apertura hacia la mejora a partir de la atención de las recomendaciones emitidas por diversos órganos de evaluación y fiscalización.

Particularmente en este apartado se pueden mencionar las siguientes contribuciones:

- **Inclusión dentro del Plan Estratégico Institucional 2015-2018 de objetivos y ejes de política transversal a elementos relacionados con el desarrollo del SCII, específicamente:**
  - Objetivo 9: *Incrementar la capacidad de la organización para la gestión del riesgo, la evaluación, la rendición de cuentas y la transparencia, así como la apertura de espacios de diálogo con actores sociales.*
  - Objetivo 10: *Fortalecer la fiscalización y el control, promoviendo la eficiencia, la legalidad y la probidad en la cadena de contribución a los resultados institucionales.*
  - Eje transversal de política – Control Interno y Gestión de Riesgos: *La Caja Costarricense de Seguro Social deberá implementar los lineamientos del sistema de control interno, como parte inherente a la gestión; para la consecución de los objetivos y el cumplimiento de la misión institucional, así como para la mejora continua de los procesos y en la prestación de los servicios.*
- **Oficio PE-13874-2017 del 27 de julio de 2017, suscrito por el Dr. Fernando Llorca Castro, Presidente Ejecutivo,** mediante el cual se insta a promover un propicio Ambiente de Control, y se realiza un recordatorio a todos los titulares subordinados sobre su responsabilidad de velar porque sus actuaciones y la de los funcionarios y funcionarias a su cargo se realicen con compromiso y apego al ordenamiento técnico y jurídico, además de promover una adecuada cultura del control mediante el establecimiento de actividades de control técnico, administrativo, contable y financiero que garantice el registro de información confiable, oportuna y de utilidad para la toma de decisiones.

Por medio de esta comunicación se refuerza el compromiso superior de la Presidencia Ejecutiva para con el Ambiente de Control asociado al SCII, solicitando la atención de las acciones que desde el Área de Gestión de Control Interno de la Gerencia Administrativa son promovidas para su fortalecimiento.



- **Oficio GM-AUDB-30543-2017 del 26 de octubre de 2017, suscrito por la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médica**, mediante el cual promueve la importancia de la gestión de riesgos como base para la prevención, mitigación y detección de posibles vulnerabilidades en los procesos de trabajo. Resalta la instrucción para la atención de los lineamientos que en materia de Valoración de Riesgos son emitidas por el Área de Gestión de Control Interno de la Gerencia Administrativa.

Este oficio tiene una relevancia particular, dado que está dirigido al 85% de los titulares subordinados de la CCSS, quienes precisamente se ubican en unidades correspondientes a los procesos de prestación de servicios de salud.

Debe mencionarse que, adicionalmente, cada Gerencia realiza una promoción destacada de la importancia de los temas relativos al SCII, esto mediante las acciones que ejecutan los enlaces gerenciales de control interno, funcionarios que son de vital importancia para el perfeccionamiento del SCII.

- **Artículo 19, Sesión de Junta Directiva N°8908 del 01 de junio de 2017, aprobación del Perfil de Proyecto Sistema Gestión Integral de Riesgos y Continuidad de los Servicios de la CCSS**, por medio del cual el máximo órgano de la Institución manifiesta su compromiso y apoyo para con el fortalecimiento de la gestión de riesgos, mediante la aprobación del perfil del proyecto que permitirá, entre otros productos, diseñar e implementar un modelo de gestión integral de riesgos, cuyo objetivo es convertir a esta herramienta de gestión en un instrumento efectivo de toma de decisiones oportunas.

### **Valoración de Riesgos**

La Valoración de Riesgos en la CCSS se ha enfocado particularmente en el abordaje de los riesgos asociados a la planificación estratégica y la planificación operativa de todas las unidades institucionales. Como principales contribuciones para su fortalecimiento en la gestión institucional se tienen los siguientes datos:

- **Año 2017**

Este año marca una diferencia sustantiva respecto a la forma en que se aborda la Valoración de Riesgos en el nivel operativo. Se impulsa además un conjunto de acciones para avanzar hacia un abordaje integral en la gestión de los riesgos institucionales.

Con base en los resultados de la evaluación realizada en el año 2016 se redefine la estrategia de aplicación de la valoración de riesgos, incluyendo el instrumento de trabajo disponible para tal fin.

En cuanto a los riesgos estratégicos, se continúa con la actualización de los escenarios de riesgos asociados a la Planificación Estratégica y la Planificación Táctica, haciendo especial énfasis en el contenido del Plan Presupuesto Institucional 2018, cuyo resultado de riesgos fue entregado en el mes de Setiembre de 2017.

- ✓ Cantidad de funcionarios capacitados en la metodología y herramienta para la Valoración de Riesgos: 500 en 16 diferentes actividades de capacitación, incluyendo actividades presenciales y videoconferencias.
- ✓ 100% de avance en la elaboración del Mapa de Riesgos del Plan Presupuesto Institucional 2018. Este resultado en particular aborda los riesgos asociados a los objetivos estratégicos que están establecidos en el Plan Estratégico Institucional.
- ✓ 100% de desarrollo de nuevas guías y plantillas complementarias para la valoración de riesgos en los niveles operativos. (Durante el primer trimestre están siendo aplicadas por todos los titulares subordinados de la Institución). Este trabajo en particular conllevó un esfuerzo de 6 meses por parte del equipo de trabajo del Área de Gestión de Control Interno; contó con un proceso de validación en la que participaron un total de 10 unidades institucionales y 45 funcionarios que aseguraron la utilidad tanto de la estrategia como de las herramientas dispuestas para este fin.

#### ○ **Año 2018**

Durante el primer trimestre de este periodo, más de 2100 titulares subordinados y coordinadores de servicios se encuentran aplicando la valoración de riesgos a sus actividades más importantes, vinculadas principalmente con la prestación de los servicios tanto a usuarios externos como usuarios internos.

Los resultados de este proceso se estarán consolidando e integrando, bajo principios de inteligencia de negocios, en el mes de abril del 2018. De esta manera se podrán conocer los riesgos y sus estrategias de administración por unidad ejecutora, servicio, región, gerencia, provincia y otros cruces que será posible seleccionar para un mejor conocimiento de la situación actual que conlleve a la toma de decisiones efectiva en todos los niveles organizacionales de la Institución.

### **Actividades de Control**

Los 2100 titulares subordinados de la Institución realizan una evaluación anual de sus actividades de control mediante el uso de la herramienta de Autoevaluación de la Gestión.

Los datos del periodo 2017 están siendo sometidos a tratamiento a la fecha de elaboración del presente informe, no obstante, se proyecta que la cantidad de planes de mejora relacionados con las actividades de control sea cercana a las cifras registradas en los años 2015 y 2016.

Sobre este apartado en particular, 175 jefaturas a nivel institucional fueron capacitadas entre los años 2015 y 2017. Dichas capacitaciones permiten a los participantes hacer una identificación de las actividades de control asociadas a los procesos de prestación de servicios, evaluarlas y determinar los puntos de mejora a implementar, esto dentro del marco de la Autoevaluación de la Gestión.

Cabe mencionar que otros planes de mejora relacionados con ámbitos de gestión tales como planificación, recursos humanos, gestión de riesgos, sistemas de información, etc., pueden contener aspectos relacionados con el mejoramiento de los controles institucionales, lo cual fortalece precisamente este componente funcional del SCII.

### **Sistemas de Información**

La CCSS soporta un alto porcentaje de sus procesos en soluciones tecnológicas que tienen establecidos claramente sus niveles de seguridad, accesibilidad e información. La Institución cuenta además con una instancia dedicada de manera exclusiva a garantizar la seguridad informática tanto en infraestructura como en los componentes blandos de todos estos sistemas. Esto es coordinado y ejecutado desde la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones (DTIC).

Desde el SCII se ha procurado que los controles asociados a estos sistemas se vean permanentemente sometidos a revisión, ajuste y mejora.

Por medio de la Autoevaluación de la Gestión, anualmente alrededor de **150** jefaturas (destacadas en la DTIC y Centro de Gestión en Informática) realizan una valoración de la calidad de los controles asociados a los sistemas de información institucionales.

Cabe mencionar que dichos planes conllevan una articulación entre los diferentes niveles organizacionales, procurando que su implementación tenga alcances tanto locales, como regionales y nacionales.

Por otra parte, no debe dejar de mencionarse las mejoras aplicadas a los instrumentos de soporte al SCII. Específicamente las mejoras en las herramientas de Valoración de Riesgos y de Autoevaluación de la Gestión permiten que más de 2100 titulares subordinados (normalmente jefaturas y directores de proyectos) identifiquen sus principales necesidades de mejora en la gestión, asegurando con ello de manera razonable el cumplimiento de los objetivos de sus unidades en particular, y, por ende, también los objetivos institucionales.

## Seguimiento

Las actividades de seguimiento en los años 2016 y 2017 han sido sumamente críticas para la identificación de las mejoras que deben ser implementadas para el mejoramiento continuo del SCII.

Durante el año 2016 se realizó la segunda evaluación del SCII. La misma fue aplicada a una muestra representativa y aleatoria del total de titulares subordinados de la CCSS. En total, 158 jefaturas fueron entrevistadas (7.5% del total), arrojando como principales resultados los siguientes puntos:

- 45% de los titulares subordinados tiene claridad absoluta de los servicios que brinda a sus usuarios y de los objetivos que la unidad a su cargo debe cumplir.
- 60% de titulares subordinados identifican que los instrumentos de Control Interno (Autoevaluación de la Gestión y Valoración de Riesgos) generan un importante valor a su gestión.
- 52% de los titulares subordinados reconoce los aportes que su unidad realiza en cuanto al cumplimiento de los objetivos estratégicos institucionales.
- 65% de los titulares subordinados tienen establecidos, documentados y en mejora permanente las actividades de control asociadas a su gestión.
- 60% de los titulares subordinados han sido capacitados en materia de control interno y manejan de manera aceptable los conceptos y principios asociados a esta materia.
- 56% de los titulares subordinados tienen un conocimiento aceptable de la normativa nacional e institucional que rige su quehacer y que deben atender.

Como se observa, los resultados han representado un importante reto de cara a perfeccionar el SCII. Ello ha conllevado a modificar los procesos de capacitación, centrándolos en el reconocimiento de las actividades propias de cada titular subordinado, la necesidad de implementar prácticas de mejoramiento continuo y atención de la normativa asociada.

También, a partir del año 2018 todos los titulares subordinados (alrededor de 2100) obtendrán una retroalimentación por parte del equipo del Área de Gestión de Control Interno en cuanto a los resultados de sus instrumentos de Autoevaluación de la Gestión y la Valoración de Riesgos. Con ello se pretende motivar la mejora en el planteamiento de planes de mejora y de tratamiento de riesgos, procurando orientarlos hacia la mejora continua en la prestación de los servicios de salud y pensiones a las personas usuarias.

#### 5.4.4 Procedimientos administrativos, disciplinarios y sus resultados vinculados, cuando estos se encuentren concluidos

De un muestreo de los procesos activos y terminados del 2009 al 2015, de la totalidad de los casos que se encuentran en el File Master, se realizó un primer corte con 212 casos seleccionados al azar que serán objeto de estudio debido a que la finalidad no es realizar una investigación exhaustiva, sino más bien perfilar la línea jurisprudencial en torno al tema que se analiza.

Inicialmente se procedió a identificar las sentencias de acuerdo con el estado procesal en que se encuentran. De la totalidad de sentencias analizadas, el 44% se encuentran aún en proceso por lo que no cuentan con una sentencia firme o definitiva, por su parte el 37% de los casos ya se encuentran terminados y por ende con sentencia firme.

Se destaca también que existe otras dos modalidades que son las inadmisibles con un 12% y las desistidas con un 7%, las anteriores es importante indicarlo ya que en su momento sí contaron con una demanda presentada en los tribunales, pero ya sea por falta de requisitos o por impulso de la parte accionante, las mismas no prosperaron, pero no por ello deben estar contenidas dentro de los presupuestos anteriores ya que nunca se analizó el fondo del asunto. En la siguiente tabla se muestran los criterios por cantidad de expedientes:

Tabla 15: Expedientes gestionados

Estado de los procesos	Cantidad de expedientes
Inadmisible	26
Desistidos	14
Terminados	79
En proceso	93
Total	212

Fuente: File Master, CCSS

En relación a lo anterior, de los 79 Casos Terminados se puede identificar que un 6% fueron conciliados, un 8% fueron declarados con lugar las pretensiones de la parte accionante, un 18% parcialmente con lugar, y un 68% de la totalidad de los casos terminados fueron declarados sin lugar, también se destacan entre los tópicos que se han analizados en las sentencias encontramos los de prescripción y caducidad, violaciones al debido proceso, intimación e imputación, valoración de la prueba, razonabilidad y proporcionalidad de la sanción entre otros, mismos que serán objeto de análisis en los subsiguientes capítulos. A continuación, se presenta una tabla con indicación de la cantidad de los casos:

Tabla 16: Condición de los casos

Sentencias	Casos
Conciliación	5
Con lugar	6
Parcialmente con lugar	14
Sin lugar	54
Total	79

Fuente: File Master, CCSS

Por otra parte, dentro de los procesos judiciales que aún se encuentran en trámite podemos identificar que un 51% se encuentra en etapa preliminar lo que significa que aún no se ha emitido ningún tipo de resolución con relación al fondo del asunto al igual que el 16% que tienen señalamiento a juicio o se encuentra en proceso del desarrollo de las audiencias, el 29 % ya tiene sentencia en primera instancia mismas que no se encuentran firmes ya que alguna de las partes recurrió la sentencia y esta se encuentra pendiente de ser resultada, por último un 4% de igual manera cuentan con sentencia en primera instancia, sin embargo alguna de las partes interpuso recurso de casación mismo que se encuentra pendiente de ser analizado por la Sala I de la Corte Suprema de Justicia. A continuación, se presentan la cantidad de casos por etapa procesal:

Tabla 17: Cantidad de casos por etapa procesal

Etapa procesal	Casos
Preliminar	47
Juicio	15
Apelación	27
Casación	4
Total	93

Fuente: File Master, CCSS

#### 5.4.5 Cumplimiento de las recomendaciones realizadas por la Contraloría General de la República o algún otro órgano de control externo<sup>7</sup>

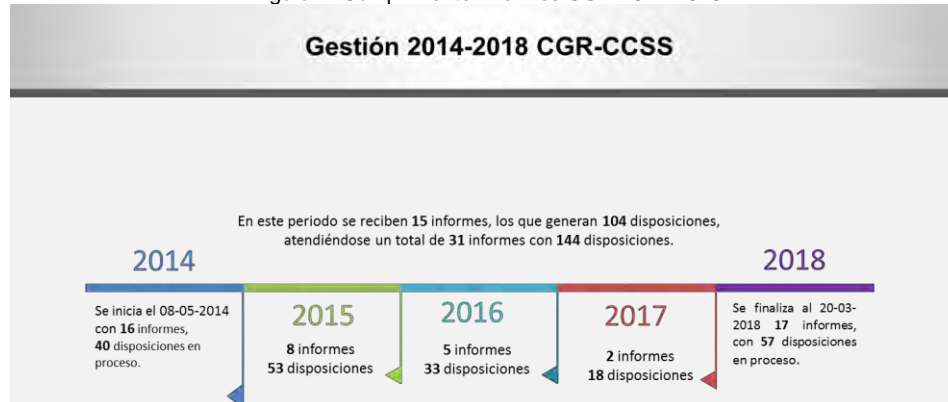
De acuerdo con el seguimiento y control que se realiza a nivel institucional de las disposiciones que ha emitido el Ente Contralor, la administración actual ha atendido un total de 144 disposiciones, provenientes de 31 informes de fiscalización de la Contraloría General de la República (CGR). Es relevante mencionar que, del total de 144 disposiciones, 40 fueron dirigidas a la administración anterior, sin embargo, estas debieron ser atendidas durante el periodo de gestión actual.

<sup>7</sup> Anexo 9: Informes de Contraloría General de la República



En ese sentido, estableciendo como fecha del presente informe el 08 de mayo de 2014 al 20 de marzo de 2018, de las 144 disposiciones emanadas por el Ente Contralor, 87 (60%) han sido definidas por la CGR como cumplidas, mientras que 57(40%) se mantienen en proceso de atención.

Figura 1: Cumplimiento Informes CGR 2014-2018



Fuente: Dirección de Planificación

Tabla 18: Estado informes de CGR  
Estado gestión 2014-2018 CGR-CCSS

Informes	31	Disposiciones	144
Informes concluidos	14	Disposiciones concluidas	87
Informes en proceso	17	Disposiciones en proceso al 20-03-2018	57

20-03-2018

Fuente: Dirección de Planificación

Gráfico: Estado de las Disposiciones de la Contraloría General de la República al tercer Trimestre del 2018



Para el tercer trimestre del 2018, se mantenían 19 Informes en proceso con 73 Disposiciones Vigentes y que quedaron debidamente encausadas según unidad programática correspondiente.

## 5.5 Acceso a la información pública, datos abiertos y acción ciudadana

### 5.5.1 Acciones tomadas en el campo del acceso a la información pública

La Institución, conocedora de la importancia de promover el derecho al acceso a la información pública que tienen las personas usuarias y no usuarias de los servicios que presta, acogió las directrices emitidas en la normativa supracitada, razón por la cual, mediante oficio PE-13621-2017 del 29 de junio de 2017, designó a esta servidora quien funge como directora de la Dirección Institucional de Contralorías de Servicios de Salud, como oficial de Acceso a la Información.

Posteriormente en el mes de octubre de 2017, la Presidencia Ejecutiva conformó el Equipo de Datos Abiertos de la CCSS, el cual inició funciones a principios del mes de noviembre 2017, contando con la representación intergerencial e interdisciplinaria que favorecerá el desarrollo de las acciones sobre el tema.

Este equipo está en estos momentos en un proceso de capacitación y análisis de la información existente, publicada en la webmáster institucional, con el fin de determinar cuáles datasets pueden liberarse bajo el formato de datos abiertos.

La Dirección de Comunicación, bajo la cual está la administración de la página web institucional, ha incorporado datasets importantes producto del quehacer institucional, que si bien no están en formato de datos abiertos, han contribuido de manera importante con la transparencia en la gestión y brinda a la población información confiable y oportuna.

Lo anterior facilita la puesta en marcha de la liberación de datos, ya que, en la actualidad, los datasets existentes en la dirección [www.ccss.sa.cr](http://www.ccss.sa.cr), cubren la mayoría de los requerimientos de información enunciado en el artículo 17 del decreto N° 40200-1VIP-MEIC-MC y la Directriz N.º 073 y la conversión al formato de datos abiertos será más favorable.

Lo antes mencionado se puede apreciar mejor en la siguiente tabla.

Tabla 19: Datasets publicados en el portal web institucional, según artículo 17 del decreto N° 40200-1VIP-MEIC-MC y la Directriz N.º 073

Información requerida	Publicada en portal web CCSS	
	SI	NO
1) Marco normativo que rige la gestión pública de la institución	X	
2) Estructura orgánica, competencias, obligaciones y servicios brindados.	X	
3) Directorio institucional	X	
4) Listado de funcionarios institucionales.		X
5) Horario de atención de la institución.	X	
6) Descripción detallada de los servicios brindados al público y la forma cómo estos se realizan.		X
7) Planes y presupuestos institucionales, así como su forma de ejecución y evaluación.	X	
8) Procesos para el reclutamiento y selección de personal.	X	
9) Mecanismos y resultados del proceso de evaluación de desempeño de los funcionarios.		X
10) Planillas con el salario bruto.		X
11) Plan anual operativo y planes estratégicos.	X	
12) Memorias anuales y otros informes de gestión.	X	
13) Informes de la Auditoría Interna sobre la gestión institucional.	X	
14) Actas de los órganos colegiados establecidos por ley, salvo expresa disposición legal.	X	
15) Descripción clara y precisa de los trámites y requisitos que se pueden llevar a cabo ante la institución.	X	
16) Toda la información de las etapas de los procesos de contratación administrativas de la institución.	X	
17) Mecanismos de presentación de solicitudes de información, peticiones, denuncias y sugerencias para el mejoramiento de la función de la institución, así como cualquier otro medio de participación ciudadana.	X	
18) Listado de los subsidios, becas, donaciones, exoneraciones o cualquier otra transferencia o beneficio otorgado a personas particulares, sin perjuicio de lo determinado en la Ley de Protección de la Persona Frente al Tratamiento de sus Datos Personales, norma número 8968.		X
19) Informes de viajes, gastos de representación, costos de viajes, pagos por concepto de viáticos de los funcionarios de la institución, entre otros.		X
20) Cualquier otra información que fomente la transparencia y el control en el ejercicio de la función pública.	X	

En el mes de octubre 2017, se envió al Ministerio de la Presidencia, la matriz de Información Pública Institucional.

### Número de funcionarios y usuarios capacitados durante el período

Como parte del proceso de formación y capacitación en el tema, en el último trimestre del año 2017, todos los miembros titulares y suplentes del Equipo de Datos Abiertos recibieron capacitación en el tema por parte del Viceministerio de la Presidencia.

A esta capacitación se sumaron los contralores de servicios, por lo cual, se puede decir que la capacitación en el tema fue recibida por 90 funcionarios, en el mes de diciembre de 2017.

Aunado a lo anterior, la Oficial de Acceso a la Información y los miembros titulares y suplentes del Equipo, participaron en un curso virtual denominado “Estado abierto a través de datos”, mismo que fue avalado por el Programa de Libertad de Expresión, Derecho a la Información y Opinión Pública (PROLEDI), financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), mismo que se desarrolló del 06 de noviembre 2017 al 02 de febrero 2018.

Dentro del Plan de Trabajo que se está elaborando, se incluirá capacitación a otros usuarios internos que serán generadores de la información.

### Índice de Transparencia del Sector Público

Como todo instrumento de medición, el **Índice de Transparencia del Sector Público (ITSP)**, es revisado año con año por parte de expertos del Centro de Investigación y Capacitación en Administración Pública (CICAP), de la Universidad de Costa Rica y la Secretaría Técnica de gobierno Digital, en asocio con la Red de Transparencia de la Defensoría de los Habitantes.

Como se aprecia en las tablas al final, los datos por categorías e índice general se ven afectados por el aumento de sitios web de las entidades públicas, en donde la línea base pasó de 105 instituciones evaluadas en 2015 a 254 en 2017.

Además, la evaluación toma en cuenta 95 indicadores por lo que la tarea de dar información abierta y transparente para la ciudadanía se torna difícil y un reto para una institución tan grande como lo es la Caja Costarricense de Seguro Social, lo que se tiene la expectativa de solventar a través de la implementación de la normativa en el tema de Transparencia y Datos Abiertos en que se está trabajando.

Entendiendo entonces esas métricas, la CCSS ha dado pasos concretos hacia la mejora de su transparencia y accesibilidad ciudadana.

Prueba de ello es que, si pertenecer -en ese entonces-, a la Red de Transparencia del Sector Público, la institución alcanzó el primer lugar en la primera publicación del ITSP.

Luego de su incorporación a la Red de Transparencia, el siguiente paso ha sido incorporar los estándares de la Guía de Diseño para Portales Web Transparentes, mediante los cuales se pretende equiparar la información de la institución con la mostrada por otros sectores de la Administración Pública.

Como reto de corto y mediano plazo, se persigue la creación de un portal de datos abiertos con lo que se generará una nueva dimensión de accesibilidad a la información más relevante de la CCSS, sin restricciones de formatos de archivo ni licencias de uso.

Con todo lo anterior, se concluye que la CCSS ha mejorado su transparencia activa (comprobable en la última medición 2017).

La institución se suma al 74 por ciento de entidades del sector público que actualmente cuentan con un apartado de transparencia que agrupa la información estratégica de mayor interés para los costarricenses.

El ITSP representa una extensa radiografía que le permite a la CCSS y al resto de instituciones conocer con detalle dónde pueden y deben mejorar su transparencia informativa, su rendición de cuentas y los canales de participación ciudadana.

A continuación, se puede apreciar la evolución en el ranking general del **Índice de Transparencia del Sector Público (ITSP)**, que ha tenido la Institución en los últimos años:

Tabla 20: Ranking general ITSP 2017

Año del ITSP	Institución	Posición en el ranking	Calificación general	Sitios Web evaluados
2017	Caja Costarricense de Seguro Social	26	60.55	254

Tabla 21: ITSP por categorías 2017

Año del ITSP	CATEGORÍAS EVALUADAS			
	Acceso a la información	Rendición de cuentas	Participación ciudadana	Datos abiertos de Gobierno
2017	67,19	70,76	51,96	41,50

Fuente: Área de Comunicación Digital, Dirección de Comunicación Organizacional.

### 5.5.2 Acciones tomadas en el campo de apertura de datos

El Equipo de Datos Abiertos ha venido sesionando periódicamente, desde el mes de octubre 2017 a la fecha, reuniones en las cuales se ha recibido capacitación y se está trabajando en identificar las fuentes de información primaria, entre otros.

Además, como parte del proceso de capacitación, inventario y análisis de la información existente, publicada en la web máster institucional o no, con el fin de determinar cuáles datasets pueden liberarse bajo el formato de datos abiertos, a través

de la Oficialía de Datos Abiertos y en conjunto con el Equipo, se solicitó un espacio de reunión con autoridades superiores e instancias generadoras actuales o potenciales generadores de datasets que podrían ser sujeto de liberación.

### 5.5.3 Canales y mecanismos de participación ciudadana existentes y su aprovechamiento en la gestión institucional

Durante el periodo 2014-2018 la CCSS mejoró los canales de interacción con las personas usuarias y la ciudadanía en general, misma que ha contribuido a incentivar la participación de la ciudadanía al estar mejor informada del quehacer y servicios que se prestan y a la vez, ha coadyuvado en el mejoramiento de la imagen institucional.

Se detalla un listado de los mecanismos por medio de los cuales la entidad gestiona su oferta de servicios de información e interacción hacia las personas usuarias y no usuarias:

- **Oficinas y sucursales.** Se brinda atención presencial, en horarios de oficina establecidos. Actualmente, la atención por este medio está muy ligada al uso de sistemas automatizados y bases de datos integradas, lo que permite incrementar la gestión operativa de servicio a los usuarios.
- **Centros de contacto.** Gestionan requerimientos de comunicación y atención para apoyar varios procesos y servicios, usualmente para poblaciones o procesos específicos. Actualmente, en los procesos de aseguramiento se usa este tipo de enfoque con un alcance parcial.
- **Teléfono.** Permite recibir e iniciar procesos de comunicación. En la actualidad, se usan varias plataformas y estrategias para el uso de teléfonos para atender y gestionar consultas, quejas o requerimientos de los usuarios, tanto en los niveles locales como bajo el concepto de call center.
- **Fax.** Permite comunicar o notificar información específica a destinatarios específicos, apegándose en el valor formal (legal), que se le reconoce a este canal.
- **Chat.** Permite mantener una conversación por medios digitales, requiriendo un encargado. La Oficina Virtual CCSS ha implementado con éxito esta plataforma digital.
- **Correo electrónico.** Permite una comunicación fuera de línea que puede incluir intercambio de documentos e información específicos. Actualmente, se hace un uso amplio de la mensajería por medio de correos electrónicos para apoyar diversos trámites y servicios de información.



- **Sistemas de interacción por voz y mensajes telefónicos.** Permiten recibir y realizar llamadas (con o sin participación de un representante) y enviar mensajes de texto o correo.

Actualmente, se hacen campañas y otros procesos de comunicación y servicios para cobros que se apoyan en este tipo de canal. Hay ideas para ampliar el uso de este tipo de canal a otros usos, como temas asociados a Inspección.

En las unidades prestadoras de servicios de salud, ha sido de gran utilidad para recordar las fechas de las citas a las personas usuarias y en algunos centros, lo que contribuye a disminuir el ausentismo.

- **Servicios/aplicaciones web.** Permiten una interacción con aplicaciones usando navegadores en varias plataformas. Actualmente, el portal web de la Caja Costarricense de Seguro Social ofrece diversos servicios entre los que destacan la Oficina Virtual del SICERE, especializada en algunos trámites y servicios para el trabajador y la gestión patronal.

También hay otros puntos web de servicio que favorecen la interacción con los clientes, tales como: el Proyecto Expediente Digital Único en Salud (EDUS), Registro de Oferentes, Validación de Derechos, Consulta de boleta de incapacidades, Sistema de trámites en línea, Chat en línea, Calculadora de préstamos hipotecarios de la Gerencia de Pensiones.

El Área de Comunicación Digital administra en el módulo principal del portal web el apartado denominado Formulario de Contacto, mediante el cual los usuarios pueden realizar consultas o quejas o sugerencias.

Esta unidad se encarga de velar porque dichas consultas sean remitidas a las unidades correspondientes –incluida la Contraloría de Servicios y el Departamento de Protección al Usuario, para la efectiva respuesta a los interesados.

- **Redes Sociales.** Permiten una participación de comunidades y grupos de interés. Actualmente, estos medios de comunicación se usan de manera directa como canal estratégico de las campañas de promoción de estilos saludables de vida, prevención de enfermedades y seguridad social, producidas por la Dirección de Comunicación Organizacional.

A la fecha, la CCSS cuenta con presencia oficial en: Facebook, Twitter, Instagram, LinkedIn y YouTube.

La oficialización del sitio de la **Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) en LinkedIn** se inició en Julio del 2017 y actualmente cuenta con casi 22 mil seguidores y finalmente se corrigió el problema de que los empleados que querían utilizar esta red profesional se encontraban registrados en sitios o empresas no oficiales.

- **Aplicaciones para dispositivos inteligentes.** Actualmente, se utiliza la App de citas médicas del proyecto EDUS, la cual permite a los asegurados gestionar una cita con un médico de su EBAIS de adscripción.
- **A nivel interno,** se cuenta con una App denominada SoyCaja, administrada por la Dirección de Comunicación Organizacional, para la interacción de los trabajadores.

Este canal permite la colocación de mensajes claves sobre el quehacer institucional, así como la disposición al empleado (a), de su información laboral personal: boletas de pago, aguinaldo, incapacidades, etc., en asocio con la Dirección Administración y Gestión de Personal.

- **Radio, TV y medios escritos.** Permiten publicar información orientada a segmentos amplios de la población.

Actualmente, el Área de Comunicación y Patrimonio Cultural, utiliza varios medios (como boletines y conferencias de prensa y el programa de radio Salud para Todos), para informar a la población interna y externa sobre temas estratégicos institucionales, así como de interés de los costarricenses.

En el caso de Salud para Todos, transmitido en vivo de lunes a viernes por Radio Columbia, expertos de diversas profesiones brindan consejos sobre salud y prevención de enfermedades, con la participación -mediante línea telefónica- de los radioyentes, lo que abre un espacio de participación ciudadana con gran alcance y aceptación por parte de la población.

- **Juntas de Salud.** Aunado a todo lo anterior, se cuenta con un espacio muy importante de participación ciudadana a través de las Juntas de Salud.

En cumplimiento de lo dispuesto por el artículo 30 del Reglamento de Juntas de Salud vigente a la fecha, el pasado 28 de noviembre del 2017, se llevó a cabo las elecciones para conformar las Juntas de Salud en los establecimientos de la Institución a nivel nacional, para el período 2018-2022.

Es así, como una vez realizado el resultado de las elecciones efectuadas en 139 centros de salud, se tiene que 126 Juntas de Salud quedaron conformadas

y facultadas para funcionar y 13 Juntas de Salud están en proceso de conformación por alcanzar menos de cuatro miembros electos.

Las Juntas de Salud están conformadas por siete miembros, los cuales representan a las personas aseguradas (3), patronos (2) y asociaciones que trabajan pro-salud en la comunidad (2).

Por esta amplia representación, a través de estas entidades, se conforma un puente entre la comunidad y la Institución, lo que lleva a una fiscalización ciudadana informada y le permite a la Institución nutrirse y aprovechar la participación ciudadana en la construcción conjunta de la salud.

## 5.6 Eficiencia, mejora regulatoria y simplificación de trámites

Recuerdo aquí el discurso que di durante la inauguración del Certificado de Defunción Digital el 23 de mayo del 2018 en el Tribunal Supremo de Elecciones: **Digitalización del Sector Salud.**

*El Estado costarricense dentro de su deber de simplificar trámites para el beneficio de la población, ha impulsado la digitalización de documentos que, en forma de papel, viajaban de un escritorio o ventanilla a otra, recolectando firmas, sellos o miradas autorizadoras. Este proceso de digitalización una vez iniciado, nunca termina.*

*El Sector Salud se ha visto recientemente beneficiado con una gran cantidad de iniciativas que hoy podríamos catalogar de alto impacto en esta materia.*

*El Ministerio de Salud en el 2017 implemento la Receta Digital de Psicotrópicos y Estupefacientes, el INS ha mejorado su plataforma digital de servicios en el 2017, La Caja Costarricense de Seguro Social en el 2017 elimino la Orden Patronal, el Carne de Asegurado y en el 2018, la Boleta de Incapacidades y Licencias. A la fecha, el Expediente Digital Único en Salud conocido como EDUS, ha sido implementado en el 100% de los EBAIS administrados por la CCSS y en un 82% en Clínicas y Hospitales.*

*Desde el 2018 los médicos del Hospital Toni Facio pasan visita a los pacientes hospitalizados con una Tableta Electrónica y desde el 2017, los Técnicos de Atención Primaria pueden levantar la invaluable información de la llamada Ficha Familiar de la CCSS durante su visita a domicilio, mediante una Tableta.*

*Por su parte y mostrando un liderazgo excepcional, el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica implemento en el 2012 el Certificado Médico para Licencia de Conducir, el Certificado Médico Digital desde el 2016, la Receta Blanca en el 2018.*

*Hoy, celebramos un esfuerzo más en esta dirección, impulsado en esta oportunidad, por el Tribunal Supremo de Elecciones. El Registro Civil, pone a disposición de los*

*Médicos del país, un portal que permite registrar las defunciones directamente en el sistema digitalizado. Esto nos permitirá, contabilizarlas en tiempo real y sobre todo comunicar oficialmente, dichas defunciones a los distintos órganos del Estado que requieren de su conocimiento para ejecutar otros trámites. Dentro estos, sobresale la posibilidad de dar de baja a dichas personas fallecidas, del respectivo seguro de pensiones con que contaba en vida y evitar así, pagos indebidos.*

*Solamente en el Seguro de Pensiones de la CCSS, nos podríamos ahorrar varios cientos de millones de colones al año, con este sistema. Y es por esa razón, que hemos decidido implementarlo inmediatamente en la Institución. Ya está funcionando en el Hospital de Heredia, gracias a un proyecto piloto que impulsamos, en conjunto con el TSE y el Colegio de Médicos. La Caja, es el gran registrador de defunciones del país y al mismo tiempo, es uno de los grandes beneficiados de un registro y comunicación oportunos. Contar con datos actualizados de mortalidad, es fundamental para cualquier país.*

*Este singular esfuerzo del Registro Civil se suma al que se encuentra en pleno funcionamiento del registro y obtención del comprobante del nacimiento, directamente en las maternidades de los Hospitales de la CCSS. Esperamos también, que su sume a futuras articulaciones entre todas estas Instituciones para conseguir adaptar la verificación de identidad de pacientes por parte del Registro Civil, por medio de la **fotografía de la cedula en el EDUS** o el **reconocimiento de huellas digitales u otros parámetros**, en los servicios de urgencia cuando ingresen pacientes inconscientes y sin identificación o acompañante.*

*El futuro de la digitalización del sector salud está llegando, sin olvidar y terminar de reconocer que queda mucho camino por andar. Felicidades TSE, Colegio de Médicos por Digitalizar el Registro de Defunción, que traerá cuantiosos beneficios a la sociedad costarricense.*

#### **5.6.1 Acciones emprendidas para la mejora regulatoria o simplificación de trámites**

Las acciones emprendidas por parte de la Dirección Jurídica para la mejora regulatoria y simplificación de trámites han sido las siguientes:

- Asesorar a la Administración con respecto las propuestas de reforma reglamentaria, tanto parciales como integrales. Interesa aclarar, que a partir del 2016 en virtud del acuerdo de Junta Directiva donde se aprueba la propuesta para el fortalecimiento de la simplificación de trámites y mejora regulatoria, la revisión de los reglamentos se hace más minuciosa de cara a la 8220. A continuación, se enlistan las propuestas de reglamentos que fueron sujetas de revisión por parte de la Dirección Jurídica durante el período 2017 – 2018:

Tabla 22: Propuestas de reglamentos, sujetas a revisión por parte de la Dirección Jurídica, 2017-2018

Oficio de la Dirección Jurídica	Propuesta
DJ-6132-2016	Reforma integral al "Reglamento para el otorgamiento de créditos hipotecarios"
DJ-5595-2017	
DJ 06453-2016	Reglamento del expediente digital único de salud (EDUS)
DJ-07497-2016	Reglamento para el uso y operación del sistema de abastecimiento de la Caja Costarricense de Seguro Social SIGES-CCSS@ABASTECIMIENTO
00198-2017	
DJ 7235-2016	Reglamento de investigación biomédica
DJ 1034-2018	
DJ-0732-2017	Modificación del artículo 3 del reglamento del programa régimen no contributivo de pensiones
DJ-0901-2017	Modificación del artículo 42 del reglamento del seguro de invalidez, vejez y muerte
DJ- 1015- 2017	Reglamento de becas para actividades educativas hasta un año de duración en la Caja Costarricense de Seguro Social
DJ 2190-2017	Reglamento de uso de medios electrónicos de comunicación e imágenes en la Caja Costarricense de Seguro Social
DJ 5397-2017	
DJ-2929-2017	Reforma artículos 9 y 10 del reglamento del seguro de invalidez, vejez y muerte, denominada "escenario 2"
DJ-3168-2017	
DJ-03093-2017	Reglamento para implementación, uso y funcionamiento de sistema de compras electrónico de la CCSS, sistema de abastecimiento SIGES, para su publicación en consulta.
DJ-3130-2017	Reglamento para la inscripción de patronos y el aseguramiento contributivo de las trabajadoras domésticas.
DJ-03523-2017	Lineamientos generales para la contratación de servicios por terceros en la CCSS, y propuesta de derogatoria del reglamento para la contratación de servicios médicos especializados por medio de terceros.
DJ-04772-2017	Reglamento para implementación, uso y funcionamiento de sistema de abastecimiento SIGES; y consulta sobre obligación de la CCSS de aplicar artículos 40 y 40 bis de la Ley de Contratación Administrativa
DJ-5011-2017	Reforma artículo 5 del reglamento del seguro de invalidez, vejez y muerte, inclusión de edad de retiro diferenciado para los afiliados con síndrome de Down
DJ 5081-2017	Reglamento para la autorización del internado médico universitario.
DJ 5943-2017	
D.J.5090-2017	Reforma integral al Reglamento de Inversiones del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte



DJ-05330-2017	Adición de los incisos c y d del numeral 66 y 71 bis, reforma del artículo 74 Reglamento de Capacitación y Formación
DJ-07003-2017	Reforma artículo 10 del Reglamento del Seguro de Salud
DJ-7615-2017	Reglamento para la adquisición de bienes y servicios del fideicomiso inmobiliario CCSS/BCR 2017
DJ-7663-2017	Reglamento para la declaratoria de interés institucional de actividades en la Caja
DJ 2622-2017	
DJ 3665-2017	Reglamento Expediente Digital Único en Salud
DJ 6367-2017	
DJ-00057- 2018	Reglamento de capacitación y formación de la Caja Costarricense de Seguro Social

Fuente: Dirección Jurídica, Área Asesoría Técnica y Asistencia Jurídica

- **Desarrollo de una cultura de simplificación de trámites y mejora regulatoria.**

En este período (2017-2018) por medio de sensibilizaciones tanto en el nivel central, local y regional se capacitaron un total de 1984 funcionarios institucionales, representativos de los servicios de salud, sucursales, pensiones, con el objetivo de promover el tema como instrumento para la mejora continua de trámites que impacte los servicios que presta la institución, en cumplimiento de la Ley N°8220.

- **Conformación de Comisión Institucional de Mejora Regulatoria**

La CCSS mantiene la Comisión de Mejora Regulatoria, en atención de lo instruido por el Ministerio de Economía, Industria y Comercio (en adelante MEIC), rector en materia de Simplificación de Trámites y Mejora Regulatoria, Comisión que se encuentra en funcionamiento desde junio del 2016, emitiendo a partir de esa fecha, criterios técnicos de carácter recomendativo hacia el Oficial de Simplificación de Trámites y Mejora Regulatoria de la Institución.

A continuación, un detalle de los criterios emitidos por la Comisión, así como el estado de cada uno de ellos:

Tabla 23: Criterios emitidos por la CMRST  
Año 2017

Año 2017		
<b>CMRST-001-2017</b>	Criterio técnico sobre la propuesta de reforma al Art. 33° del Reglamento del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte	Acuerdo de Junta Directiva artículo 18°, acuerdo segundo de la Sesión N.º 8908 celebrada el 1 de junio de 2017
<b>CMRST-002-2017</b>	Criterio técnico sobre "Reglamento de uso de medios electrónicos de comunicación e imágenes en la Caja Costarricense de Seguro Social"	En revisión
<b>CMRST-003-2017</b>	Reglamento para la inscripción de patronos y el aseguramiento contributivo de las trabajadoras domésticas	Acuerdo de Junta Directiva artículo 10° de la sesión 8914, celebrada el 6 de julio del año 2017 Gaceta N° 179 del 21/07/2017
<b>CMRST-004-2017</b>	Criterio técnico sobre la propuesta de Reforma del Reglamento de Invalidez, Vejez y Muerte (Artículos 9° y 10°	Acuerdo de Junta Directiva artículo 9° de la sesión N.º 8913, celebrada el 29 de junio de 2017
<b>CMRST-005-2017</b>	Propuesta modificación artículo 5° del Reglamento del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte. Retiro anticipado afiliado Síndrome de Down.	Acuerdo de Junta Directiva artículo 24 de la sesión N.º 8831, celebrada el 12 de octubre del año 2017
<b>CMRST-006-2017</b>	Modificación al Reglamento para las Inversiones de las Reservas del Seguro de Salud	En proceso
<b>CMRST-007-2017</b>	Criterio técnico sobre "Propuesta modificación artículo 34° del Reglamento del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte"	Acuerdo de Junta Directiva artículo 8 de la sesión N.º 8832, celebrada el 19 de octubre del año 2017
<b>CMRST-008-2017</b>	Criterio técnico sobre la Propuesta del "Reglamento del Expediente Digital Único en Salud EDUS"	Acuerdo de Junta Directiva artículo 4° de la sesión N.º 8954, celebrada el 29 de enero de 2018
<b>CMRST-009-2017</b>	Criterio técnico sobre la Propuesta de "Reglamento del Sistema Mixto de Atención en Salud".	En proceso
<b>CMRST-010-2017</b>	Criterio técnico sobre la Propuesta de "Reglamento del Sistema Mixto de Atención en Salud".	En proceso
<b>CMRST-011-2017</b>	Criterio técnico sobre la Propuesta de "Modificación del Reglamento del Comité Central de Farmacoterapia"	En proceso

Fuente: Base datos Programa ST/MR

- **Coordinaciones con entes externos**

- Se realizó un primer acercamiento con funcionarios del Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), a fin de conocer lo relativo al Programa Plan Puente para el Desarrollo y los sistemas que disponen, así como analizar las posibilidades de intercambio de información en procura de la agilización de los trámites de Aseguramiento por el Estado y Régimen No Contributivo.
- Coordinación con el Ministerio Comercio Exterior-Procomer en el diseño de la Ventanilla Única de Inversiones (VUI), donde la CCSS tiene un papel importante en la creación de empresas en el régimen de zona franca.
- Coordinación con el Ministerio de Migración Extranjería, para el trámite de aseguramiento para extranjeros, ya que esta población requiere del documento de identidad, siendo el DIMEX lo normado, por lo tanto, se mantuvieron reuniones entre ambas instituciones y se concretó, que mientras se encuentre en proceso la entrega del DIMEX, mediante una resolución administrativa de Migración, la CCSS podrá gestionar por medio de sus unidades de validación de derechos.

- **Planes de Mejora Regulatoria (PMR)<sup>8</sup>:**

En atención a la solicitud del MEIC, sobre la formulación de los Planes de Mejora Regulatoria, la Gerencia Administrativa en conjunto con otras Gerencias involucradas realizaron la formulación y seguimiento de los siguientes planes; los cuales fueron publicados en la página Web de la Institución:

Tabla 24: Planes de Mejora Regulatoria

Año	Plan Formulado	Estado
2017	Afiliación Patronal, Trabajador Independiente y Asegurado Voluntario	En proceso
	Solicitud de inscripción o reanudación patronal de Servicio Doméstico	Finalizado
	Reforma al Artículo 74° del Reglamento del Seguro de Salud	Finalizado
2018	Otorgamiento de créditos hipotecarios del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.	En proceso

Fuente: Programa ST/MR

<sup>8</sup> Anexo 10: Plan de Mejora Regulatoria 2018

### **5.6.2 Convenio CCSS-Registro Nacional**

Como uno de los elementos que procura agilizar y mejorar los servicios que presta la Institución y en el contexto del Programa de Simplificación de Trámites y Mejora Regulatoria (SIMPLIT-MR), la CCSS ha formalizado un acuerdo con el Registro Nacional “Convenio de permiso de uso para el suministro y utilización a través del Portal Digital de los servicios derivados de las bases de datos del Registro Nacional”, el cual permite a los funcionarios que así lo requieran, acceder a diferentes categorías y productos registrales tales como certificaciones, personerías, estudios de bienes, planos catastrados, imágenes, poderes, entre otros. Estos elementos usualmente son requisitos en aproximadamente 30 trámites que se aplican hoy en día.

### **5.6.3 Identificación en Urgencias con Huella Digital o Reconocimiento Facial**

Con los oficios P.E. 1215-2018, P.E. 1266-2018, P.E. 14748-2017 y otros, como Presidente Ejecutivo solicité que se realizaran proyectos piloto de implementación y digitalización de certificados digitales, reconocimiento facial, acceso a la fotografía de la cédula, huella digital, etc.

Gracias a una ampliación del convenio firmado entre la CCSS y el Tribunal Supremo de Elecciones en el 2017, se diseñó y planificó la Identificación con Huella Digital de pacientes. El Registro Civil desarrolló junto al equipo coordinador del EDUS, la ruta para implementar en el 2019 este moderno programa permanente de identificación de pacientes en servicios de urgencias y consulta externa de clínicas, áreas de salud y hospitales de la Institución.

Con frecuencia ingresan pacientes inconscientes (por accidentes) o desorientados (adultos mayores, intoxicados o personas de la calle) a Urgencias o a los servicios de Emergencia o Consulta Externa en estado crítico, que no siempre recuerdan su nombre, cédula o tratamiento o recomendaciones médicas y es vital, acceder al Expediente Digital Único en Salud (EDUS) para ver el historial médico. La Coordinación del EDUS, elegirá algún Hospital periférico o regional para iniciar la implementación y la capacitación del personal y el financiamiento surgirá del intercambio de información contemplado en la ampliación de convenio que dice que por razones de interés público para la Caja no tendrá ningún costo dicho servicio.

Finalmente, el Reconocimiento Facial es una opción que el Registro Civil está desarrollando con los servicios de Migración y de Seguridad Nacional y cuando se encuentren debidamente en funcionamiento, se incluirá a la CCSS, como uno de los posibles clientes, de cara al franco beneficio de la población de pacientes.

#### **5.6.4 Eliminación del Carné de Asegurado como requisito para acceder a los servicios de la Institución**

Una vez culminadas diversas tareas y esfuerzos, que de manera integrada desarrollaron distintas unidades técnicas de las gerencias institucionales, se comunicó a toda la Institución mediante circular PE-13957-2017|GA-42308-2017|GM-26962-2017|GF-2886-2017|GIT-8339-2017-|GL-45690-2017|GP-51390 2017, que a partir del **1 de setiembre del año 2017**, se elimina el carnet de asegurado como requisito para acceder a los servicios de salud de la Institución y todos los demás trámites (alrededor de 36) en los que se tenga contemplado como uno de sus requisitos.

En ese sentido, se instruye a cumplir con esta disposición que es de acatamiento obligatorio, según lo establece la Ley N°8220, con el propósito de proteger los derechos de las personas usuarias externas.

La comprobación de los derechos de los asegurados se puede verificar mediante el SIAC del Expediente Digital Único en Salud (EDUS) o mediante el módulo denominado Validación de Derechos en línea, disponible en la página web institucional [www.ccss.sa.cr](http://www.ccss.sa.cr), o en ausencia de internet mediante la línea telefónica **905MISALUD**.

#### **5.6.5 Por una Mejor Planificación y Presupuestación**

Se definió la hoja de ruta para la estrategia de integración del proceso de planificación-presupuesto y la asignación de recursos mediante elementos prospectivos (presupuesto per cápita para el primer nivel y grupos relacionados de diagnóstico a nivel hospitalarios). Así mismo presupuesto plurianual. El cronograma fue aprobado en la sesión N.º 8999 celebrada el jueves 8 de noviembre del año 2018.

#### **5.6.6 Se Mejora el Trámite de Resoluciones de Cierre de Negocio**

Se incrementó aproximadamente en un 59%, con respecto al periodo anterior, la cantidad tramitada de resoluciones de cierre de negocios (finales, de revocatoria y de archivo), pasando de 819 en el 2017 a 1,307 para el mismo periodo del 2018.

#### **5.6.7 Se Reduce un 70% el Tiempo de Inscripción de Patronos**

Se redujo en 11 días el proceso de inscripción patronal en Oficinas Centrales. Históricamente, la inspección presencial se ha convertido en el principal cuello de botella para agilizar el otorgamiento de inscripción patronal y muchos de ellos emprendedores. En algunos casos, se tardaba más de un mes en dicho proceso, por lo que la reducción de un 70%.



### **5.6.8 Simplificación y mejora regulatoria del trámite Solicitud de inscripción o reanudación patronal de Servicio Doméstico**

Este Proyecto formó parte del Plan de Mejora Regulatoria (PMR) del año 2017, mismo que fue ejecutado por la Gerencia Financiera y se aprobó en la Junta Directiva en la Sesión N.º 8914, Artículo 10 del 06 de julio de 2017 el Reglamento para la Inscripción de Patronos y el Aseguramiento Contributivo para las Trabajadoras Domésticas, y publicado en el Diario Oficial La Gaceta en el alcance 179 del 21 de julio de 2017, conformándose de esta manera su socialización a nivel público.

El nuevo reglamento permite que los patronos de las trabajadoras domésticas puedan inscribirse ante la CCSS de forma más simple, mediante la Oficina Virtual; asimismo, en los casos en que los patronos registren salarios inferiores a la Base Mínima Contributiva, puedan acceder a una escala de Bases Mínimas Contributivas Reducidas, cuyo objetivo es que el monto de las cuotas del Seguro de Salud y Pensiones sea menor.

### **5.6.9 Participación del Programa ST/MR en la Revisión y simplificación del Proceso para el otorgamiento de Pensión por Parálisis Cerebral Profunda (PCP)**

Este proyecto responde al oficio PE-12968-2017 del 17 de abril del 2017, mediante el cual la Presidencia Ejecutiva, traslada a todas las Gerencias, a la Dirección de Planificación Institucional, a la Dirección de Comunicaciones, a la directora del Proyecto de Fortalecimiento Prestación de Servicios de Salud y a la directora del Proyecto de Reestructuración Organizacional, los acuerdos N.º 1 y N.º 2 del Consejo de Presidencia y Gerencias del 17 de abril del 2017.

En virtud de lo anterior se conformó un equipo de trabajo con funcionarios de la Gerencia de Pensiones, Gerencia Médica, Gerencia Financiera, EDUS, así como el apoyo de la Gerencia Administrativa por medio del Programa ST/MR, el cual definió tres etapas para poner en funcionamiento el Protocolo de PCP y Enfermedades Equiparables:

1-Etapa inmediata: El protocolo se implementará de manera física, mediante oficio firmado por las Gerencias involucradas y la Presidencia Ejecutiva dentro del procedimiento actual.

2-Etapa mediata: Implementar un flujo digital, para lo cual se creará un repositorio en la intranet existente, tipo SharePoint, para que desde ahí los centros médicos lo accedan, lo llenen y lo suban al sitio.

3-Etapa posterior: Incorporar la información requerida de los protocolos de referencia en el EDUS, para acceder a esa información cuando se requiera por

parte de la Comisión Calificadora del Estado de invalidez para su criterio de calificación.

Actualmente, la Gerencia Administrativa remitió al Gerente de Pensiones, el criterio técnico-legal mediante oficio DJ-7168-2017 /DSA-0184-2017 del 04 de diciembre de 2017, lo anterior a fin de adecuar la propuesta con las observaciones realizadas.

#### **5.6.10 Simplificación del Registro para Asegurar Adultos Mayores**

Se dispuso a solicitar el beneficio familiar únicamente con una declaración jurada donde se establezca el vínculo y la dependencia económica y últimamente también se acordó que este beneficio familiar no se tendrá que renovar cada dos años, sino que se hará una única vez y en forma indefinida.

Otras de las decisiones que permiten hacer este proceso más amigable es que el aseguramiento entrará a regir en forma inmediata y no en 10 días hábiles como se hacía en el pasado. Otras de las facilidades es que el adulto mayor ya no tendrá que llenar los formularios que anteriormente se le solicitaban, basta la declaración jurada que tiene que suscribir con la persona con lo asegurará.

Este trámite ahora se podrá realizar en el EBAIS más cercano al lugar de residencia del adulto mayor donde le corresponderá ser atendido. Tampoco tendrá que sacar una cita, ya que se realiza en el momento en el que se presenta el adulto mayor y solicita el respectivo beneficio familiar.

#### **5.6.11 CCSS le Dice Adiós al Papel Con Digitalización de las Nuevas Solicitudes de Pensiones por Vejez**

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) comenzó a digitalizar los nuevos casos de pensión por vejez que se tramitan en las oficinas centrales de pensiones en San José. A partir de este año, por cada 100 nuevos casos de pensión por vejez, 99 se tramitan en archivo digital y uno en expediente físico. El único requisito es que el afiliado tenga una dirección de correo electrónico.

Las personas presentan la solicitud de pensión por vejez, luego, la información se ingresa y tramita digitalmente, ¿cada documento se aprueba con firma digital y se comunica la aprobación al interesado por correo electrónico? Esto elimina el uso de Papel en este Trámite.

Una de las ventajas de la iniciativa de digitalización es que reduce el riesgo de que se pierda el expediente, además de disminuir costos en papel, tintas y otros insumos. A futuro será una solución en el cada vez más limitado espacio disponible para archivo físico.

Del primero de enero al 30 de junio de 2018, el área de Gestión de Pensiones IVM aprobó 1 786 nuevas solicitudes bajo esta modalidad. Ya se está trabajando en implementar dicho procedimiento en la región Chorotega y se espera que paulatinamente, se pueda implementar en las otras cuatro regiones. Una vez instalado en todo el país, la CCSS comenzará el proceso de digitalización con los riesgos de muerte y luego invalidez.

Se estima que durante el 2018 la Caja atenderá 24 mil solicitudes nuevas de pensiones, de las cuales 16 mil serían por el riesgo de vejez. Este proceso se suma a otros que la CCSS ha venido implementando para facilitar y agilizar las gestiones en la institución como parte de las disposiciones de simplificación trámites que se ejecutan.

#### **5.6.12 Entrega del Carné de Ciudadano de Oro al Domicilio del Adulto Mayor**

La población que supera los 65 años podrá recibir el carné de Ciudadano de Oro en su domicilio, según una disposición adoptada recientemente, por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) para facilitar la obtención de este documento. La medida se tomó como respuesta a la Política de Adulto Mayor que aprobó en el 2017 la Junta Directiva de la institución que procura hacer más amigables, accesibles y ágiles los servicios institucionales a ese sector de la población.

El carné de Oro llegue al domicilio de cada adulto mayor, el interesado lo tiene que solicitar mediante una llamada telefónica al 25-39-15-90 y aportar algunos datos de suma importancia tales como: la dirección exacta de la vivienda y número telefónico. El carné llegará por medio de Correos de Costa Rica. Cabe destacar que la CCSS emite cerca de 5 400 Carné de Oro cada año y sus portadores obtienen una serie de beneficios entre ellos: descuentos por compras en cerca de dos mil comercios.

#### **5.6.13 Certificado de Defunción Digital**

En mayo del 2018, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) dio un nuevo salto tecnológico al iniciar la digitalización de los certificados de defunción de todas aquellas personas que fallecen en sus establecimientos de salud. La digitalización arrancó en el hospital San Vicente de Paúl en la provincia de Heredia, y se extendió paulatinamente, a todos los hospitales del país. Esta acción institucional se ejecutó, en conjunto, con el Tribunal Supremo de Elecciones (TSE).

La disposición tiene como objetivo que este documento vital se encuentre en línea solo unos minutos después de ocurrido el deceso para reducir los contratiempos que provoca el hecho de no contar con este certificado para efectuar los trámites relacionados con el funeral, fondo mutual, reclamos de pólizas, indemnizaciones, pensiones por viudez y orfandad, licencias, entre otras gestiones. Esta acción

institucional permite simplificar los trámites a los deudos en un momento de dolor y crisis familiar como es la pérdida de un ser querido.

El certificado de defunción es un documento vital que los diferentes establecimientos de salud registran y cuyo documento actualmente, se emite físicamente. La variante, ahora, es que el documento será digital y puede ser consultado por las instancias correspondientes, sin necesidad de que la familia lo tenga que trasladar como sucede en la actualidad.

Esta acción institucional forma parte de un convenio marco que la CCSS suscribió en el 2017 con el Tribunal Supremo de Elecciones (TSE) para elevar la seguridad registral en el territorio nacional y facilitar trámites a la población. El convenio estableció el enlace de los sistemas de información de la CCSS y del TSE para el beneficio de la población, con el propósito de garantizar la calidad de la información y elevar la seguridad de los registros de ambas instituciones.

El convenio permite que los registradores del Tribunal Supremo de Elecciones (TSE) registren los nacimientos y defunciones en los centros hospitalarios de la CCSS en forma automatizada y faculta a la CCSS a efectuar consultas en línea sobre información que está en la base de datos del TSE, con la finalidad de reducir problemas tales como la suplantación de identidades. Este acuerdo interinstitucional tiene una vigencia de cinco años, contados a partir de la fecha de suscripción y se renovará automáticamente por dos periodos iguales y consecutivos, excepto que cualquiera de las partes notifique objeciones al acuerdo suscrito el día de hoy.

La suscripción de este convenio implicó un esfuerzo por parte de equipos técnicos de ambas entidades para robustecer y consolidar la información del Expediente Digital Único en Salud (EDUS) puesto que le permitirá a la CCSS tener información certera sobre la población que acude a sus servicios de salud. Esta acción garantiza a la población el derecho de identidad, puesto que permite que el niño o la niña se registren en forma automática casi que inmediatamente después de su nacimiento y salga del hospital con su número identificación. Este proceso duraba en el pasado entre tres y 15 días.

El convenio facilita a la población y a las instituciones tener información certera y casi en forma inmediatamente después de ocurrido un hecho vital. El proceso inició con los nacimientos, y ahora el turno les corresponderá a las defunciones lo que permitirá, por ejemplo, que la Gerencia de Pensiones disponga en línea la información sobre la defunción de los pensionados por lo que las familias ya no tendrán que asistir a la instancia respectiva a reportar el fallecimiento. El software para efectuar esta gestión fue desarrollado por el TSE y el Colegio de Médicos y Cirujanos.

#### 5.6.14 Incapacidades y Licencias Digitales

Tras la implementación del Expediente Digital Único en Salud (EDUS) durante el 2018 en todos sus establecimientos de salud, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) arrancó el 20 de abril del 2018 con la digitalización de las incapacidades y licencias, lo que generará una serie de beneficios a los pacientes, patronos y a la institución.

Este proceso se realizó en forma gradual y se llevó a cabo de la mano con la implementación del EDUS en todos los niveles de atención. Cabe recordar que el expediente digital ya se encuentra funcionando en el primer nivel de atención y lleva un gran porcentaje de avance en los hospitales: 100% módulo de admisión, 93% quirúrgico, 93% urgencias, 69% Sistema de Identificación de Agendas y Citas (SIAC), 50% Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES), 10% visita hospitalaria.

Este paso es de gran importancia para la Institución, ya que, durante el 2017, la CCSS tramitó 1.085.528 boletas a 454.459 personas, lo que significó un promedio diario de 2.900 boletas. Habrá un periodo de transición donde convivirán la boleta digital con la física, pero el objetivo es eliminar el documento de papel en un mediano plazo.

Entre los beneficios que se proyectan se encuentran los siguientes:

- El paciente no tiene que desplazarse hasta el lugar de trabajo para dejar la boleta de la incapacidad o licencia, pues basta enviarle a su patrono, mediante mensaje de texto o de otra forma, el número de la boleta otorgada.
- Mayor eficiencia a la hora de pagar los subsidios durante los periodos de incapacidad y licencia.
- Tanto el patrono como el trabajador pueden verificar en línea la condición de registro y financiera de la boleta otorgada.
- El patrono podrá verificar en tiempo real el periodo otorgado a su trabajador, lo que le permitirá gestionar en forma más oportuna lo correspondiente.
- Se reducen los errores humanos en el proceso de registro.
- Se reduce el número de personas participantes en el proceso.
- Se evita usos inadecuados de las boletas como: fraudes, falsificaciones y alteraciones.
- Disminuye el uso del papel y los procesos relacionados con almacenamiento y la custodia de esta papelería.
- Se avanza en el proceso de simplificación de trámites.
- Los profesionales no tendrán que custodiar el talonario ni la papelería.
- Se produce un ahorro significativo de recursos.
- Se mejora el control y el registro de las incapacidades.



La boleta está incorporada en el expediente digital, se otorga durante la consulta y la información se transmite de manera automatizada del Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) al Sistema de Registro, Control y Pago de Incapacidades, conocido como RCPI, concretándose el proceso de pago en alrededor de tres días hábiles. El RCPI es administrado por la Gerencia Financiera.

Con este proceso, la CCSS enlaza dos sistemas institucionales: el SIES y el RCPI que existe desde el 2006 y que ha sido una herramienta muy valiosa para el control de las incapacidades y licencias que otorga a CCSS, el cual es alimentado en este momento en forma manual.

#### **5.6.15 Pago con Tarjeta de Crédito o Débito para Trabajadores Independientes y Asegurados Voluntarios**

Los trabajadores independientes y asegurados voluntarios que usualmente, pagan sus cuotas en la plataforma de Oficinas Centrales de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), ya las pueden pagar con tarjeta de crédito y débito. La medida forma parte de una estrategia de trabajo que procura facilitar los pagos, acercar cada vez los servicios a sus necesidades y procurar que esta transacción se realice en forma segura. Los primeros días de funcionamiento, hubo una recaudación mayor a los ₡25 millones en la plataforma de Oficinas Centrales. El director Financiero Contable de la CCSS explicó que la disposición arrancó ya en Oficinas Centrales, pero la pretensión es irlo extendiendo paulatinamente para que, a partir del 2019, se pueda pagar con tarjeta en las 72 sucursales que tiene la CCSS en todo el territorio nacional.

Esta disposición institucional favorecería a 230.481 trabajadores independientes y 163.551 asegurados voluntarios que, de acuerdo con la facturación del mes de mayo, están inscritos en esas categorías de aseguramiento en el Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE). Esta población también puede efectuar sus pagos en la Oficina Virtual de la CCSS las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Con ese propósito puede domiciliar una cuenta para hacer cargo automático o hacer el débito en tiempo real. También puede pagar con este mecanismo quienes tengan convenios o arreglos de pago. Los interesados en emplear este sistema de pago en línea deben ingresar al sitio web [www.ccss.sa.cr](http://www.ccss.sa.cr) en servicio en línea/Oficina Virtual CCSS/ donde se encuentra disponible el documento guía para el registro de la cuenta bancaria y el pago correspondiente, así como un vídeo de demostración.

Adicionalmente los trabajadores independientes y asegurados voluntarios pueden cancelar sus cuotas mediante los 3.660 puntos de pago que tiene la CCSS en

diferentes lugares del territorio nacional. Entre los agentes recaudadores externos se encuentran entidades financieras bancarias públicas y privadas y no bancarias contratadas al amparo de Ley de Contratación Administrativa y su reglamento, entre ellas farmacias, cadenas de supermercados, mutuales, cooperativas y comercios como los llamados BN Servicios y Tucán.

En ambos casos, tanto asegurados voluntarios como trabajadores independientes deben cancelar la totalidad de las facturas ordinarias con menos de 59 días de vencimiento, en orden de antigüedad.

#### **5.6.16 Recomendaciones del periodo de recargo de la Gerencia Financiera sobre el Gerente Administrativo**

Desde que la Gerencia Administrativa asumió el recargo de la Gerencia Financiera, se han gestionado acciones orientadas a fortalecer la sostenibilidad financiera, mejorar la cobertura contributiva mediante nuevas modalidades de aseguramiento, simplificación de trámites, mejorar el control y seguimiento de acuerdos y recomendaciones emitidas por órganos superiores y de fiscalización, a efecto de atenderlos con oportunidad. Asimismo, se ha agilizado la operativa ordinaria de la Gerencia Financiera.

Si bien se percibe que la gestión de ambas gerencias de manera unificada;

- agiliza la toma de decisiones,
- facilita la articulación de criterios
- posibilita resultados mucho más oportunos e integrales considerando elementos de exposición al riesgo y volumen transaccional, se recomienda:

1. Que a la brevedad se nombre el Gerente Financiero.
2. De mantenerse la unión de ambas gerencias, que sea bajo la fusión señalada por CICAP/UCR en el contexto del Proceso de Reestructuración del Nivel Central y no como recargo.
3. Nombrar a la brevedad un director de tiempo completo, de reconocida experiencia en implementación de proyectos de alta complejidad (EDUS, SICERE), capacidad negociadora y trabajo en equipo, para el proyecto ERP.
4. Reforzar con recurso humano a la Dirección Financiero Contable y a la Dirección de Presupuesto, para poder avanzar con mayor rapidez en la corrección de los saldos y conciliación de cuentas, señaladas por la Contraloría General de la República, la Auditoría Externa y la Auditoría Interna.
5. Respecto de la adjudicación de la solución tipo ERP, Licitación Pública N° 2018LN-000008-5101, revisar exhaustivamente que la oferta corresponda con la

capacidad de adopción de esa tecnología en la CCSS, mima que debió determinarse en el análisis de brecha, contratado en la Fase Cero del proyecto. Incluyendo elementos de infraestructura tecnológica, de comunicaciones, redes y disponibilidad de equipos locales.

6. En consecuencia con lo anterior, revisar el alcance de la solución ofertada y acotarlo al “core” financiero contable, para disminuir el riesgo del proyecto.
7. Calzar los tiempos de finalización de los proyectos complementarios, identificados como requeridos para el inicio de la implementación del ERP, con el cronograma de implementación del ERP.
8. Que el modelo de costeo institucional se diseñe desde el componente para el establecimiento de los grupos relacionados por el diagnóstico (GRD's), con la participación del EDUS y el SIPE (sistema integrado de gestión de las personas), bajo la dirección de una firma consultora experta.
9. Establecer el aseguramiento por jornada ajustada a la realidad, con el concurso de las entidades públicas rectoras de cada actividad, en calidad de garantes y fiscalizadores.
10. Integrar las Direcciones de Sede en aspectos de su competencia, desde la fase de análisis de las oportunidades de mejora, así como diseño de soluciones.
11. Mejorar el trabajo en equipo y la oportunidad de salida de las mejoras.
12. Fortalecer la gestión del despacho, por medio de herramientas y formación de personal que permitan potenciar sus competencias técnicas.
13. Conformar equipos de trabajo interdisciplinarios para el diseño de mejoras.
14. Implementar mejoras regulatorias que le permitan a los niveles inferiores al Gerencial, gestionar directamente acciones relacionadas con la materia cobratoria, de gastos, de compras y otras que en la actualidad saturan al despacho del Gerente.
15. Diseñar las iniciativas estratégicas e innovadoras a partir de la identificación de verdaderas necesidades de los asegurados, patronos y otros agentes económicos.

## VI. Cumplimiento de Planes (incluye actividades pendientes)

### 6.1 Cumplimiento de Plan Nacional de Desarrollo<sup>9</sup>

La Institución dentro del PND 2015-2018 participa en nueve programas institucionales a saber:

- Estrategia Nacional para la prevención, control y vigilancia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y de las enfermedades neurocognitivas en la población.
- Detección temprana, control y rehabilitación de las personas con cáncer.
- Proyecto Expediente Digital Unico en Salud.
- Acceso y oportunidad de los servicios de salud.
- Programa Nacional de Atención de los trastornos mentales, del comportamiento y de las adicciones.
- Sostenibilidad financiera de la CCSS.
- Desarrollo de la infraestructura para el fortalecimiento de las acciones del sector.
- Programa del Régimen No Contributivo.
- Programa Nacional al desarrollo de los territorios indígenas.

Para efectos de la institución, estos programas se desagregan en 29 metas. Actualmente, de ese total, 9 metas se clasifican como cumplidas durante el periodo 2015-2017, 10 metas avanzan “De acuerdo con lo programado”, 4 metas se clasifican “Con Riesgo de Incumplimiento”, 4 metas muestran “Atraso Crítico”, clasificadas acorde con la metodología del Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN). Además 2 metas inician su ejecución en el año 2018; relacionadas con la construcción del Hospital de Puntarenas y la Sede de EBAIS Punta Burica, por cuanto su evaluación se verá reflejada hasta el cierre del periodo.

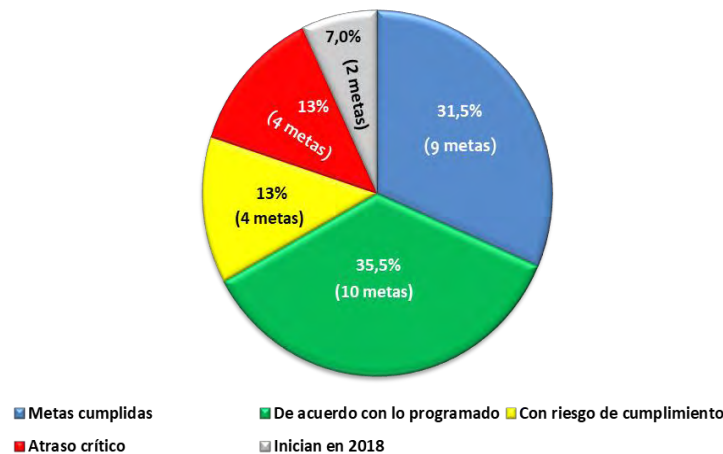
Con respecto a las metas que actualmente están en proceso de ejecución (20), la Administración deberá continuar con los esfuerzos realizados para concluir satisfactoriamente aquellas que avanzan de acuerdo con lo programado; analizar y mejorar las acciones de las metas con riesgo de incumplimiento y doblar esfuerzos para obtener el mejor desempeño de las metas que presentan atraso crítico.

En el siguiente gráfico, se detalla el estado del total de las metas que ejecuta la Institución durante el periodo en estudio:

---

<sup>9</sup> Anexo 11 Cumplimiento de metas PND 2015-2018

Gráfico 2: Desempeño Institucional PND 2015-2018



Fuente: Dirección de Planificación Institucional 2018

El detalle de cada una de las 29 metas señaladas anteriormente, es posible identificar con claridad el programa, la meta, el avance logrado hasta la fecha, el presupuesto ejecutado y su clasificación de acuerdo con los parámetros de evaluación del Ministerio de Planificación y Política Económica. De igual forma, se muestra en la columna de observaciones las acciones realizadas para aquellas metas que están cumplidas o marchan de acuerdo con lo planificado; para las metas que se clasifican con riesgo de incumplimiento y atraso crítico en esa columna se señalan las limitaciones que han afectado su cumplimiento y las medidas correctivas propuestas por las gerencias responsables.

## 6.2 Cumplimiento Plan – Presupuesto Institucional

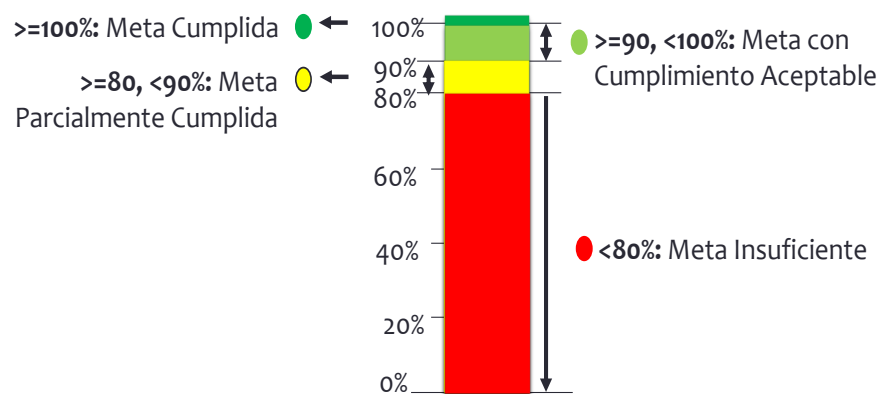
El presente apartado se basa en el seguimiento de las metas institucionales de los Seguros de Invalidez Vejez y Muerte (**IVM**) y Seguro de Enfermedad y Maternidad (**SEM**) y del programa del Régimen no Contributivo (**RNC**), con los resultados de la ejecución física al 31 de diciembre del 2017, en acatamiento de lo dispuesto en las “Normas Técnicas sobre Presupuestos Públicos” de la Contraloría General de la República (CGR), vigentes desde el año 2012. El informe de la ejecución y evaluación física de las metas de Seguros de Invalidez Vejez y Muerte (IVM), Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM) fue aprobado por parte de Junta Directiva en la sesión N.º 8958, llevada a cabo el 16 de febrero de 2018 en el artículo N°37.

Los resultados obtenidos se consideran insumo base para la toma de decisiones de autoridades institucionales y a su vez constituyen un mecanismo de rendición de cuentas, conforme lo dispone la legislación vigente.



Para una mejor comprensión de los resultados, es importante indicar que el desempeño de la meta y del programa, se determinan comparando lo ejecutado versus lo programado, expresando su resultado como un porcentaje de avance de cumplimiento y su calificación se determina de acuerdo con los parámetros de evaluación, aprobados por el Consejo de Presidencia y Gerentes en la sesión N.º 315 del 7 de mayo del 2012, según se observa en la siguiente figura:

Figura 2: arámetros de Evaluación



Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social, 2012

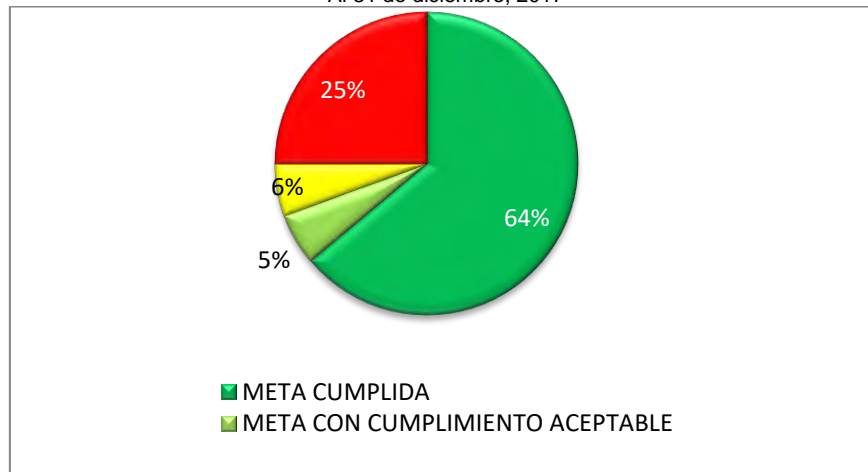
El Plan Anual Institucional, formulado originalmente en setiembre del 2016, contaba con 38 metas y 41 indicadores, sin embargo, dos metas fueron cumplidas a finales del año 2016 y en el primer semestre 2017, por tanto, el Plan Anual Institucional cerró con 36 metas e igual número de indicadores.

De los 36 indicadores, 34 corresponden al Seguro de Enfermedad y Maternidad (**SEM**) y al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (**IVM**). El Régimen No Contributivo de Pensiones cuenta con 2 indicadores, los cuales no serán parte de este informe.

En el caso de los 34 indicadores correspondientes a SEM e IVM; 18 están vinculadas al Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018 y las otras son de seguimiento institucional, asociadas al Plan Estratégico Institucional 2015-2018 y Planes Tácticos Operativos Gerenciales.

A continuación, se presenta gráficamente el desempeño institucional:

Gráfico 3: Desempeño Institucional Seguros SEM-IVM  
Según Parámetros de Evaluación  
Al 31 de diciembre, 2017



Fuente: Dirección de Planificación Institucional, 2017

### Resumen Sobre el Desempeño Institucional por Programa IVM-SEM

Para determinar el desempeño por programa, se realiza un promedio simple de los porcentajes de cumplimiento de las metas incluidas en cada uno de éstos.

Por lo anterior, el desempeño institucional y de cada uno de los programas presupuestarios de los Seguros de IVM, SEM y RNC se detalla a continuación:

Tabla 25: Desempeño Institucional por Programa  
Al 31 de diciembre, 2017

Programa	Número de metas	% Cumplimiento
1: Atención Integral a la Salud de las Personas	28	87,2%
2- Atención Integral de las Pensiones	1	85%
3- Conducción Institucional	5	67,8%
<b>Total Institucional IVM-SEM</b>	<b>34</b>	<b>84,3%</b>
3.- Régimen No Contributivo de Pensiones <sup>10</sup>	2	100%
<b>Total Institucional IVM-SEM y RNC</b>	<b>36</b>	<b>85,2%</b>

Fuente: Dirección de Planificación Institucional, 2017

En el caso del desempeño institucional, se determina sobre el promedio simple de los porcentajes de cumplimiento del total de metas de los cuatro programas institucionales,

<sup>10</sup> El Informe de Ejecución del Programa del Régimen No Contributivo de Pensiones (RNCP) le corresponde a la Gerencia de Pensiones presentarlo ante las autoridades superiores institucionales.

por lo cual, en el cuadro se incluye el cumplimiento del Régimen No Contributivo de Pensiones para determinar este dato, aunque no sea evaluado en este informe.

## **Desempeño por Programa**

**1. Programa Atención Integral a la Salud de las Personas:** El programa cuenta con 28 indicadores los cuales son sujetos a evaluación, 16 se derivan del Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018, Alberto Cañas Escalante y 12 son del Plan Táctico Operativo Gerencial.

De estos 28 indicadores, el 71% (20) se clasifican como “Meta Cumplida”, un 4% (1) como “Meta con Cumplimiento Aceptable” y el restante 25% (7) como “Meta Insuficiente”; según los criterios de evaluación establecidos para tal efecto.

**2. Programa de Atención Integral a las Pensiones:** Constituye el programa presupuestario N°2 de la Estructura Programática Institucional, y para efectos de la evaluación, cuenta con una meta derivada del Plan Nacional de Desarrollo, a efectuar durante el presente año, específicamente: Avance en un 40% adicional con negociación de ajustes de la estrategia de Sostenibilidad del Seguro de IVM, para un acumulado del 80%.

**3. Programa de Conducción Institucional:** Es el número 3 de la Estructura Programática y está conformada de cinco metas, 1 (20%) se clasifica como: “Meta Cumplida”, 1 (20%) como Meta con Cumplimiento Aceptable, 1 Meta Parcialmente Cumplida (20%) y dos metas corresponde a un 40% como (“Meta Insuficiente”).

**4. Programa Régimen no Contributivo de Pensiones:** Constituye el Programa N°4 de la Estructura Programática de la CCSS y cuenta con dos metas, cuyo desempeño se califican como “Meta Cumplida” se entregaron 4.788 nuevas pensiones y se cuenta con un total de 116.817 beneficiarios del programa.

## VII. Mejora en la Calidad de los Servicios de Salud

---

La Sostenibilidad del Seguro de Salud de la CCSS nos preocupa intensamente y publique una opinión al respecto en un diario digital masivo.

*Cuando hablamos de sostenibilidad de la seguridad social y muy especialmente del seguro de salud, debemos recordar que la oferta de servicios y su alcance, han sido definidos a lo largo de 77 años de seguridad social. La salud es un derecho y no una suerte de filantropía.*

*La transformación demográfica, epidemiológica, laboral, migratoria y conceptual del Estado, nos define la dimensión y dificultad del reto que tenemos frente a nosotros. La inconclusa reforma del Sector Salud, Nutrición y Deporte debe culminarse tomando en cuenta, el buen uso de los siempre escasos recursos con que contamos.*

*La educación en salud y su promoción, la prevención de la enfermedad y la violencia social, la planificación sectorial, la asignación de los recursos basados en evidencia y en función del mayor beneficio e impacto posible, el uso de tecnologías como herramientas y no como fines en sí mismos, deben sustituir; a la dominante atención de la enfermedad intrahospitalaria que se ha impuesto durante décadas, a la planificación reactiva y a la distribución de recursos obediente a presiones de intereses particulares o vocerías de turno.*

*La eficiencia en un seguro de salud pasa por contar con el mejor recurso humano posible y con los mejores gestores de la salud. Necesitamos Direcciones Médicas que utilicen la gestión clínica, la logística hospitalaria, la gestión por resultados, el monitoreo y la evaluación de tecnologías para apoyar la toma de decisiones, la investigación de buenas prácticas de organización del sistema y su documentación, para aprovechar ese rico inventario de conocimiento que podría ser intercambiado con la experiencia internacional.*

*La cooperación con sistemas de naciones que buscan la mejora continua en estos campos es fundamental. Reforzar la relación con la OPS, OMS y el resto del sistema de Naciones Unidas, es necesario y más recientemente, con la OCDE que ha aceptado las Políticas Públicas de Salud de Costa Rica como un ejemplo internacional de buenas prácticas a documentar.*

*Lo que no se mide, no se puede mejorar. En la Caja, hay que impulsar una verdadera revolución de constante monitoreo y evaluación de resultados en favor del paciente. Dichos cambios no pueden esperar más. La medición de resultados debe convertirse en el centro de la cultura del desempeño del trabajador, de la jefatura, de cada unidad programática y de la Institución.*

*Por otro lado, en ningún lugar del mundo, el sistema de salud público, ni lo debe, ni lo puede resolver todo. Una adecuada articulación con el sistema de salud privado es fundamental. La forma de conseguirlo es con una regulación sólida y ejercicio de rectoría técnica por parte del Ministerio de Salud. La CCSS y el Ministerio de Salud, deben trabajar mano a mano, si queremos un seguro de salud sostenible.*

*Lo que sucede en el sector privado, repercute directamente en la Caja Costarricense de Seguro Social, queramos o no. “Mala praxis” o complicaciones originadas en servicios privados, con frecuencia se resuelven en hospitales de la CCSS. Las buenas prácticas médicas y de otras profesiones de salud, impactan directamente en un mejor desempeño de la gestión hospitalaria.*

*Inclusive, los seguros privados de salud, cuando se encuentran bien regulados, traen eficiencias al sistema global, al presionar por bajar el costo de la atención privada basada en el desembolso directo, al introducir economías de escala y al exigir atención de calidad para sus asegurados. Todo esto, contribuye a descongestionar los servicios públicos de atención de la enfermedad.*

*Las participaciones público-privadas debidamente reguladas pueden ser muy útiles para formar profesionales de salud de alta calidad, para agilizar procesos de desarrollo y mejora de infraestructuras, para optimizar adquisición y gestión de equipos y tecnologías en salud, para desarrollar propiedad intelectual explotable y muy especialmente, para introducir o mejorar los posibles elementos de competencia pública o pública-privada que introduzcamos en nuestro sistema.*

*Gestión Clínica. Un ejemplo del impacto que tendrían las buenas prácticas de gestión clínica en la sostenibilidad del seguro de salud, lo documentamos en un esfuerzo conjunto entre esta Presidencia Ejecutiva y la Dirección Actuarial y Económica de la CCSS, en un informe denominado Valuación Actuarial del Seguro de Salud 2015, presentado a la Junta Directiva en octubre 2017.*

*Dicho estudio concluye que el seguro de salud estresado por las variables actuales es sostenible hasta el 2026. Aproximadamente 10 años.*

*Sin embargo, en uno de los escenarios se plantea la reducción del 50% del promedio general de consultas per cápita en el I y II nivel y una reducción de un 1% en la utilización de servicios del III nivel u hospitalario, superaríamos el umbral del año 2030. Ganaríamos, de 4 a 5 años de sostenibilidad.*

*Y en otro escenario independiente, una reducción de 1 día en la estancia hospitalaria promedio general, que fue de 7,9 días por paciente ingresado para el 2015, nos acercaríamos también al umbral del año 2030 sin afectación. Lo que significaría, una ganancia de otros 4 o 5 años de sostenibilidad.*



*Ese, es el poder de la gestión clínica bien aplicada. Reducir la cantidad de días de internamiento de pacientes que esperan semanas a veces, por una prueba de ultrasonido o TAC para ser operados. Eliminar, la gran cantidad de consultas repetitivas y de “carrusel” que existen en servicios especializados. Eliminar también, las consultas para tramitar papeles y procesos administrativos efectuados por médicos y otros profesionales de salud, que no impactan positivamente en la atención que reciben los pacientes, son otra oportunidad. En este proceso, el buen uso del Expediente Digital Único en Salud será determinante.*

*La garantía de sostenibilidad de cualquier seguro es dinámica. El monitoreo constante de su evolución será fundamental para anticipar los cambios de implementación obligatoria y necesarios para renovar y mantener esa garantía.*

## 7.1 Estadísticas generales de la atención Integral de la Salud

La prestación de los servicios de salud es parte fundamental del Seguro de Enfermedad y Maternidad de la Caja Costarricense de Seguro Social. Actualmente se cuenta con una **cobertura del SEM de un 95,4%** de la población, estructurada por diferentes modalidades de aseguramiento, a saber, asegurados directos, pensionados, asegurados por cuenta del Estado y dependientes, tal y como se observa en la siguiente tabla.

Tabla 26: Población Nacional por condición de aseguramiento Seguro Salud. Años 2017

Condición de aseguramiento	2017
<b>Población Nacional</b>	<b>4 946 700</b>
<b>% Cobertura</b>	<b>95,4</b>
<b>ASEGURADOS DIRECTOS</b>	<b>1.744.824</b>
*Asalariados	1.285.706
*Cuenta propia	392.326
*Convenios	66.792
<b>PENSIONADOS DIRECTOS</b>	<b>427.947</b>
*IVM	250.392
*Regímenes Especiales	63.483
*Régimen No Contributivo	114.072
<b>Asegurados Cuenta del Estado</b>	<b>583.711</b>
<b>Dependientes</b>	<b>1.935.887</b>
<b>Asegurado directo</b>	<b>1.792.737</b>
<b>Pensionado</b>	<b>143.150</b>

Fuente: Dirección Actuarial y Económica - Área de Estadística, 2017

Es preciso reiterar, tal y como se muestra en la tabla anterior, que se ha experimentado un incremento constante en la cobertura de la población, pues como proporción de la población nacional, la cobertura ha pasado de 94,4% en el año 2013, a un 94,7% en 2014 y **alcanzó un 95,4% al cierre del año 2017**, influenciados principalmente por el crecimiento de los asegurados directos asalariados y por cuenta propia.

Por su parte, **la cobertura contributiva de la población económicamente activa (PEA) en ambos seguros, ha crecido sostenidamente en el último quinquenio**, producto de los esfuerzos realizados por la Institución en la materia, por la aplicación de la Ley de Protección al Trabajador, por la Ley de Migración y por el reconocimiento del refuerzo social que implica estar afiliado al Seguro Social (ver Tabal 42).

Tabla 27: Cobertura de la población económicamente activa (PEA) según categoría y seguro por año. Años 2017

Categoría	2017
<b>PEA Total Salud<sup>1/</sup></b>	<b>69,02</b>
*Asalariados	74,08
*No asalariados <sup>2/</sup>	58,52
<b>PEA Total Pensiones<sup>1/</sup></b>	<b>62,58</b>
*Asalariados	67,28
*No asalariados <sup>2/</sup>	62,58
Notas:	

Fuente: Dirección Actuarial y Económica - Área de Estadística, 2017

La atención de la demanda de servicios de salud a la población por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social conlleva el análisis de la situación de salud, así como un esfuerzo de organización y el respaldo financiero para cumplir con los compromisos pactados a la población costarricense.

Muestra de esto, durante el periodo 2014 – 2018 la prestación de Servicios de Salud en la Caja Costarricense del Seguro Social, tuvo importantes avances a nivel de aumento de la producción en las Intervenciones quirúrgicas, en Cirugía Mayor Ambulatoria, en consultas de Medicina Especializada y otros Profesionales en Salud, Atenciones Domiciliares (con lo cual, se acerca los servicios a la población en riesgo), atenciones en los servicios de Emergencias, en las Visitas Domiciliares del personal de ATAP. Igualmente, a nivel, de los servicios de apoyo existen mejoras que promueven un mayor acceso de la población a los servicios de salud como lo es a nivel

de Medicamentos, Exámenes de Laboratorio, Estudios Rayos X, Tomografías, Mamografías y Ultrasonidos Ginecoobstétricos; tal como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 28: Estadísticas de los Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social 2017

Indicadores	2017
Egresos Hospitalarios	<b>358 881</b>
Estancia promedio	6,6
Intervenciones quirúrgicas	193 041
Hospitalarias	124 648
En Cirugía Mayor Ambulatoria	68 393
Camas	5 686
Porcentaje de Ocupación	82,8
Giro de Camas	49,2
Partos	64 503
Nacimientos	64 625
<b>Total de consultas</b>	<b>13 334 388</b>
<i>Total de consultas médicas</i>	<b>10 390 540</b>
Medicina General	7 455 625
Medicina Especializada	2 934 915
Otros Profesionales en Salud	629 336
Odontología	2 314 512
Atenciones Domiciliares	<b>94 633</b>
Total de atenciones	<b>5 639 430</b>
<i>Total de urgencias</i>	<b>2 446 259</b>
<i>Total de no urgencias</i>	<b>3 193 171</b>
Total Visitas Domiciliares	<b>1 768 042</b>
Efectivas	696 742
No Efectivas	527 231

Seguimiento	544 069
Personas Atendidas	1 239 567
Medicamentos	84 668 576
Exámenes de Lab	57 456 135
Placas de Rayos X	2 223 506
Estudios Rayos X	1 738 489
Fluoroscopias	24 315
Tomografías	151 469
Mamografías	138 725
Ultrasonidos	296 588
Ultrasonidos Ginecoobstétricos	123 346

**Fuente:** CCSS, Área de Estadística en Salud.

## 7.2 Proyecto Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud

Como Institución prestadora de los servicios públicos de salud, la Caja Costarricense de Seguro Social ha venido desarrollando un conjunto de acciones para el fortalecimiento de la prestación de los servicios de salud, a fin de hacer frente a los retos del país en el campo demográfico y epidemiológico, caracterizado por el envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades crónicas, las cuales coexisten con las enfermedades transmisibles que destacan en grupos y zonas vulnerables del país, aunado al aumento significativo de muertes prematuras y discapacidad producida por lesiones, sobre todo producto de accidentes de tránsito y otros actos con violencia, así como el cambio en los determinantes de la salud que se relacionan con la conducta y comportamiento de las personas y factores del medio ambiente. Todo esto provoca un desequilibrio entre las necesidades y los recursos, aunado a tecnologías más complejas y costosas para la atención de las enfermedades y a una población cada vez más y mejor informada que demanda más y mejores servicios de salud.

Estos y otros elementos de análisis de la prestación actual de los servicios de salud, sirvieron de fundamento para que las autoridades gerenciales y políticas plantearan la necesidad sobre el desarrollo e implementación de una estrategia para el fortalecimiento de la prestación de dichos servicios. En esta línea, equipos técnicos de la CCSS plantearon un marco conceptual y estratégico, que definió la imagen objetivo para la organización en relación con de la prestación de los servicios de salud.

El marco estratégico conceptual para el fortalecimiento orienta a la Institución hacia la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) y define los alcances de la

organización por Red, Niveles y los Componentes, para abordar las necesidades de prestación de servicios de salud de las personas.

Figura 3: Situación actual y futura del país con afectación de la prestación de servicios de salud



Fuente: CCSS, Dirección Proyecto Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud.

Este enfoque procura la atención centrada en las personas (individuo-familia-comunidad), que privilegia las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con énfasis en el primer nivel de atención, el fortalecimiento de la capacidad resolutoria de los niveles de atención y la organización de los establecimientos de salud en red. La propuesta plantea la adaptación continua de los servicios a los cambios sociodemográficos, epidemiológicos, asistenciales y tecnológicos, con estrategias que mejoren las condiciones de salud de la población y optimicen los recursos, en un ámbito de sostenibilidad financiera.

Todo esto contribuye a brindar una atención con calidad, calidez y oportunidad, acorde con sus necesidades prioritarias, e incluye –además de la atención de la enfermedad - el fomento de prácticas sanas que generen el autocuidado, la responsabilidad y la participación de la familia y la comunidad en el desarrollo del proceso de la salud. Además, se espera consolidar acciones preventivas que permitan controlar los factores de riesgo, para evitar la aparición y progreso de las enfermedades, promoviendo para ello el reforzamiento del primer nivel de atención, la expansión del segundo nivel, fomentando el desarrollo de prácticas innovadoras y ambulatorias de la atención, así como la optimización de los servicios que se otorgan en el tercer nivel de atención.



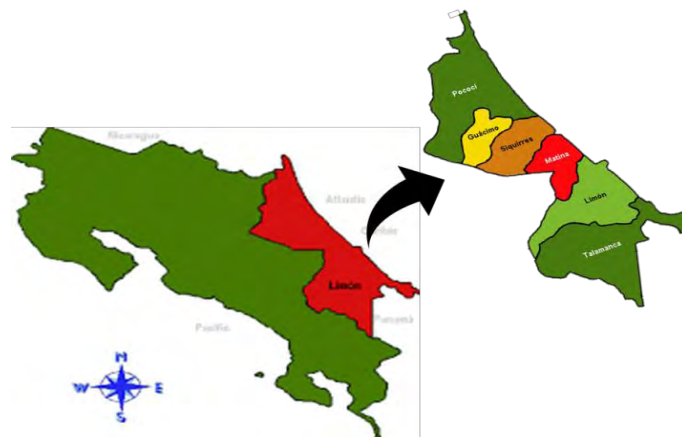
Figura 4: Estrategia de fortalecimiento de la prestación de servicios de salud



Fuente: CCSS, Dirección Proyecto Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud.

El documento del marco estratégico fue aprobado en la sesión N.º 8824 del 04 de febrero de 2016 por la Junta Directiva de la CCSS y junto con él, el Perfil del Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud, que constituye un proceso de construcción colectiva, en la que participan la población usuaria de los servicios de salud, el personal que brinda la atención y la comunidad en general, mediante la identificación e implementación de un conjunto de acciones innovadoras para fortalecimiento de la prestación de los servicios de salud, las cuales facilitarán la implementación a nivel nacional, iniciando en la Región Huetar Atlántica.

Figura 5: Región Huetar Atlántica: Zona donde se da el Proyecto Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud



Fuente: CCSS, Dirección Proyecto Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud.

Así las cosas, se puso en marcha la ejecución de este proyecto, el cual está compuesto por cinco componentes y estos a su vez en dieciséis productos. Cada componente responde a un objetivo específico del proyecto y para cada producto se definen entregables.

Figura 6: Componentes del Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación



Fuente: CCSS, Dirección Proyecto Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud.

Cada componente responde a un objetivo específico del proyecto y para cada producto se definen entregables. El detalle de los mismos se presenta en la siguiente tabla.

Tabla 29: Componentes y productos del Proyecto

Componente	Productos
<b>Aproximación de la Prestación de Servicios de Salud a las necesidades en salud de la población, con enfoque de red</b>	A.1. Metodología para identificar necesidades de prestación de servicios de salud. A.2. Metodología de clasificación de la población según riesgos. A.3. Metodología para definición del espacio – población. A.4. Análisis de brechas de recursos de los establecimientos de salud para el funcionamiento en red. A.5. Instrumento de programación local. A.6. Desarrollo de una propuesta de asignación de recursos presupuestarios basada en resultados.
<b>Comunicación y buen trato</b>	B.1. Programa de información y comunicación dirigido a la población general, las organizaciones que interactúan con los servicios de salud y al personal de salud. B.2. Estrategias para el cumplimiento del buen trato en la prestación de servicios de salud.
<b>Capacidad resolutive de los niveles de atención</b>	C.1. Reorganización funcional de los componentes de la prestación con enfoque de Red. C.2. Sistematización de prácticas innovadoras de atención. C.3. Programa de capacitación y educación continua para equipos de salud.
<b>Organización de los servicios de salud en red</b>	D.1. Definición del Gobierno de la Red.

Componente	Productos
Estrategia de implementación institucional	E.1. Plan de comunicación de la Propuesta y el Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud. E.2. Ajuste final de la Propuesta de Fortalecimiento de la Prestación. E.3. Construcción de la Estrategia de Implementación Institucional de la Propuesta de Fortalecimiento de la Prestación. E.4. Propuesta de modificaciones normativas relacionadas con el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud.

Fuente: Proyecto Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud. Elaboración propia.

## Avances del Proyecto

El proyecto finaliza su etapa de validación a finales del mes de marzo de 2018. A estos efectos se tiene los siguientes avances por componente:

### 7.2.1 Componente: Orientación de la Prestación de Servicios de Salud a las necesidades en salud de la población

Los productos asociados a este componente, permiten definir intervenciones o acciones requeridas para brindar una atención en el ámbito propio de la prestación de servicios de salud y de forma priorizada, con la participación activa de la población y de los funcionarios institucionales en la identificación de las necesidades, entendidas como el conjunto de requerimientos que tienen las personas durante su curso de vida para: mantenerse sano, recuperar la salud; controlar problemas de salud, tener cuidados al final de la vida

### 7.2.2 Desarrollo de las metodologías para la identificación de necesidades de la población, clasificación de riesgo y definición de espacios-población, en el ámbito de la prestación de servicios de salud

Se concluyó la elaboración y prueba de campo de las Metodologías para identificar necesidades de la prestación de servicios de salud y de clasificación de la población según riesgos. Para la aplicación de dichas metodologías se requiere el desarrollo de herramientas de consulta y consolidación de información procedente de los módulos del EDUS, para lo cual el Proyecto ha continuado dando seguimiento al planteamiento y desarrollo de dichas herramientas, mediante la entrega de los requerimientos al Proyecto EDUS y a otras instancias técnicas institucionales. Dicho producto será de suma relevancia, puesto que, por primera vez, la institución dispondrá de un marco metodológico para la identificación de las necesidades de la población respecto de los servicios de salud.

Una vez que se identifiquen las necesidades en el ámbito de la prestación de servicios de salud, se definen las intervenciones o acciones de atención integral que se

desarrollarán para atender estas necesidades en la población, considerando sus características generales y particulares en las diferentes zonas del país.

Figura 7: Tablas de resultados de identificación de necesidades y riesgos



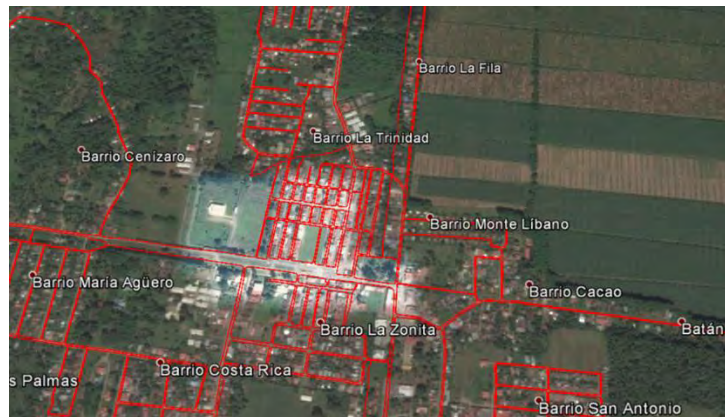
Fuente: CCSS, Dirección Proyecto Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud.

También se concluyó el diseño y prueba de la Metodología para definición del espacio – población, por lo que dicha metodología se encuentra lista para su aplicación en la Región Huetar Atlántica. La herramienta servirá para la planificación territorial de los



servicios de salud que brinda la CCSS y como complemento de las intervenciones en salud que se definen para la atención integral de la población, según sus necesidades.

Figura 8: Espacio-población geo referenciado. AS Matina. Prueba de campo

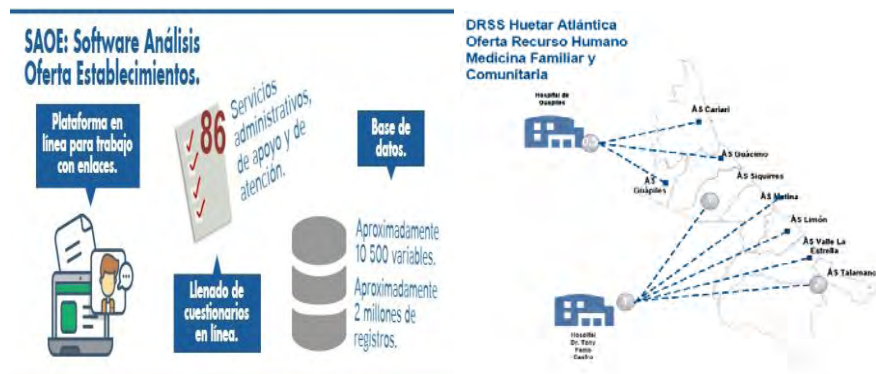


Fuente: PFPSS

### 7.2.3 Desarrollo de la metodología para la identificación de brechas de recursos para la atención de necesidades la población, en el ámbito de la prestación de servicios de salud

Se finalizó el levantamiento de la línea base de la oferta de recursos y servicios que actualmente brindan los establecimientos de salud de la Región Huetar Atlántica, clasificada por tipo de establecimiento, servicio y especialidad; incluyendo recursos humanos, infraestructura, equipos y tipos de procedimientos. Todo esto mediante la utilización por primera vez en la Institución, de una herramienta automatizada online. Se tienen avances en la identificación de la oferta observada en el resto del país.

Figura 9: Identificación de la oferta de servicios y recursos por tipo de Unidad. Región Huetar Atlántica



Fuente: PFPSS. Elaboración propia

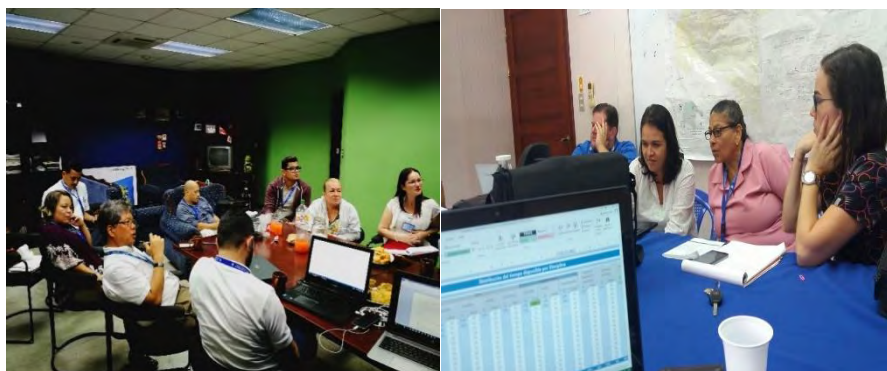


Una vez conocidas las necesidades de prestación de servicios de la población, así como los riesgos que dicha población presenta, con esta información se podrá ajustar lo que se requiere para satisfacer las necesidades de la población y con ello calcular la brecha real de recursos, de manera que se puedan ir creando los planes de cierre de brechas.

#### **7.2.4 Desarrollo de instrumento de programación local**

Se diseñó y validó un Instrumento de programación local, que permite la caracterización de la Unidad en cuanto a las horas disponibles de acuerdo con el recurso humano y tipo de contratación, así como la distribución de tiempos para los diferentes componentes de la prestación que se tienen en el primer nivel de atención, destacando la inclusión de las actividades de EFES en los distintos escenarios: Laboral, Comunitario, Educativo y Domiciliar, lo cual se asocia con la reorganización funcional de dicho componente que se plantea en el Proyecto. Dicha herramienta fue desarrollada en formato de MS Excel, lo cual va a permitir su distribución y utilización en las diferentes unidades.

Figura 10: Prueba de campo de Instrumento de Programación Local



Fuente: ETP Instrumento Programación Local, octubre 2017.

El diseño y aplicación de este instrumento, contó con la participación de prestadores de los servicios de salud en el nivel local, así como de planificadores de las diferentes Regiones del país.

#### **7.2.5 Avances en el desarrollo de propuesta de asignación de recursos**

Este producto es desarrollado por la Gerencia Financiera y Dirección de Planificación, como parte de un proyecto de mayor temporalidad. Por esta razón, el alcance de este producto se limitó a la elaboración de una propuesta para la integración del plan presupuesto, definido por las instancias técnicas competentes, como una primera etapa de la gestión por resultados, que incluirá en etapas posteriores, la propuesta de

asignación de recursos ajustada por riesgo, enfocada a resultados y en función de las redes.

El desarrollo de la propuesta definitiva de asignación recursos con enfoque en Red, está previsto mediante etapas o fases, las cuales se anotan en la siguiente figura:

Figura 11: Etapas o fases en el desarrollo de la propuesta de asignación de recursos



Fuente: ETP Propuesta Asignación de Recursos.

A continuación, se describen algunas de las principales acciones conjuntas de coordinación para el desarrollo del producto.

Figura 12: Acciones para el desarrollo del producto



Fuente: ETP Propuesta Asignación de Recursos.

En este sentido, un avance destacable, consiste en la asignación de un fondo para la implementación de objetivos comunes de las Unidades con enfoque de red en la Región Huetar Atlántica, el cual fue aprobado por la Junta Directiva y está en inicio de su ejecución, a partir de la identificación por parte de las Unidades y autoridades locales y regionales, del abordaje integral de la Diabetes Mellitus, que conlleva acciones conjuntas de todas las Unidades del primer y segundo nivel de atención, con

participación del tercer nivel y de otros actores sociales, como municipalidades, comunidad organizada y otras instituciones relacionadas con el abordaje de los determinantes sociales de la salud.

### 7.2.6 Componente: Comunicación y buen trato

En el marco de este componente se concluyeron los productos: Programa de información y comunicación dirigido a la población general, las organizaciones que interactúan con los servicios de salud y al personal de salud y estrategias para el cumplimiento del buen trato en la prestación de servicios de salud.

El primero de los productos aportó en el diseño e implementación de un conjunto de estrategias de información y comunicación en promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Al respecto, se diseñaron y probaron dos estrategias en las que se involucraron a líderes de las comunidades y a los trabajadores de la prestación de los servicios: “Líderes comunales multiplicadores de educación y comunicación en salud” y “Comunicación para la mejorar los estilos de vida en la población trabajadora del Hospital y Área de Salud de Guápiles.” Un aporte fundamental de este producto es el desarrollo y fortalecimiento de las capacidades de los Equipos de Salud para la construcción de estrategias y mecanismos, que permita la mejora de la comunicación e información con las comunidades y población en general, en materia de salud.

Complementariamente, se diseñó y validó una guía para el diseño e implementación de estrategias de infocomunicación a nivel local, como insumo para el desarrollo en las Unidades, de las acciones que favorezcan la atención integral de salud a las personas.

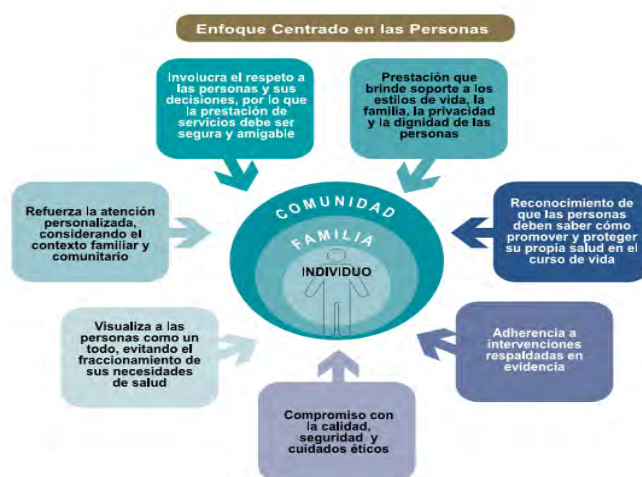
Figura 13: Líderes comunales informando a escolares, comunidad y trabajadores en el marco de la prueba de las estrategias de información y comunicación en Guápiles, Limón.



Por otra parte, el Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud planteó como uno de sus objetivos, la mejora del trato en los servicios de salud. A este fin, propuso el diseño de un conjunto de estrategias que contribuyan a brindar un trato digno y respetuoso en la prestación de los servicios de salud, conforme con el enfoque centrado en las personas. Como parte del producto se diseñaron y sometieron a prueba dos estrategias a saber: “Mejora de la calidad del trato en la atención directa y por vía telefónica a usuarios servicios, mediante el uso de un protocolo de atención” y “Curso/Taller: Mejorando la calidad del trato en la prestación de servicios de salud. Conceptos y herramientas prácticas en la atención.” Dichos instrumentos fueron remitidos y consensuados con la Gerencia Administrativa y sus unidades técnicas competentes, a fin de ir desarrollando en forma conjunta la estrategia para su implementación a nivel nacional.

Las herramientas aquí planteadas procuran de igual manera, fortalecer las capacidades del personal de los servicios, para manejar entornos y contexto laborales y de las poblaciones, a efectos de brindar una atención con un enfoque centrado en las personas.

Figura 14: Enfoque centrado en las personas



Fuente: Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud, Marco Estratégico y Conceptual, 2016.

### 7.2.7 Componente Capacidad resolutive de los niveles de atención

A través de este componente, se busca brindar mayor capacidad a los niveles de atención (énfasis en primer y segundo nivel), para lo cual se propone la capacitación de los funcionarios del área demostrativa, así como la valoración y estudio de los servicios, con la finalidad de reorganizarlos en algunos aspectos viables legal y administrativamente para lograr adaptarlos a las necesidades de la población.



En el marco de este componente, se concluyeron los productos: Reorganización funcional de los componentes de la prestación con enfoque de Red; Sistematización de prácticas innovadoras de atención; Programa de capacitación y educación continua para equipos de salud.

En el primer producto se desarrolló el diseño final de la propuesta de mejora del proceso y diseño funcional de los componentes de Consulta externa y Escenarios fuera de los Establecimientos de Salud (EFES). Se han hecho coordinaciones con la Gerencia competente, a fin de conformar equipos técnicos de trabajo para el desarrollo de los demás componentes, los cuales no fueron abordados en el proyecto de validación, dado el tiempo definido para el proyecto.

Estos productos contribuyen con la definición del alcance de la prestación, los roles, funciones y la organización y estandarización de la prestación al interior de los centros de salud, facilitando el tránsito de los usuarios en los servicios y continuidad de la atención entre los diferentes niveles.

Figura 15: Distribución de componentes según nivel de atención



Fuente: Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud, Marco Estratégico y Conceptual, 2016.

Propiamente en el producto de Sistematización de prácticas innovadoras de atención, se elaboró los manuales de procedimientos para las prácticas de: Hospital de Día, Atención y Hospitalización en el Domicilio, Alta Programada y Atención Especializada a Distancia, así como el Manual para la Atención Diferenciada en el Primer Nivel. La revisión de los mismos se realizó en conjunto con la instancia técnica competente a nivel institucional, de manera que pudieran quedar listos para ser aprobados por la Gerencia Médica y publicados para su uso a nivel institucional.

Para el Programa de capacitación y educación continua para equipos de salud, el informe final del programa incluye los contenidos de los temas generales de capacitación que se requieren para el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud, tales como: Enfoque centrado en las personas, Gestión clínica en red, Gestión



de casos, Atención continuada, Atención integral, Participación comunitaria, Habilidades para la comunicación, Trabajo en equipo y Herramientas de la calidad. Como complemento del producto, se ha establecido una coordinación con el CENDEISS y con diferentes equipos técnicos para el desarrollo de los contenidos para las capacitaciones.

### 7.2.8 Componente Organización de los Servicios de Salud en Red

En este componente se desarrolló el producto relativo a la definición de los criterios para la conformación y definición del Gobierno de la Red. Se instruyó por parte de la Junta Directiva, un proceso de validación de la propuesta, el cual se ha desarrollado inicialmente con las unidades prestadoras de los servicios de salud y en el caso de las competencias y funciones a trasladar, se han ido validando con Gerentes y sus instancias a cargo.

Figura 16: Actividades de validación producto Gobierno de la Red



Fuente: ETP Gobierno de la Red, oct/nov 2017.

Además, se diseñó una Guía para la Formulación del Plan de Gestión en Red, así como el documento de Criterios de Conformación, Definición y Funcionamiento del Gobierno de las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud en la CCSS, en el cual se incluye los mecanismos de coordinación asistencial requeridos para el funcionamiento adecuado de las Redes.

Como complemento, se aplicó la Matriz de Calificación del Desarrollo de las Redes Integradas de Servicios de Salud en la Región Huetar Atlántica, la cual es una herramienta proporcionada por OMS/OPS; esto sirve como línea de base para medir el avance en el desarrollo de la red y se utilizará conforme se vaya implementando las redes conformadas, para ver las áreas que necesitan mayor trabajo y atención, así como para medir el avance en el desarrollo de la Red.

La construcción del producto ha supuesto un proceso amplio de validación de la propuesta, que incluye representación de directores y Administradores de los

establecimientos de los tres niveles de atención, Directores Regionales de Servicios de Salud, Directores de Sede de la Gerencia Médica y otras instancias técnicas de la Institución.

### **7.2.9 Componente Estrategia de implementación institucional**

El componente aporta en la creación de condiciones y en la construcción de la base metodológica y operativa para la implementación de la Estrategia de fortalecimiento a nivel país.

Es así que, como parte del componente, se concluye y entrega el producto Propuesta de modificaciones normativas relacionadas con el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud. El estudio efectuado correspondiente al análisis de las necesidades de modificación de normativas relacionadas específicamente con la implementación de la base operativa para el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud. Dentro de ello, se destaca el análisis realizado para la conformación de las redes integradas de prestación de servicios de salud, de manera que dicha propuesta pueda implementarse de forma adecuada dentro de la organización institucional.

Se concluye el Plan de Comunicación de la Estrategia y del Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud. El documento final incluye la programación de las diferentes actividades a realizar para dar a conocer adecuadamente el proyecto y la estrategia de fortalecimiento de la prestación de servicios de salud y sus resultados.

Finalmente, al término del plazo del proyecto, se espera dejar concluido el Ajuste final del Documento marco para el fortalecimiento de la prestación, que servirá de guía y orientación para el desarrollo de esta tarea de gran complejidad y de largo plazo. La revisión y ajuste del marco de fortalecimiento han requerido del concurso y participación de amplios sectores y actores institucionales, la transformación de la prestación requiere de una imagen objetivo-compartida y del compromiso de voluntades e interés.

De igual forma se espera concluir el Plan de Implementación Institucional, que es clave para la continuidad del proceso de fortalecimiento. Como Presidente Ejecutivo de la CCSS y mediante el documento P.E. 14581-2017 del 29 de setiembre de 2017, entre otras acciones, se aprobó la ampliación del proyecto ajustando el cronograma a las nuevas circunstancias de este.

## **7.3 Fortalecimiento del I Nivel de atención**

Para el primer nivel de atención se ha trabajado en diferentes aristas como lo es, el Fortalecimiento del Modelo de Prestación de Servicios de Salud, así como:

- Identificación de Brechas en el primer nivel de atención
- Propuesta implementación quinquenal para cierre de brechas de EBAIS
- Se conforman 46 EBAIS del periodo 2012 al 2017 en la CCSS
- Apertura de 9 EBAIS de segundos turnos, para un total de 39 plazas
- Creación de 1063 plazas del periodo 2012 - 2017 de las cuales, 215 plazas corresponden a EBAIS, 90 a Médicos Especialistas (14 de Medicina Familiar)
- Definición de metodología estándar para la priorización de las áreas de salud, donde se priorizan una serie de unidades a construir por medio del Fideicomiso suscrito entre la CCSS – Banco Nacional de Costa Rica.
- Elaboración y estandarización de los prototipos de Áreas de Salud y se está trabajando con los Servicios a nivel de Hospitales.
- Ampliación de los horarios de atención de unidades (Fortuna y Guatuso, Golfito, Osa y Buenos Aires, El Guarco, Paraíso, Cartago, Catedral Noreste, Oreamuno y Goicoechea 2; Clorito Picado, Heredia Cubujuquí, Alajuela Norte, Santo Domingo, San Rafael, Belén Flores, Naranjo, Grecia, San Ramón, Atenas, Palmares, Poás, Valverde Vega, Alfaro Ruiz, San Isidro, Heredia Virilla, Alajuela Sur, Alajuela Oeste, Santa Bárbara, Alajuela Central, Puerto Viejo, Horquetas, Barva, San Pablo, Carpio-León XIII, Tibás (Coopesain).
- Plan de reforzamiento de la oferta de servicios de salud del I y II nivel de atención
- Las Consultas de Medicina General anuales dadas del periodo 2012 al 2017 son 7,600 millones, para un total de 45,5 millones de atenciones en 5 años
- Las Atenciones Domiciliares anuales dadas del periodo 2012 al 2017 son en promedio 76.226, para un total de 457.357 de visitas en 5 años
- Las visitas Domiciliares anuales dadas del periodo 2012 al 2017 son en promedio 1.729.260, para un total de 10.375.561 de visitas en 5 años

#### **7.4 CCSS Revoluciona Atención Primaria con Nuevos EBAIS con Horario Vespertino**

Con la dotación de 45 plazas técnicas y profesionales que se designarán para laborar en segundos turnos de atención, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), pretende elevar e impactar la cobertura que brinda a la población usuaria de su red de atención primaria, en algunas de las zonas más remotas del país.

La Junta Directiva de la CCSS aprobó, en su sesión ordinaria del 15 de febrero del 2018, la designación de este grupo de distintos perfiles, que será distribuido en 10 nuevos EBAIS, destinados a fortalecer la prestación de servicios en distintas unidades del primer nivel de atención, toda vez que, laborarán en un segundo turno de atención, como parte de una ambiciosa estrategia que busca adaptarse a las necesidades de atención de la población usuaria.

La dotación de este nuevo recurso humano representa un cambio en la vocación de servicio hacia la población usuaria, en el cual, la institución permitirá que los pacientes

trasciendan la adaptación del horario diurno tradicional en las sedes de EBAIS y, más bien, se ajusten a un horario vespertino más favorable y cada vez más adecuado a las necesidades de atención que demandan.

La aprobación de estos puestos responde un proceso interno debidamente planificado y confirma el esfuerzo institucional por cerrar brechas en algunos de los sectores con mayor población y demanda de atención, como el caso del cantón de Pérez Zeledón. Esta estrategia permitirá fortalecer la red nacional de atención primaria con nuevos perfiles de gran necesidad, entre los cuales figuran, Médico Asistente General, Auxiliar de Enfermería, Asistente Técnico de REDES y Asistente Técnico en Atención Primaria (ATAP).

De esta manera, la distribución de las 45 plazas se dará en los 10 nuevos EBAIS para laborar bajo la modalidad de segundo turno, y quedará conformada de la siguiente manera:

Ebáis Berta Eugenia y Corazón de Jesús / área de salud Heredia Cubujuquí: 3 plazas.

Ebáis Catedral 1 / área de salud Zapote Catedral: un equipo completo de 4 plazas.

Ebáis La Carpintera/ área de salud de Unión: un equipo completo de 4 plazas.

Ebáis San Felipe 2/ área de salud Alajuelita: un equipo completo de 4 plazas.

Ebáis Vuelta de Jorco/ área de salud Acosta: un equipo completo de 4 plazas.

Ebáis Caballo Blanco/ área de salud Cartago: un equipo completo de 4 plazas.

Ebáis Sardinal 3/ área de salud Carrillo: un equipo completo de 4 plazas.

Ebáis Libertad 81/ área de salud Barranca: un equipo completo de 4 plazas.

Ebáis Villafranca/ área de salud Guácimo: un equipo completo de 4 plazas.

Ebáis Villa Ligia 1/ área de salud Pérez Zeledón: un equipo completo de 4 plazas.

Ebáis Daniel Flores 1/ área de salud Pérez Zeledón: un equipo completo de 4 plazas.

La estrategia de habilitación de segundos turnos en el primer nivel de atención, ha sido probada con éxito, anteriormente durante el segundo semestre del 2017, como parte de un plan piloto en las sedes de EBAIS de las comunidades de El Guarco y Paraíso de Cartago, la cual, ha evidenciado una buena respuesta de usuarios y un incremento en las consultas para realización de exámenes Papanicolaou y Control de Niño Sano.

Además, que según la brecha y la demanda de atención que exista en algunas comunidades prioritarias y estratégicas, se valoraría la posibilidad, en un futuro, de

continuar extendiendo la modalidad de atención en segundos turnos, hacia otras regiones del país.

Como parte del proceso de fortalecimiento de atención primaria que mantiene la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) en todo el país, el área de salud Heredia Cubujuquí habilitó, en abril del 2018, dos nuevos EBAIS para la atención de su población usuaria en segundos turnos de atención. La conformación de estos dos nuevos equipos pretende impactar elevar e impactar la cobertura que brinda esta sede de área, a cerca de nueve mil usuarios de las localidades Berta Eugenia y Corazón de Jesús en la provincia de Heredia.

Esta apertura fue posible tras la reciente designación, por parte de la Junta Directiva de la CCSS, de que los nuevos funcionarios, prestarán sus servicios en la sede del área de salud, en horario de lunes a jueves de 4pm a 10pm, viernes de 3pm a 10pm y sábados de 8am a 3pm.

Este fortalecimiento en la prestación de los servicios del primer nivel en un segundo turno de atención, se pretende fortalecer la estrategia que busca adaptarse cada vez más a las necesidades de atención que demanda la población usuaria.

Esta modalidad de atención representa un cambio en la vocación de servicio, en el cual, la institución permitirá que los pacientes trasciendan la adaptación del horario diurno tradicional y se ajusten a un cambio vespertino más favorable y cada vez más adecuado a las necesidades de atención que requieren.

El incremento de equipos básicos constituye mayor acceso a los servicios de salud, así como posibilidades de atención integral más oportuna para prevenir enfermedades. Para abril del 2018, la institución contaba con 1041 EBAIS, 104 áreas de salud, 693 puestos de visita periódica y 520 sedes de EBAIS. Los EBAIS están integrados por un médico, un auxiliar de enfermería, un asistente técnico de atención primaria en salud (ATAPS) y, en algunos casos, técnicos en registros médicos y presta atención a cerca de 4.000 habitantes en promedio.

Este cambio constituye **Hito Histórico en la Calidad de los Servicios de Salud** que se ofrece a las poblaciones más alejadas. Con servicios como este, los pacientes reducirán significativamente la necesidad de desplazarse, no pocas veces, grandes distancias, para recibir atención médica. Con esta médica, la CCSS ajusta la oferta a la demanda y rompe su histórico comportamiento, de obligar a las personas a adaptar sus vidas y su realidad, a lo que la Caja ofrece.

## 7.5 Mejora en Atención Domiciliar

En el 2017 ofreció 94 633 atenciones y efectuó 208 323 procedimientos mediante esa modalidad de atención. Personas de la tercera edad y con dificultades para movilizarse



son los más favorecidos. La atención de los pacientes en sus propios domicilios cada vez es más frecuente en Costa Rica, pues la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), está ofreciendo ese servicio en prácticamente todo el territorio nacional.

De acuerdo con datos emanados de la Dirección de Estadísticas de la Salud, el año pasado, la CCSS ofreció 94 633 consulta, efectuó 208 323 procedimientos en los distintos domicilios y se realizaron 293 071 actividades, por parte de los diferentes grupos profesionales que integraron los equipos de salud que se trasladaron hasta la habitación de los pacientes para brindarles atención. En total, se beneficiaron con este servicio aproximadamente 25 mil personas de todo el país, a quienes se les brindó una atención personalizada de aproximadamente 73 minutos promedio por paciente, incluyendo tiempos de traslado. En esa oportunidad, se hicieron desde curaciones de heridas o úlceras, hasta cambio de diversas sondas o la realización de diálisis peritoneal.

Cada vez son más los grupos profesionales que recurren a esta práctica y reconoció el trabajo que efectúan, por ejemplo, las enfermeras de distintas áreas de salud para llegar hasta los propios domicilios de los pacientes a curarlos o a suministrarles el tratamiento indicado. El Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología, atiende a 750 pacientes en el domicilio, mediante cinco equipos que todos los días salen a brindar estar atención, que se acerca mucho a la atención hospitalaria. Por su parte, el Centro para el Control del Dolor y Cuidados Paliativos tiene un programa mediante el cual les da seguimiento a los pacientes que están en fase terminal y que no se pueden movilizar. Uno de los aspectos más importantes de esta modalidad de atención está relacionado con el involucramiento de la familia tanto en los cuidados del paciente como en reducir el desapego y en incrementar la parte afectiva. El San Juan de Dios y el Calderón Guardia tienen programadas acciones similares mediante las cuales los pacientes reciben diversas terapias que les permite recuperarse en forma rápida, sin someterse a los riesgos que implica permanecer internado por mucho tiempo.

La institución está trabajando en su estandarización como parte del Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud que se está desarrollando en la provincia de Limón.

#### **7.6 CCSS se Adapta a las Necesidades de los Pacientes en el Acceso a los Servicios Creando un Mecanismo que permite la Reorganización de las Zonas de Atracción del II y III Nivel**

Con el objetivo de mejorar el acceso a los servicios de salud de los vecinos del área de salud Peninsular la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) acordó, este jueves, reorganizar la prestación de servicios de salud, en adelante se contará con las áreas de salud: Jicaral-Islas, Paquera, y Cóbano.

El acuerdo, según el funcionario, se alcanzó luego de analizar aspectos tales como: demográficos, de la red de servicios de salud, producción, oferta de servicios y presupuestarios, con el fin tomar decisiones para garantizar la oportunidad en la atención a los usuarios, optimizar el uso de los recursos existentes y corresponder con el desarrollo de las poblaciones adscritas.

La conformación de estas nuevas áreas de salud implicó, además, un cambio en la distribución de las redes de servicios de salud de la CCSS, pues los habitantes de Jicaral-Las Islas recibirán atención en el hospital La Anexión, mientras que las áreas de salud de Paquera y Cóbano continuarán adscritos al hospital Monseñor Víctor Manuel Sanabria Martínez de Puntarenas.

La Caja está tratando de adaptar sus servicios a las necesidades de la población y no a la inversa, que históricamente ha obligado a sus asegurados a adaptarse a los horarios y adscripciones de la CCSS. Con esta decisión, la nueva Junta Directiva da un giro de 180 grados **30 años después de haber documentado la situación**.

El acuerdo de Junta Directiva instruye a la Gerencia Médica de la institución para que, en el corto plazo, se realicen las gestiones administrativas que permitan el inicio de operaciones de las nuevas áreas de salud. Se estima que las nuevas áreas podrán conformarse durante el primer semestre de 2019.

La nueva área de salud Jicaral-Islas incluirá los actuales sectores de Jicaral y de las islas del Golfo de Nicoya y contará inicialmente, con el apoyo de cuatro equipos básicos de atención integral en salud (EBÁIS) para una población de 13.720 personas.

El área de salud Paquera estará formada por dos EBAIS (Paquera y Río Grande), con una población adscrita de 6.689 habitantes. Y el área de salud Cóbano estará compuesta por dos EBÁIS (Cóbano y Santa Teresa), con una población de 11.675. Este sector es uno de los de mayor crecimiento poblacional en la provincia de Puntarenas y con mayor proyección de construcción de infraestructura turística.

La Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social aprobó en Sesión ordinaria número 8980 en su artículo 16 del 26 de julio del 2018 en firme y por unanimidad, la necesidad de que la Gerencia Médica documente y oficialice los sectores que por encontrarse en una zona limítrofe entre Regiones o Áreas de Salud y donde su población por razones de acceso le queda más fácil consultar en otros servicios del segundo nivel y emergencias correspondientes a zonas vecinas.

Esto se dio, luego de estudiar el caso del Área de Salud de Jicaral-Islas de Puntarenas de la Península de Nicoya y que por facilidad de acceso se ha decidido reasignar oficialmente la administración y dependencia de Jicaral a la Dirección Regional Chorotega y desvinculándola de la Región Pacífico Central de la Caja.

Al mismo tiempo, se instruye a la Gerencia Médica para que emita las directrices respectivas, con el fin de que la población de las Isla del Golfo de Nicoya (Chira, Venado y Caballo), debido a las condiciones geográficas con las que cuenta, tenga acceso como segundo nivel de atención tanto al Hospital Monseñor Sanabria que depende de la Región Pacífico Central, como al Hospital La Anexión de Nicoya que pertenece a la Región Chorotega.

Es la primera vez se flexibiliza y oficializa el acceso a los servicios de salud que un grupo de asegurados requiere, en función de sus circunstancias y necesidades. **Esto es posible gracias al alto grado de implementación del EDUS en centros de salud por todo el país.**

Además, se decidió instruir a la Gerencia Médica para que identifique los sectores limítrofes entre Áreas de Salud y Regiones inclusive, para que sus asegurados tengan libertad de acceso a los servicios más cercanos, gracias al aprovechamiento de la portabilidad del EDUS y para que oficialice esas zonas luego de un estudio y justificación técnicas donde se demuestre las tendencias de consulta de los asegurados

Finalmente, se instruye a la Gerencia Financiera para que haga los ajustes presupuestarios necesarios y de asignación de recursos, producto del informe técnico de la Gerencia Médica.

Esto permitirá que finalmente se cumpla la máxima de que el dinero debe seguir al paciente, de acuerdo de sus necesidades.

La Gerencia Médica iniciará estudios en otras comunidades como Abangares que les queda más fácil consultar en el Hospital Monseñor Sanabria, Dos Ríos de Upala que le queda más fácil acudir al Hospital de Liberia o Sarapiquí que tienen mejor acceso al Hospital de Guápiles.

**Esto podría llegar a convertirse en el inicio de lo que en el Reino Unido se conoce como el programa CHOICE de elección de centro de salud para los asegurados.**

### **7.7 Reforma del Reglamento de Sistema Mixto de Atención en Salud que crea la Medicina Municipal y la posibilidad de aumentar los “Médicos de Barrio”**

De forma introductoria la Medicina Mixta, es un sistema alternativo que posibilita al asegurado el acceso a la red de servicios, por medio de consulta médica privada ante un médico debidamente inscrito ante la CCSS y a través de una oferta de servicios específicos que la Caja pone a disposición. Pretende facilitar el acceso a la prestación de los servicios de salud institucional. En otras palabras, permitiendo al asegurado contratar directamente por su cuenta y riesgo los servicios de atención en salud, y los médicos de su preferencia en el ejercicio privado de estos, y el derecho de recibir como

beneficio por parte de la CCSS los servicios y la oferta definidos en su reglamento. Existiendo actualmente 2643 médicos inscritos, y 2848 consultorios inscritos.

Una ampliación de la oferta del programa de Medicina Mixta aprobó, la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), con la finalidad de que la población tenga mayores opciones diagnósticas y terapéuticas. Tal ampliación se adopta, tras una modificación al reglamento de Medicina Mixta que tiene vigente la institución.

De acuerdo con la nueva disposición de la Junta Directiva, se incorporan al modelo de Medicina Mixta más opciones de exámenes de Laboratorio, referencia para efectuarse pruebas de colon y también se permite la inclusión al modelo de profesionales en odontología. Cabe recordar que antes de la aprobación de esta modificación solo los médicos podían inscribirse en este programa.

El Dr. Mario Mora Ulloa, jefe del área de Regulación de Diagnóstico y Tratamiento de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud de la CCSS, destacó, adicionalmente que esta nueva disposición de la Junta Directiva también establece la posibilidad de efectuar convenios con las municipalidades para que estas dependencias cantonales desarrollen actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. A la fecha, de acuerdo con información emanada de la Gerencia Médica, existe interés de algunas municipalidades de establecer Consultorios de Medicina General, en alianza con la CCSS, en los cuales la municipalidad contrata el médico y este se incorpora en el sistema de salud mixto de la CCSS, favoreciendo así a determinadas poblaciones de las comunidades a su cargo. **Con esta Histórica Reforma se crea la Medicina Municipal** y la posibilidad de ampliar los llamados “**Médicos de Barrio**” y a los Servicios Médicos en Residencias de Mayores o en Centros de Cuidados Paliativos.

Este modelo se inscribe dentro de lo que se conoce como Municipio Saludable, es decir aquel que aborda de manera integral aquellos factores que influyen en el estado de salud de la comunidad; enfoca sus acciones considerando los Determinantes Sociales de la Salud. En este contexto desarrolla Políticas Públicas con amplia participación de todos los sectores para reducir las brechas de inequidad existentes en la población.

El sistema de Medicina Mixta existe en la CCSS desde 1982 como una propuesta para ampliar la cobertura y agilizar la atención de la población. Consiste en que el paciente paga una consulta privada y el profesional está facultado para mandarle diversos exámenes de laboratorio, rayos X medicamentos y ahora hasta referencia mediante los servicios que ofrece la CCSS en distintos puntos de la geografía nacional.

Se consideraron distintos criterios para la formulación de las distintas propuestas normativas, incluyendo las del:

- o Comité Central de Farmacoterapia

- o Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral contra el Cáncer
- o Coordinación Nacional de Laboratorio Clínico
- o Coordinación Nacional de Farmacia
- o Comisión de Mejora Regulatoria
- o Coordinación Nacional de Odontología
- o Colegio de Cirujanos Dentistas
- o Solicitudes de Presidencia Ejecutiva

Las principales modificaciones planteadas fueron:

- Se eliminan los componentes procedimentales, para que en reglamento solo se autorice aquello considerado estratégico. Esto provoca un cambio en numeración y redacción de varios de los artículos existentes.
- Se incorpora un transitorio de 6 meses para construcción y aval del manual de procedimientos para el Sistema Mixto de Atención en Salud.
- Se incorporan 6 nuevos exámenes de laboratorio a la oferta de servicios
- Se incorpora la realización de la colonoscopia a la oferta de servicios.
- Se autoriza a los odontólogos como profesionales autorizados para inscribirse en el Sistema, incorporando una oferta de servicios específica para este grupo, supeditado a medicamentos y exámenes de laboratorio.
- Se incorpora un capítulo relacionado a medicina municipal donde se viabiliza la posibilidad de realizar convenios de mutuo interés entre las municipales y la CCSS, dentro del marco de Medicina Mixta.
  - Promoviendo la existencia de un programa municipal operativo de promoción de la salud; y la existencia previa de un programa municipal operativo de prevención de la enfermedad. Estos programas deberán ser especificados a nivel de cada convenio entre las CCSS y los municipios, figura legal que regirá el control respectivo.
  - Dándole prioridad a aquellos horarios no ofrecidos por la CCSS en la localidad respectiva (entiéndase si fuera el caso horario vespertino, nocturno, días feriados, sábados y domingos, entre otros).
  - Posibilitando la oferta de servicios médicos especiales, bajo los mismos estándares del Sistema Mixto de Atención en Salud establecidos en el presente reglamento, tal como servicios médicos para residencias de mayores, atención de visita domiciliar para la prevención y atención de pacientes con patologías crónicas, servicios médicos para cuidados paliativos y control del dolor, servicios médicos para la cesación de adicciones y/o los servicios médicos de barrio que consideren necesarios.



- Facilitando la colaboración para la obtención de la acreditación de Municipio Saludable del Programa de Municipios y Comunidades Saludables, ante la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS).

En virtud de lo anterior la Junta Directiva acuerda en a la sesión 8970 del 18 de junio del 2018 aprobar por unanimidad y en firme, esta Histórica Reforma.

### **7.8 Elaboración de una Propuesta de Consenso y Actualización del Reglamento Nacional de Hospitales Generales**

El Reglamento Nacional de Hospitales Generales es una regulación originalmente promulgada en el año 1971, con conceptos, y normas sumamente anticuadas.

Por instrucción mía en el 2017, se propuso la actualización de dicho Reglamento con el fin de adaptarlo a las realidades contemporáneas institucionales y nacionales.

Se creó una comisión interinstitucional integrada por funcionarios de la Gerencia Médica de la Caja Costarricense del Seguro Social, el Ministerio de Salud, y la Asociación Costarricense de Directores Médicos del Sector Salud (ACODIMED), como los actores técnicos necesarios para brindarle robustez a la propuesta.

Se propuso una herramienta para la clasificación de los centros médicos de conformidad a su nivel de complejidad, directamente proporcional a las especialidades médicas que manejara el centro particular.

Se eliminaron una amplísima cantidad de normas y artículos obsoletas, con el fin de actualizar la normativa. Se flexibilizó la normativa para regular tanto centros médicos hospitalarios como no hospitalarios, causando una reforma integral, que culminó con una nueva propuesta normativa nacional.

Dada la interrelación de la temática tratada con otras normas con rango de ley, tal como la Ley del Estatuto de Servicios Médicos, número 3671, se debieron realizar numerosas modificaciones posteriores para incrementar las posibilidades de ratificación y publicación.

Actualmente se encuentra en revisión por parte de la Dirección Jurídica de la Caja Costarricense del Seguro Social, con el propósito de darle el visto bueno institucional vinculante a nivel jurídico, antes de remitirse a las autoridades pertinentes para su evaluación.

### **7.9 CCSS Reafirma Lucha Contra la Libre de Discriminación de la Población LGBTI**

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) reafirmó su lucha contra la libre discriminación en los servicios de los hospitales y las áreas de salud contra las

personas lesbianas, gais, bisexuales, trans, intersex y hombres que tienen sexo con hombres, al socializar la norma nacional para la atención en salud libre de estigma y discriminación a esta población en octubre del 2017. Los diferentes servicios como a cualquier otra persona, sin discriminarla por su condición sexual, respetarle su confidencialidad y privacidad. Todas las personas de la población LGBTI son sujetos de derechos humanos, por lo que se le debe garantizar el cumplimiento y respeto de todos sus derechos sin ninguna discriminación, incluyendo el derecho a la salud.

Es necesario respetar su orientación sexual e identidad de género, sin coerción, discriminación ni violencia; además garantizar su derecho a la información y a los medios necesarios para su salud sexual y salud reproductiva.

Entre las disposiciones está la garantía, como a cualquier otra persona, del espacio para que su pareja los pueda acompañar, visitar y estar habitada para la toma de decisiones en salud, en caso de que el paciente haya perdido sus capacidades para tomar las decisiones por sí misma. Las otras disposiciones son:

Los servicios de salud deben garantizar una atención integral en condiciones de privacidad, confidencialidad y trato humanizado. Deberán desarrollar estrategias para la reducción de las barreras de acceso a esta población. Se debe respetar la identidad de género de cada persona trans y garantizando la no discriminación y el trato humanizado, así como desarrollar procedimientos que permitan el reconocimiento en los procesos de atención y documentación utilizados.

Los servicios deben incluir en su oferta la distribución de condones y lubricantes, así como otros métodos anticonceptivos, como parte de la atención integral. A las personas a la que se les diagnostique una infección de transmisión sexual o VIH debe ser referida a los servicios de salud pertinentes para su tratamiento y seguimiento. En caso de tratarse de una persona en pobreza, pobreza extrema o indigencia médica, que no cuenta con seguro, el Estado debe garantizar su atención y tratamiento oportuno.

Los servicios deben garantizar la confidencialidad de la información sobre sus hallazgos de salud y tratamientos y se establece la aplicación de sanciones a quienes lo incumplan. Los servicios deben atender y dar seguimiento a las denuncias sobre violaciones a los derechos humanos de las personas LGBTI usuarias de los servicios que hayan sido interpuestas de forma personal o a través de alguna organización de la sociedad civil.

La Junta Directiva de la CCSS ha liderado, en los últimos años, diversas acciones a favor de la población LGTBI, desde los cambios que se realizaron al reglamento del Beneficio Familiar, al reglamento de pensiones, así como el trabajo que realiza actualmente con el Protocolo de las personas transexuales.

### 7.10 CCSS Refuerza Entrega de Medicamentos en Comunidades Indígenas de Talamanca

Con el objetivo de agilizar la entrega de medicamentos en las comunidades indígenas ubicadas en el cantón limonense de Talamanca, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) estableció tres «farmacia satélite» en las sedes de EBAIS de Amubri, Sepecue y Katsi. La estrategia busca dar un mejor servicio a estas comunidades Bribri y Cábecar y fue posible gracias a la incorporación de tres nuevos profesionales en farmacia. Los habitantes de estas comunidades debían viajar desde sus poblados hasta la sede de EBAIS correspondiente a recibir atención, y de ahí desplazarse hasta Suretka (ubicado a 12 kilómetros de distancia en condiciones de difícil acceso de algunas de las comunidades, como el caso de Namuwoki) a retirar sus medicamentos o bien, esperar hasta el día siguiente para que los fármacos llegaran vía mensajero. Esto implicaba, para la mayoría de los habitantes, un segundo viaje desde su comunidad de residencia hasta la sede de EBAIS.

Ahora, los medicamentos se entregarán en forma inmediata en la propia sede de EBAIS. La llegada de los profesionales en farmacia viene a agilizar el despacho de medicamentos en estas comunidades, cuyos habitantes ya no tendrán que esperar por sus medicamentos hasta el otro día. Además, nos permitirá brindar una atención personalizada, un mejor seguimiento a la adherencia a los tratamientos prescritos y la posibilidad de brindarles educación en el uso correcto de los medicamentos.

Las «farmacias satélites» de Amubri y Sepecue ya están en funcionamiento; mientras que el 03 de octubre del 2017, se ingresó el primer lote de medicamentos y los equipos de cómputo de la farmacia del EBAIS de Katsi, que empezará a brindar atención. El trabajo no fue sencillo, pues el ingreso tuvo que realizarse bajo lluvia, atravesando en bote el cauce del Río Telire.

Pero este esfuerzo y el de diversos colaboradores de la institución nos permitió habilitar estas farmacias, que nos facilitarán brindar a estas poblaciones servicios de primera calidad. Estas farmacias utilizan desde ya el sistema de receta electrónica y poseen interacción a través de conexión inalámbrica con el Expediente Digital Único en Salud. El Área de Salud Talamanca posee 14 EBAIS todos con acceso a estas herramientas informáticas.

### 7.11 CCSS Aprueba Tratamiento Médico y Psicológico a Personas Transexuales

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) ofrecerá tratamiento hormonal y psicológico a las personas transexuales, con la finalidad de evitarles complicaciones tanto físicas como emocionales. Con ese propósito, el máximo órgano institucional aprobó un acuerdo mediante el cual instruye a la Gerencia Médica para que conforme un grupo interdisciplinario de profesionales de la salud de manera que, en un plazo de

tres meses, elabore un protocolo de atención terapéutica para esta población. El objetivo institucional es valorar un abordaje de una atención integral que tome en cuenta sus problemas físicos como emocionales. Una vez elaborado el citado protocolo, se capacitará a los funcionarios de la institución para que esta población sea atendida con oportunidad y buen trato.

Este acompañamiento se le ofrecerá aquellas personas transexuales que están debidamente aseguradas en cualquiera de las modalidades de aseguramiento que ofrece la CCSS. A su juicio, serán alrededor de 100 personas las que podrían recibir este beneficio.

Las personas transexuales son aquellas en las cuales no existe concordancia entre el sexo biológico y la identidad de género que tienen lo que los lleva a buscar terapias hormonales y hasta quirúrgicas para cambiarse de sexo, en muchas ocasiones los obliga abusar de los medicamentos y a poner en riesgo su vida.

Son personas que sufren discriminación, agresión, acorralamiento y hostilidades que les impide conseguir una opción educativa, laboral y en muchas ocasiones reciben el rechazo social. Los valores de la CCSS es que es universal y como tal está en la obligación de proteger a los diferentes grupos que convergen en la sociedad costarricense.

## 7.12 Atención Oportuna de las Personas: acciones para la reducción de los tiempos de espera

Se elabora el Plan de Gestión oportuna y las cadenas de atención para Cirugía, Consta Externa Especializada y Procedimientos, no obstante, anualmente la Gerencia Médica y la UTLE realizan planes y estrategias con los establecimientos para la atención de la población según eje de acción, a continuación, se detallan los logros por componente.

Figura 17: Modelo de Gestión Institucional para la atención de las Listas de Espera

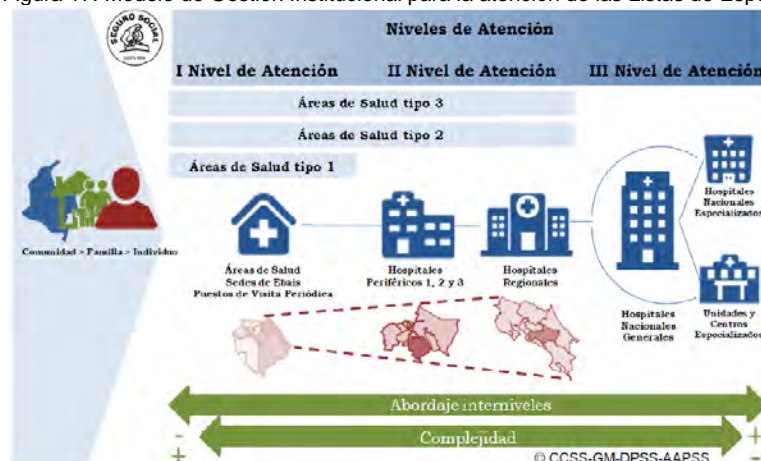
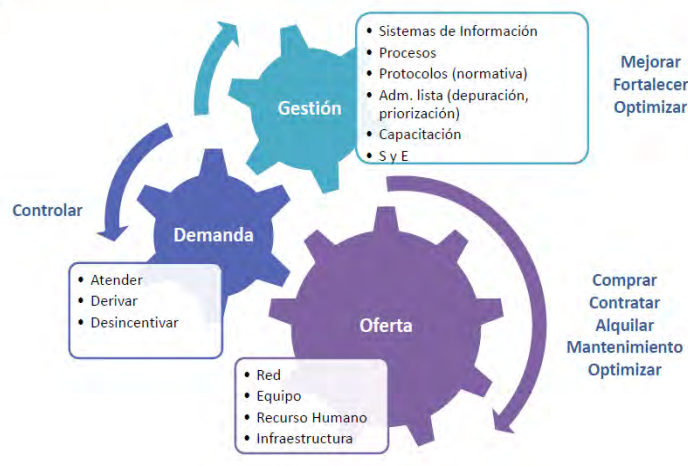


Figura 18: Estrategias para resolver listas de espera  
Estrategias implementadas para priorizar y resolver las listas de espera



Fuente: Gerencia Médica

### 7.12.1 Gestión de lista de espera en Cirugías

- Definición de la Cadena de resultados para los procedimientos quirúrgicos, que forma parte del Plan de atención oportuna y se plantea en este punto, la meta de reducción del 10% anual en los plazos de espera en cirugía ambulatoria.
- Logros en la reducción de la lista de pacientes quirúrgicos: Al abrir el año 2017 la suma de pacientes en espera era de 125,310, en todo el año 2017 se atendieron de manera efectiva de la lista de espera 97.500 pacientes. De este resultado podríamos indicar que esta lista correspondiente al 2017 se movilizó un 78%.
- Reducción de 10 años de listas de espera quirúrgica
- La institución con los registros con que se contaban en el año 2012, logro documentar, pacientes en listas de espera con año de ingreso a esta 2001 a la lista en los hospitales generales; es decir que dentro del periodo 2012-2017, la gestión de las listas de espera logró disminuir en el territorio nacional 10 años de esta.
- Al revisar el cierre del año 2017, hemos podido documentar que los establecimientos han programados pacientes antiguos de la lista en un 44%, del total de la lista. Siendo el cambio de gestión en los diferentes establecimientos del territorio nacional, impacto que se ve en los establecimientos desde un 77% de atención en pacientes con mayor antigüedad, buscando siempre la reducción del plazo de espera. Tal y como se observa en el cuadro adjunto.



- Se optimizó la capacidad instalada en pacientes urgentes y electivos, accesibilidad y oportunidad de servicios, jornadas de producción quirúrgicas en las especialidades de cirugía general, ortopedia y patología oftalmológica
- Durante el año 2017 se logró disminuir a 65 días promedios para la espera en el territorio nacional para un cateterismo
- A nivel de normativa, se ha trabajado en la mejora de los procesos:
  - Alta Programada atención en red
  - Lineamientos para la gestión de camas hospitalarias,
  - Actualización de Guía para la formulación de la evaluación anual de disponibilidades médicas y recordatorio de evaluación 2017
  - Lineamientos generales para el acompañamiento a las personas en los Servicios de Hospitalización, Emergencias, Consulta Externa y Procedimientos Especializados en los establecimientos de Salud.

Tabla 30: Distribución porcentual del esfuerzo de los establecimientos para la atención de las listas de espera con mayor antigüedad, en el territorio nacional<sup>11</sup>

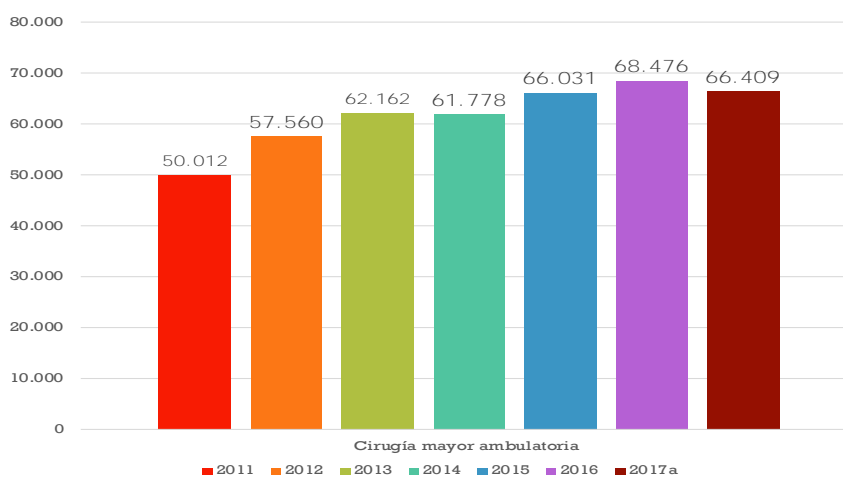
Establecimientos	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	% de antigüedad
Enrique Baltodano Briceño							80	603	1290	597	77%
San Vicente de Paul	1	2			4	14	230	1392	3758	2298	70%
Escalante Pradilla				36	94	229	443	1103	1286	1615	66%
La Anexion							1	170	1116	682	65%
Guapiles							2	158	1253	784	64%
San Rafael de Alajuela					75	214	391	705	976	1608	59%
San Francisco de Asís								110	665	556	58%
Balanco Cervantes							3	56	458	443	54%
William Allen								371	599	880	52%
Monseñor Sanabria						8	22	346	1128	1458	51%
CENARE							24	74	492	604	49%
San Carlos								219	2394	2681	49%
Carlos Luis Valverde Vega							12	143	768	983	48%
Calderon Guardia					11	25	106	279	789	1295	48%
Max Peralta					3	76	63	644	659	2040	41%
San Juan de Dios					36	155	450	812	2796	6180	41%
Carit				1	2	2	2	6	687	1326	35%
Ciudad Neilly								1	574	1126	34%
Los Chiles									209	426	33%
México	4	18	6	8	26	127	159	658	1577	5924	30%
Golfito								9	143	365	29%
Upala									87	387	18%
San Vito								1	85	386	18%
HNN			23	34	74	201	252	344	955	9150	17%
Max Teran									114	771	13%
Oftalmológica								1	426	3338	11%
Tomas Casas									10	348	3%
<b>Total general de pacientes resueltos</b>	<b>5</b>	<b>20</b>	<b>29</b>	<b>79</b>	<b>325</b>	<b>1065</b>	<b>2242</b>	<b>8218</b>	<b>25310</b>	<b>48252</b>	<b>85547</b>

**Fuente:** Módulo quirúrgico Arca y bases de datos del Hospital México y Nacional de Niños, Enero 2018.

<sup>11</sup> Se excluye el Hospital Tony Facio, dado que existe un subregistro de la información que no es ajustado a la realidad. Existen hospitales que no tienen pacientes antiguos al año del análisis como son: San Vito, Neilly, Tomas Casas y Golfito; motivo por el cual su resultado porcentual es inferior.

- Se está desarrollando en 7 Hospitales de la institución, y en proceso de apertura en 2 más.
- Lineamiento técnico participación del profesional de geriatría en la modalidad de Atención Y Hospitalización Domiciliar
- Implementación del Módulo de admisión y egresos en 33 unidades a partir del periodo 2013
- Implementación del Módulo Quirúrgico en 28 centros a partir del periodo 2012
- Dicho cuadro demuestra la labor de una cantidad de establecimiento que han reforzado su gestión en la atención de los pacientes con mayor antigüedad provenientes de las listas de espera de consulta externa (misma que se divide en cirugía mayor electiva y cirugía mayor ambulatoria)
- Incremento de la realización de cirugía mayor ambulatoria y otras actividades relacionadas: Un incremento sostenido desde el año 2012 él se mantiene hasta el año 2016, con un leve descenso en el año 2017; ha sido una de las estrategias que ha tomado la institución para la atención de los pacientes en listas de espera.

Gráfico 4.: Comportamiento de la Cirugía Mayor Ambulatoria en el territorio nacional 2011- 2017

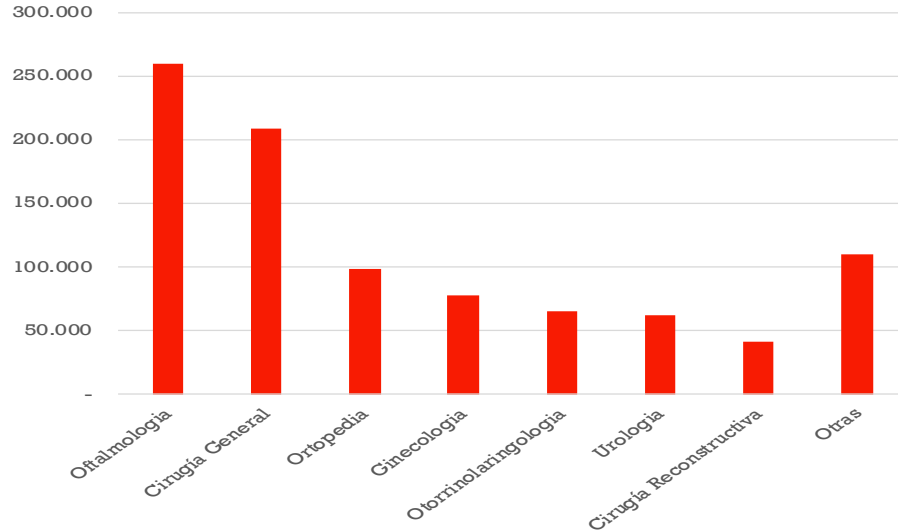


**Fuente:** Área de Información Estadística

- La reducción de este rubro en el año 2017 es debido al ingreso de una modalidad de cirugía en la gestión ordinaria y los proyectos que incrementan la productividad de los quirófanos en jornadas fuera de la labor ordinaria. Esta nueva modalidad implementada se basa en la estancia de pacientes en su postoperatorio de al menos dos días de hospitalización, momento en el cual este paciente se egresa; la misma es denominada “cirugía mayor de corta estancia”.
- A esto es importante señalar que un estudio realizado en el tipo de cirugía mayor ambulatoria demostró que en los últimos días años las especialidades

que presentan un mayor número de cirugías realizadas en esta modalidad, coincidentemente; son aquellas que en donde la lista de espera es más elevada. Tal y como se observa en el gráfico adjunto.

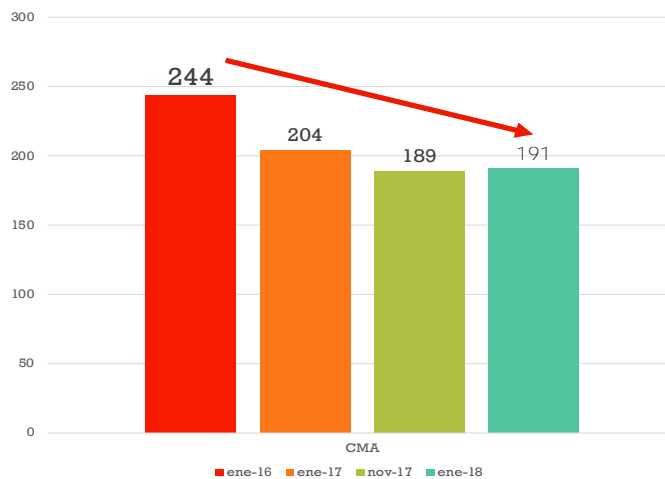
Gráfico 5: Comportamiento en 10 años de la Cirugía Mayor Ambulatoria por Especialidad.



**Fuente:** Área de Información Estadística

- El mantenimiento de esta actividad en cirugía mayor ambulatoria dio como resultado en una reducción del plazo de espera, tal y como se demuestra en el gráfico adjunto. Con la observación de que, la inclusión de la modalidad de corta estancia realizó un remonte de 2 días, dado la prioridad de pacientes con una antigüedad importante en la lista.

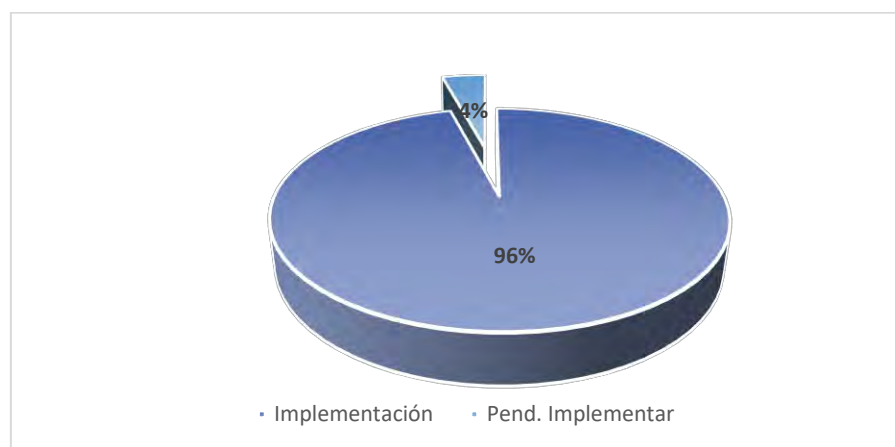
Gráfico 6: Comportamiento en del plazo de espera en Cirugía Mayor Ambulatorio, 2016 a 2018



**Fuente:** Unidad Técnica de Listas de Espera.

- Implementación de un sistema automatizado para captura y toma de decisiones de las listas de espera. Desde el año 2012 se desarrolla un sistema automatizado para la captura de listas de espera, el cual inicio su implementación en el 2017, con un impacto del 96% de implementación en hospitales que brindan servicios quirúrgicos especializados.

Gráfico 7: Distribución porcentual de establecimientos con módulo quirúrgico ARCA implementado. Enero 2018



Fuente: Área de Información Estadística.

- El cuatro por ciento señalado como pendiente por implementar se ubica en el Hospital Nacional de Niños y el Hospital México, siendo este último el implementar a finales del mes de marzo 2018.
- Incremento en la Utilización de quirófanos de los hospitales del territorio nacional:
  - Como se observó en un estudio con fecha noviembre 2017, los establecimientos del territorio nacional han logrado mejorar su gestión en sala de operación, utilizando los recursos existentes de manera más adecuada.
  - Lo anterior, dado el incremento que este indicador ha tenido en el tiempo el cual al inicio de evaluación (2015) era del 53% en el territorio nacional y en la actualidad es del 70%; distribuido por tipo de hospital, en el gráfico adjunto.
- Implementación de proyectos de índole nacional para la atención de las listas de espera 2017: El incremento de la capacidad instalada, no se deja de lado con los proyectos que elaboraron diferentes establecimientos del territorio nacional, dirigido a la reducción de las listas de espera de manera ambulatorio y por corta estancia.

Figura 19:. Distribución porcentual de horas de utilización mayores a 5horas por tipo de establecimiento, Noviembre 2017.



**Fuente:** Unidad Técnica de Listas de Espera.

### 7.12.2 Gestión de lista de espera en Procedimientos

Tabla 31: Logros concretos en procedimientos médicos

TIPO DE PROCEDIMIENTO	LOGROS
Resonancias	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apertura del II y III Turno, eliminación de la Lista de Espera. Se gestiona ante la JPS la donación de un Resonador Cardíaco que está en trámite. 2.000 millones de colones.</li> <li>El tiempo de espera se redujo a 2 días para la lectura de estudios a pacientes Hospitalizados y 5 días a pacientes ambulatorios</li> <li>Se creó la unidad programática y con ello, se separa el centro del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia: Centro Nacional de Imágenes Médicas</li> </ul>
Citologías	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revisión exhaustiva de los procesos de interpretación de muestras, logrando disminuir los plazos de interpretación de 90 días a 3 días. Refuerzo con 04 plazas</li> </ul>
Mamografías	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estudio para la distribución de mimógrafos y poblaciones adscritas con criterios de oportunidad y equidad para el diagnóstico de cáncer de mama.</li> <li>Adquisición de 14 equipos y en el segundo semestre 2018 se esperan sustituir 15 adicionales. Sustitución de 09 equipos obsoletos / Digitalización de 10 mamógrafos análogos / Nuevas unidades de 09 Mamografía fija / Construcción y equipamiento de 03 servicios de mamografía.</li> <li>Al finalizar el año 2017, se logró interpretar poco menos 41.000 mamografías, lo que nos permitió lograr disminuir el tiempo promedio de espera por la interpretación de mamografías a 52 días, siendo que se espera al finalizar el año 2018, a un plazo menor a 30 días el tiempo es que se interprete una mamografía.</li> <li>Se incrementaron en 63.856 el número de mamografías. Número de mamografías realizadas, con énfasis en mujeres de 45 a 69 años y se redujo en promedio a 50 días el reporte de las mamografías.</li> </ul>
Estudios Radiológicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>A la fecha se han logrado establecer los estándares de producción como parámetro institucional en las especialidades de radiología, específicamente en el área de resonancia magnética, mamografías y ultrasonidos, siendo que específicamente en el área de mamografías se logró establecer un parámetro que pasa de 4 lecturas por hora a 8 lecturas por hora, al tiempo que en resonancia magnética, se pasó de 2 estudios hasta 4 estudios por hora, de acuerdo a lo definido en la tabla a continuación. Ver el siguiente cuadro.</li> </ul>



- Gastroenterología y endoscopias
- Se encuentra en proceso el estudio que permitiría establecer los estándares a este nivel.
  - Hubo un aumento del 6,1% en la cobertura institucional del tamizaje de cáncer de colon en personas de 45 a 74 años y 7,7% casos diagnosticado en forma temprana (Serie gastroduodenal y Gastroskopias).
  - Se logró la cobertura anual del 5% del proceso de rehabilitación en personas con secuelas por cáncer

Fuente: Unidad Técnica de Listas de Espera

Tabla 32: Modificación en el estándares de producción según procedimiento 2017

TIPO DE ESTUDIO	ESTÁNDAR ANTERIOR	NUEVO ESTÁNDAR
Resonancia s Magnéticas	2 x Hora	3-4 x Hora según tipo
Mamografías	4 lecturas x hora	8 lecturas x hora
Ultrasonidos	3 x hora	4 x hora según tipo

Fuente: Gerencia Médica

### 7.12.3 Gestión de lista de espera en Consulta Externa Especializada

- Definición de la Cadena de resultados para Consulta Externa Especializada, que forma parte del Plan de atención oportuna y se plantea en este punto, la meta de reducción de plazos de espera en Consulta Externa.
- El 35% de los establecimientos, han presentado disminuciones significativas durante el 2017 en sus plazos de espera de Consulta Externa, al comparar con los plazos en el 2013; pese al incremento en el número de citas otorgadas.
- Elaboración de la Guía de Gestión de Consulta Externa y actualmente, se elaboró una propuesta de actualización.
- Elaboración y aplicación Guía de referencia y contra referencia de pacientes, igualmente se está trabajando con los protocolos de referencia de consulta externa especializada definir los protocolos de referencia a consulta externa especializada y capacitar al personal respecto del tema
- Se está realizando solicitud y recolección de los protocolos de referencia utilizados para analizar con expertos la estandarización que incluya los procesos de hospitales.
- Prescripción de medicamentos a este nivel se pretende autorizar niveles de usuarios para la prescripción de medicamentos por niveles de atención.
- Se estará implementando herramienta de trabajo que permita la notificación oportuna y procesos de autorización.
- Equipamiento y tecnología:
- Según los análisis de lista de espera, oferta y demanda de cada centro se impulsará la aplicación de proyectos que permitan solventar por complejidad los abordajes de la lista de la consulta externa especializada con la finalidad de disminuir los plazos promedio de espera y el plazo máximo de atención.
- Acompañamiento en la implementación del SIAC a nivel institucional con la final de garantizar la migración al EDUS SIAC Consulta Externa.

- Se implementará una herramienta que permita determinar la capacidad instalada institucional de la consulta externa para determinar la oportunidad de mejora.

#### 7.12.4 De las jornadas de Producción Quirúrgica

En relación con los proyectos de Jornadas de Producción de Consulta Externa según acuerdo de junta directiva, artículo 12 de la sesión n°8932 del 19 de octubre de los 2017 donde aprobó los diferentes proyectos planteados para la atención de listas de espera consulta externa y procedimientos en el siguiente cuadro puede observarse el estado de cada uno de ellos, así como las unidades que han iniciado su ejecución:

Tabla 33: Proyectos en Jornadas de producción de Consulta Externa especializada.

ESTADO ACTUAL	INSTITUCION RESPONSABLE	PROVINCIA	ESPECIALIDAD	PROGRAMA/ PROYECTO	NUMERO DE CASOS A VALORAR POR JORNADA	NUMERO DE CASOS NUEVOS
Ejecución	Hospital San Vicente De Paul	Heredia	Ortopedia	JPCE	35	7860
			Fisiatría	JPCE	30	956
			Oftalmología	JPCE	25	12313
			Urología	JPCE	35	4530
Ejecución	Hospital Max Peralta	Cartago	Ortopedia	JPCE	35	6007
			Vascular Periférico	JPCE	35	1069
Formulación	H. Baltodano Briceño	Liberia	Ortopedia	JPCE	25	2737
Pendiente Enero	Hospital San Juan De Dios	San José	Ortopedia	JPCE	18	2578
			Urología	JPCE	15	373
Pendiente Visto Bueno	Hospital De San Carlos	Alajuela	Dermatología	JPCE	70	
Formulación	Hospital Monseñor Sanabria	Puntarenas	Médico De Familia	TEO	4 (por hora)	19000
			Oftalmología	TEO	4 (por hora)	6736
Ejecución	Hospital San Rafael	Alajuela	Urología		4 (por hora)	1796

Fuente: Gerencia Médica

#### 7.12.5 Plan de atención oportuna mediante la asignación del recurso especialista en Servicio de Retribución Social

Se propuso de acuerdo con la disponibilidad del recurso humano especializado en Servicio de Retribución Social la atención de la sobredemanda de los centros con plazos de espera menos razonables, en periodos de hasta 6 meses efectivos. Estrategia que dará inicio en marzo 2018, con 7 especialistas de consulta externa:

- 3 oftalmólogos
- 2 otorrinolaringólogos
- 2 dermatólogos

De los cuales se proyecta la valoración de 30 000 usuarios nuevos, lo equivalente a un 20% de la lista de espera de especialidades médicas de consulta externa.

### 7.13 Formación de especialistas y solicitud de declaratoria de inopia

La Caja Costarricense de Seguro Social dentro del sistema de salud público se configura como el ente prestador de los servicios de salud a la población, teniendo el deber de garantizar el acceso oportuno y continuo a dichos servicios, en procura de los derechos fundamentales, con ese fin, nace la necesidad de contar con el recurso humano especializado que permita dar la cobertura en los tres niveles de atención con el fin de resguardar la equidad en el acceso de los servicios.

Es importante resaltar que el derecho a la atención de la salud es uno de los pilares del desarrollo social de Costa Rica, por lo que siempre que se encuentre de por medio garantizar su protección, la Caja estará obligada a acudir a los medios jurídicamente procedentes para evitar o disminuir al máximo cualquier riesgo. En este marco del derecho a la salud, la Caja Costarricense de Seguro Social es la institución pública a la que le corresponde garantizar la prestación de servicios médico-asistenciales para toda la población, bajo un modelo solidario, subsidiario y universal.

Del numeral 73 de la Constitución Política surge la competencia de la CCSS en cuanto a la prestación de servicios médicos dados a nivel público para la población, bajo los principios de servicio público (eficiencia, eficacia, continuidad, regularidad y adaptación en los servicios públicos de salud que brinda la CCSS).

Con base en lo anterior, la Institución durante los años 2014 y 2015 elaboró los estudios técnicos correspondientes a la necesidad de dotación de médicos especialistas en los centros asistenciales, en los cuales se ha identificado especialidades médicas donde existen brechas que no logran ser subsanadas mediante la optimización de la formación actual a nivel nacional, y en las cuales no existe en el corto plazo oferta para contratación, lo cual tiene un impacto negativo en la prestación de los servicios.

Dichos análisis, consideran las necesidades institucionales tienen un comportamiento dinámico, al adaptarse continuamente a los requerimientos de la población en la atención en salud, bajo el marco del perfil epidemiológico y crecimiento poblacional, variantes que generan al sistema de salud público y al prestador de servicios de salud una constante evolución para garantizar el acceso oportuno a la población.

Se tomaron además en consideración que el aumento en los años de formación de algunas especialidades por parte del Sistema de Estudios de Posgrado de la Universidad de Costa Rica, que hacen que la Institución, en varios casos y ciclos formativos no vaya a contar con algunos especialistas en los tiempos previstos, ya que aún no habrían finalizado su formación. Los estudios mencionados han identificado necesidades de dotación de médicos especialistas en varias especialidades médicas, siendo las más críticas actualmente: Anestesiología y Recuperación, Ginecología y Obstetricia, Psiquiatría, Medicina Interna, Cirugía

General, Radiología e Imágenes Médicas y Ortopedia y Traumatología, Medicina de Emergencias y Neonatología, significando lo anterior, que la Institución se encuentra con un faltante actual de profesionales especializados.

Es por ello que aun y cuando la Institución concrete otros esfuerzos para la dotación del recurso, esto mediante formación en el exterior, utilización máxima de la capacidad instalada para la formación a nivel nacional, entre otros, existe una necesidad latente de contar con dicho recurso humano a la mayor brevedad en aras de no impactar negativamente los servicios de salud con que debe contar la población.

Dado lo anterior, la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, vistos los estudios técnicos pertinentes y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 4 y 16 de la Ley General de la Administración Pública, los cuales establecen la obligación de la Administración de garantizar el servicio público, asegurar su continuidad, su eficiencia y su adaptación a las necesidades de la población; así como también el deber de emitir todo acto conforme los preceptos de la lógica, la conveniencia y la razonabilidad y, existiendo una urgente necesidad actual de dotación de este recurso humano en áreas prioritarias, acordó en lo que interesa, en el artículo 17 de la sesión N°8849 del 16 de junio del 2016, lo siguiente:

*Autorizar a la Gerencia Médica a realizar los trámites pertinentes ante el Ministerio de Salud y el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, de manera que la Caja, en apego a la legislación vigente, pueda contratar médicos extranjeros en dichas disciplinas por plazos definidos según la necesidad institucional. (...)*

Para el año periodo de gestión se han formado 184 especialistas para el año 2016 y 219 para el 2017. Y según las proyecciones para el año 2018 y 2019 se estima formar 180 y 284 especialistas respectivamente. En el siguiente cuadro se muestra el detalle.

Tabla 34: Total De Médicos Residentes Del Programa De Especialidades medicas Que Egresarán Del Año 2016 Al 2019

ESPECIALIDAD	2016	2017	2018	2019
Anatomía patológica	7	4	4	6
Anestesiología y recuperación	9	14		16
Anestesiología pediátrica	1	4		
Cardiología	6	5	3	5
Cardiología pediátrica	0	1		
Cirugía cardiovascular torácica	0	1		
Cirugía general	6	13	20	14
Cirugía pediátrica	4	2	1	5

ESPECIALIDAD	2016	2017	2018	2019
Cirugía plástica y reconstructiva	1	2		1
Cirugía torácica general			1	2
Dermatología	2	3	6	4
Endocrinología	3	3	3	2
Gastroenterología	6	3	6	4
Geriatría y gerontología	4	9	8	11
Ginecología oncológica	2	1		
Ginecología y obstetricia	14	25	18	11
Hematología	3	2	2	2
Hematología pediátrica	1	0		
Infectología	2	0		3
Infectología pediátrica			1	1
Medicina crítica pediátrica			1	
Medicina crítica y terapia intensiva	2	3		2
Medicina de emergencias	6	5	6	5
Medicina extracorpórea				1
Medicina familiar y comunitaria	5	9	7	11
Medicina física y rehabilitación	4	5	3	9
Medicina interna	10	16	9	11
Medicina materno fetal	5	0		2
Medicina nuclear				
Medicina paliativa	4	5	3	
Nefrología	1		1	1
Nefrología pediátrica	1	1		
Neonatología	3	1	6	2
Neumología	4	1		2
Neurocirugía	4	1		3
Neurología	1	3	2	2
Odontología general avanzada	8	1	7	4



ESPECIALIDAD	2016	2017	2018	2019
Oftalmología	4	4	5	4
Oncología médica	4	2	5	1
Oncología pediátrica		2		
Oncología quirúrgica	0	1	1	1
Ortopedia pediátrica	1	1		
Ortopedia y traumatología	3	4		12
Otorrinolaringología	2	4	5	3
Patología pediátrica			1	1
Pediatría	16	18	15	13
Psicología clínica	6	7	6	6
Psiquiatría	5	3		10
Psiquiatría infantil	0	2		
Radiología e imágenes médicas	4	14	11	10
Radioterapia	1	3	4	2
Reumatología	3	3	3	2
Urología	3	4	5	4
Vascular periférico	3	4	1	3
<b>TOTAL</b>	<b>184</b>	<b>219</b>	<b>180</b>	<b>214</b>

Fuente: Subárea de Posgrados y Campos Clínicos. Marzo 2018

#### 7.14 CCSS y UCIMED firman convenio para formación de médicos especialistas

Autoridades de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y de la Universidad de Ciencias Médicas (UCIMED) firmaron el convenio para la formación de médicos especialistas por parte de ese centro educativo. La firma de este convenio responde al voto 2015-6840 de la Sala Constitucional, en el que se ordenó a la CCSS a suscribir acuerdos con las universidades privadas que así lo requieran, bajo los mismos términos con que negoció el que mantiene con la Universidad de Costa Rica, para ofrecer un posgrado clínico en la carrera de medicina, siempre que reúnan las condiciones de acuerdo con el ordenamiento jurídico vigente. Así como a acuerdos propios de la Junta Directiva de la institución.

El documento establece las bases de la relación entre ambas organizaciones para la realización de estudios de posgrado clínico en especialidades médicas. Entre estos, el

compromiso de la CCSS a definir las necesidades cualitativas y cuantitativas de esos profesionales de forma anual, con base en los estudios de necesidades elaborados por el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS). Además, la CCSS facilitará las plazas y los campos docentes que se requieran para la ejecución de los posgrados, según las necesidades institucionales.

**Esperamos que con la firma de este convenio se fortalezca la formación de especialistas, de cara a brindar una mejor atención a la población en todo el territorio nacional.**

La UCIMED se compromete a formar los profesionales en especialidades médicas que la CCSS necesita para la prestación de los servicios de la salud, capaces de atender la población usuaria en cualquier nivel de atención. Así como a vigilar el fiel cumplimiento de los programas académicos y su revisión, por lo menos, cada cinco años; y a la dotación de los recursos necesarios para su ejecución.

La administración del convenio para estudios de posgrado en Especialidades Médicas estará a cargo de una comisión interinstitucional integrada por ocho miembros, cuatro por parte de cada organización, y será coordinada por la Dirección Ejecutiva del CENDEISS.

Esta comisión será la encargada de concretar las políticas, los objetivos y las acciones de docencia e investigación de los Programas de Posgrado en Especialidades Médicas en consonancia con los objetivos y propósitos de la UCIMED, con base en lo dispuesto en los objetivos, políticas estratégicas generales de desarrollo de la CCSS, y en específico del recurso humano en el campo de la salud.

También, entre otras funciones, definirá las políticas generales de admisión al Programa de Posgrado en Especialidades Médicas desde los objetivos y funciones fundamentales de cada institución.

Cabe destacar que según el documento rubricado- para tener derecho a iniciar el Posgrado, el médico debe cumplir con los requisitos para ingreso vigentes en ambas instituciones y ningún estudiante podrá realizar actos médicos de la especialidad correspondiente sin supervisión de su docente.

El convenio, que rige a partir de su firma, tendrá una vigencia de cinco años prorrogables por períodos iguales, mediante acuerdo escrito de las partes. Asimismo, el convenio podrá rescindirse o modificarse en el caso de que alguna de las partes así lo solicite previo aviso con al menos seis meses de anticipación.

La primera especialidad médica con que iniciará la UCIMED, será la Medicina Familiar y Comunitaria y que se espera empiecen a formarse los primeros médicos durante el 2019.

### 7.15 Atención Integral de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles con énfasis en Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y Dislipidemias

En este sentido, destaca que la institución mediante el desarrollo de las diferentes acciones tendientes a la mejora de los indicadores de salud en estas patologías, se logró aumentar la cobertura de atención en las Personas de 30 años y más con Dislipidemia, se pasa de 46% en 2012 a 49% en 2016, igualmente para las Personas de 20 años y más con Diabetes Mellitus tipo 2, se pasa de 37% en 2012 a 41% en 2016 y también para personas de 20 años y más con Hipertensión Arterial, se pasa de 37% en 2012 a 38% en 2016.

Dentro de las acciones realizadas a este nivel, destacan:

- La elaboración del Manual de Promoción de la Salud, en proceso de aprobación final.
- Guía de Prevención Cardiovascular: instrumento con el cual se capacitaron equipos capacitadores en 4 regiones del país las cuales iniciaran capacitación a nivel local.
- Incorporación de promotores de salud: 7 Ares prioritarias de la Región Central Norte.
- Incorporaciones profesionales en Nutrición para desarrollo de Procesos de Educación en ECNT: 5 plazas asignadas a región Central norte, con equipos capacitados en Manual de Educación en ECNT
- Manual de Educación en ECNT: Publicado, entregado y capacitación nacional desarrollada y 45 profesionales de Nutrición Ejecutando contenidos del Manual y liderando equipos multidisciplinarios en Educación a pacientes en ECNT
- Manual de Prescripción de Ejercicio, en proceso de aprobación final.
- Guía de Atención de Síndrome Coronario: Equipos de Atención Servicios de Emergencias y Unidades de Cateterismo desarrollando atención de SCA
- Guía de Atención de Diabetes: En proceso de Validación para 2018 para su actualización
- Guía de Atención de HTA: Publicada en 2009 pero valorada en 2017 para inclusión de contenidos de capacitación a Equipos Regionales de Educación permanente en ECNT y equipos locales de Áreas de Salud en ECNT en contenidos de Guías de Atención en Enfermedades Cardio metabólicas. Por medio de curso de Enfermedades Cardio metabólicas desarrollados en 2017 con respectiva malla curricular y certificado por CENDEISS.
- Guía de Atención de Dislipidemia: Publicada en 2004 pero con valoración en 2017 para inclusión de contenidos de capacitación a Equipos Regionales de Educación permanente en ECNT y equipos locales de Áreas de Salud en ECNT en contenidos de Guías de Atención en Enfermedades Cardio metabólicas. Por medio de curso de Enfermedades Cardio metabólicas desarrollados en 2017 con respectiva malla curricular y certificado por CENDEISS.

- Guía de Atención de Enfermedad Renal Crónica con clasificación y enfoque de riesgo asociado a evento cardiovascular mayor (AVC, Síndrome Coronario Agudo y Enfermedad Arterial Periférica): Elaborada, distribuida y desarrollada la capacitación y entrega a nivel nacional
- Vigilancia de ECNT: Diseño y ejecución de Encuestas de Base poblacional sobre factores de Riesgo en ECNT/Dash Work (Pizarras descriptivas según sistema de egresos hospitalarios y procesos de atención de problemas Salud registrados en sistemas de información Institucional) desarrollados. Detección temprana, control y rehabilitación de las personas con cáncer

En el siguiente cuadro se detallan los logros según tipo de Cáncer y con ello, programa que se desarrolló para la atención de esta patología prioritaria:

Tabla 35: Logros institucionales según tipo de programa a nivel del Proyecto de fortalecimiento de la Atención del Cáncer

TIPO DE CANCER	LOGROS
<p>COLON</p> <p>Proyecto Cobertura Del Tamizaje Para Cáncer De Colon (Incluido En Plan Nacional De Desarrollo 2015-2018)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Inicio durante 2017 del proyecto de tamizaje activo por cáncer de colon en 5 Áreas de salud de la Región Central Norte: Valverde Vega, Belén, Santo Domingo, San Isidro y Atenas.</li> <li>– Dentro del proyecto durante el 2017 se invitaron al tamizaje 4392 personas, participaron 2897 personas, se realizaron 105 colonoscopias, se diagnosticaron 7 casos de cáncer de colon y 63 casos de pólipos</li> </ul>
<p>GÁSTRICO</p> <p>Proyecto Porcentaje De Casos De Cáncer Gástrico Con Detección Temprana A Nivel Nacional (Incluido En Plan Nacional De Desarrollo 2015-2018)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Replicación en Región Brunca y Pacífico Central del modelo de detección de cáncer gástrico utilizado en el Centro de Diagnóstico Temprano de Cáncer Gástrico de Cartago. Se realiza en estas regiones por el alto impacto epidemiológico de esta enfermedad.</li> <li>– Capacitación de todo el personal de salud de las áreas de salud que participan en el proyecto de detección temprana de cáncer gástrico: Corredores, Puntarenas y Ciudad Neilly.</li> <li>– Dentro del Proyecto durante el 2017, se diagnosticaron 66 casos de cáncer gástrico, de los cuales 25 fueron tempranos y 41 avanzados.</li> </ul>
<p>CÉRVIX</p> <p>Proyecto Prueba de laboratorio para la detección del virus del papiloma humano (VPH) en mujeres de 30 a 64 años implementada en la Región Chorotega</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Capacitación de los equipos de apoyo de las tres áreas de salud, Carrillo, Cañas y Tilarán, también se capacitó al equipo coordinador regional del proyecto en la metodología de mejoramiento de la atención de las enfermedades crónicas, de la OPS.</li> <li>– Capacitación de todos los EBAIS de las áreas de salud de Carrillo, Cañas y Tilarán.</li> <li>– Elaboración del Plan de Gestión Local para el tamizaje en la Región Chorotega, que incluye la aplicación de las acciones a nivel local en forma escalonada.</li> <li>– Actualmente se está en proceso de adquisición de la prueba. Se espera durante el 2018 iniciar en las 3 áreas de salud seleccionadas: Carrillo, Cañas y Tilarán), para luego extender al resto de las áreas de salud de la región Chorotega.</li> </ul>

TIPO DE CANCER	LOGROS
Proyecto ESTAMPA	<ul style="list-style-type: none"> <li>– El estudio ESTAMPA está diseñado como un estudio multicéntrico con la participación de varios países latinoamericanos, incluyendo Costa Rica con el estudio de evaluación propuesto por la Caja Costarricense de Seguro Social en la región Pacífico Central, área de Salud San Rafael, Chacarita, Esparza y Barranca. Es un estudio coordinado por la Agencia Internacional para la Investigación del cáncer de la Organización Mundial de la Salud.</li> <li>– El estudio tiene como objetivo evaluar distintos métodos, como la citología y diferentes técnicas moleculares modernas para ser utilizadas en el triage de las mujeres mayores de 30 años que en el tamizaje primario con la prueba de detección de ADN de VPH resulten positivas. Lo anterior con el objetivo de poder recomendar abordajes de tamizaje para lugares con diferentes condiciones que permitan la detección de la mayor cantidad de lesiones de LIEAG+ con la menor referencia y tratamiento y con un costo aceptable.</li> <li>– Para lograr este objetivo, el estudio ESTAMPA reclutará más de 50 000 mujeres entre los 30 y 64 años de edad en varios países (5000 mujeres en el caso de Costa Rica - CCSS), en un periodo de 24 meses, quienes serán tamizadas con una prueba aceptable para detección de VPH. Todas las mujeres cuyas muestras resulten positivas por VPH serán referidas a una evaluación colposcopia, para la detección y tratamiento de lesiones según sea necesario. El resto de las mujeres cuyas pruebas sean negativas por VPH serán dadas de alta en el estudio y deberán continuar su tamizaje en la clínica o EBAIS que le corresponda.</li> <li>– Luego de la visita de colposcopia, las mujeres que fueron referidas a colposcopia serán invitadas a una visita de tamizaje final aproximadamente 18 meses después de su reclutamiento. En esta visita final se hará una determinación de VPH, las mujeres positivas por VPH serán referidas a colposcopia para su evaluación y tratamiento y las mujeres VPH negativas serán dadas de alta del estudio y deberán continuar su tamizaje en la clínica o EBAIS que les corresponda. Las mujeres que sean referidas a colposcopia en la visita final del estudio serán dadas de alta del estudio luego de que sean evaluadas en colposcopia. El evento de salida del estudio será la lesión intraepitelial de alto grado o mayor (LIEAG+), el precursor establecido de cáncer cervical, diagnosticado en cualquier momento durante la realización del estudio, y el cual se constituirá en el estándar de oro para determinar las características clínicas de funcionamiento de las diferentes pruebas de tamizaje y de triage que están siendo evaluados en el estudio.</li> <li>– Entre noviembre 2016 y abril 2017 se realizó un proyecto piloto, con el reclutamiento de 500 mujeres, en 2 de las áreas de salud con el objetivo de evaluar la factibilidad de realizar un estudio mayor de tamizaje y triage de cáncer de cuello uterino con pruebas del Virus de Papiloma Humano, en las condiciones propias del sistema organizativo de la Caja Costarricense del Seguro Social, en la Región Pacífico central.</li> <li>– Dado el éxito del proyecto piloto se decidió continuar con el proyecto para alcanzar el objetivo de 5000 mujeres reclutadas, por lo que se reinició en octubre 2017. Según el corte al 31 de enero se han reclutado 1500 mujeres y 100 participantes ya han sido atendidas en colposcopia. Se cuenta con un avance del 30% en el proyecto, que está planificado culminar su fase de reclutamiento en diciembre 2018 y el seguimiento hasta 18 meses posterior a la última participante reclutada que sea parte de la cohorte.</li> </ul>
Cobertura de Papanicolaou (PAP) en mujeres de 35 años y más aumentada a nivel nacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Trabajo con las Áreas de Salud de la Región Chorotega y las Áreas prioritarias del resto del país que tienen mayor nivel de mortalidad por cáncer de cérvix, para implementar un plan de trabajo que mejore el desempeño del programa a nivel local y prevenir la muerte de mujeres por esta causa.</li> </ul>



TIPO DE CANCER	LOGROS
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Diagnóstico finalizado de las Regionales, sobre gestión del programa a nivel local.</li> <li>– Con respecto al Plan de capacitación y supervisión para los EBAIS, se revisaron los estándares y los indicadores y se realizó una priorización de las áreas de trabajo.</li> </ul>
PROYECTO PORCENTAJE DE COBERTURA DEL PROCESO DE REHABILITACIÓN EN PERSONAS CON SECUELAS POR CÁNCER	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Implementación de la consulta de rehabilitación oncológica en el CENARE como parte del proyecto. Inició su funcionamiento en 2015.</li> <li>– Capacitación de los especialistas en fisioterapia y terapia física que atienden la rehabilitación de las personas con cáncer, según se detalla: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Taller de Rehabilitación Oncológica para Fisiatras y Médicos Residentes de Fisioterapia realizado en el auditorio del Hospital Alajuela del 13 al 15 de noviembre del 2017. Participación de 50 profesionales entre Fisiatras y Residentes de Fisioterapia.</li> <li>○ ii. Curso "Cuidados continuos en el paciente oncológico, una mirada desde la fisioterapia". Realizado el 25, 26 y 27 de octubre con la participación de 45 terapeutas físicos de la institución.</li> </ul> </li> <li>– Implementación de la directriz para la atención prioritaria de los pacientes con cáncer en los servicios de fisioterapia, para las 5 unidades programáticas del proyecto: CENARE, Hospital México, Hospital Dr. R.A. Calderón Guardia, Hospital San Rafael de Alajuela.</li> <li>– Adquisición de equipos de presoterapia para 19 centros institucionales, para el manejo de la linfedema secundaria al tratamiento de cáncer<sup>12</sup></li> </ul>
PRÓSTATA	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dotación de 11 equipos de ultrasonido para tomas de biopsias de próstata en todos los centros institucionales donde hay servicio de urología.</li> <li>– Capacitación a 98 médicos de primer nivel para detección de cáncer de próstata y aumento de capacidad de resolución de enfermedades urológicas</li> <li>– Elaboración del documento de para decisión informada en cáncer de próstata.</li> </ul>
PULMÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Implementación de 28 nuevas clínicas de cesación de tabaco del año 2014 hasta la actualidad.</li> <li>– Inicio del programa de atención de enfermedades respiratorias asociadas al consumo de tabaco.</li> </ul>
PIEL	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Adquisición de equipos de radiocirugía para Hospital Dr. R. A. Calderón Guardia, México, San Juan de Dios y Clínica Marcial Fallas.</li> </ul>

<sup>12</sup> Hospitales San Francisco de Asís, Valverde Vega, La Anexión, Enrique Baltodano Briceño, Upala, Monseñor Sanabria, Max Terán Valls, Tomás Casas, Escalante Pradilla, Max Peralta, Calderón Guardia, San Vicente de Paúl, México, San Juan de Dios, Tony Facio, CENARE, CAIS de Cañas, Áreas de Salud San Rafael de Puntarenas y Barranca

TIPO DE CANCER	LOGROS
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Propuesta concluida del Programa escolar Cuida tu piel a nivel escolar en conjunto con el MEP y Municipalidad de San José. Se espera inicio del programa en ciclo lectivo 2018.</li> <li>Programa diseñado de capacitación para médicos del primer nivel en detección de cáncer de piel. Se espera inicio de las capacitaciones durante el 2018.</li> </ul>
LEY 8718 Y 9028	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gasto ejecutado período 01 ene 09 al 31 dic 17: • Ley N°8718 36.805 Millones (54.9 %), Ley N°9028: 39.106 Millones (26.3 %)</li> <li>Para el periodo 2017 se lograron ejecutar ₡16,110 millones, a través de la compra de 437 activos aproximadamente, distribuidos en los Hospitales Nacionales, Hospitales Regionales, Centros Nacionales Especializados y Áreas de Salud.</li> <li>Es importante mencionar que a los equipos adquiridos por este proyecto se les financia hasta cuatro años de mantenimiento.</li> <li>Además, se adquirieron consumibles y medicamentos</li> </ul>

**Fuente:** Proyecto de fortalecimiento de la Atención del Cáncer

## 7.16 Cáncer de mama y proyecto de navegación de pacientes

Detalle de clínicas de mama, tamizaje por cáncer de mama con base poblacional, esfuerzos para garantizar la toma de mamografía de mujeres de Áreas de Salud lejanas y con baja población por unidades móviles, proyecto de navegación.

Tabla 36: Logros institucionales del Proyecto de fortalecimiento de la Atención del Cáncer

TIPO DE CANCER	LOGROS
Proyecto número de Mamografías incrementadas / Programa de Cribado poblacional llegar a tiempo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se participó en la elaboración de la Norma Nacional para la Atención Integral de Personas con Cáncer de Mama, publicada por el Ministerio de Salud en La Gaceta en el 2014.</li> <li>Elaboración de un diagnóstico de recursos disponibles, poblaciones por área de salud en rango de tamizar, zonas de alto impacto epidemiológico por cáncer de seno y otros factores de priorización. Presentado como informe técnico a la Presidencia Ejecutiva como punto de partida para el programa de detección temprana de cáncer de mama.</li> <li>Instalación de nuevos mamógrafos digitales. Estas compras (y donaciones) incluían sustituciones de equipos obsoletos y creación de nuevas unidades de diagnóstico y se realizaron en dos tratos. <ul style="list-style-type: none"> <li>El primer tracto (2014-2017) incluyó la compra e instalación de mamógrafos digitales<sup>13</sup>.</li> <li>El segundo tracto (2018-2019) que se divide en 3 proyectos ya aprobados por la Junta Directiva de la CCSS y adjudicados. Se iniciará</li> </ul> </li> </ul>

<sup>13</sup> Clínicas Clorito Picado de Tibás, Solón Núñez Frutos de Hatillo, CAIS de Puriscal y Jiménez Núñez en Goicoechea, Hospitales Los Chiles: donación de otra unidad (equipo análogo), La Anexión, Max Terán, William Allen, San Juan de Dios, Mujeres, Monseñor Sanabria, Tomás Casas de Osa, , Guápiles y Max Peralta

TIPO DE CANCER	LOGROS
	con la instalación de los 15 nuevos equipos en el segundo semestre de 2018 <sup>14</sup>
<p>Durante el 2017 inició del Plan Piloto de Tamizaje para Cáncer de Mama</p> <p>base poblacional en mujeres de 45 a 69 años asintomáticas y sin factores de riesgo asociados en la población de:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Se definieron zonas prioritarias con criterios epidemiológicos y de accesibilidad para iniciar con el programa de cribado poblacional: Área de Salud Tibás Uruca Merced, León XIII La Carpio, Tibás Coopesain, Moravia y Goicoechea 2.</li> <li>– Se elaboró y validó el material educativo y de invitación para entregar a cada una de las usuarias en el rango de edad de cribado.</li> <li>– Se capacitó al personal de cada una de las unidades donde se establecieron proyectos piloto.</li> <li>– Se definió la estrategia de invitación con parámetros estándar, pero ubicadas en la realidad socio cultural y las necesidades de cada área de salud participante.</li> <li>– Se definieron criterios de calidad de la atención, procesos y satisfacción de las usuarias, con una herramienta de registro de datos que se valora mensualmente para el seguimiento al proyecto.</li> <li>– Se inició en el 2° semestre de 2017 con la toma de mamografías a la población de los centros seleccionados realizando en el tercer trimestre estudios a población educada en prevención y con los criterios de calidad del programa.</li> </ul>
<p>Inicio de la Unidad Móvil de Mamografía para el Cribado del cáncer de mama (Convenio Lazos):</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Se materializa un programa de cribado atendido por la unidad móvil gracias a una alianza pública-privada para el desarrollo, con la participación de: Una fundación experta en alianzas: Aliarse; Empresas privadas costarricenses (Corporación, Automercado y Televisora de Costa Rica); Una asociación de acción social (ASEMECO del Hospital Clínica Bíblica); Un banco estatal (BNCR) y e. La CCSS.</li> <li>– Se definió que el plan piloto de atención mediante el mamógrafo móvil atendería zonas marginales del caribe y zona Huetar costarricense: Área de Salud Talamanca. b. Área de Salud de Siquirres, Área de Salud de Horquetas-Río Frío. d. Área Salud Puerto Viejo, Área de Salud Los Santos: en ella se encuentran las áreas de mayor incidencia / mortalidad por cáncer de mama del país.</li> <li>– Dentro de la ruta se incluyó la atención de zonas indígenas, que, si bien no son de alta incidencia, se desconoce información respecto a cáncer de mama en estos grupos humanos, y se incorporaron con afán de atenderlas a la vez que se generan políticas hacia estas comunidades.</li> </ul>
Clínicas de Mama	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Durante el periodo 2014 – 2018 se crearon 20 clínicas de mama en el país, distribuidas de la siguiente manera:</li> <li>– 2016 se formaron 13 Clínicas de Mama. b. 2017 se formaron 7 Clínicas de Mama.</li> </ul>

<sup>14</sup> Clínica Marcial Rodríguez Conejo de Alajuela, 2 equipos para el CAIS Marcial Fallas de Desamparados, Clínica de Santo Domingo de Heredia, Clínica Carlos Durán en Zapote, Área de Salud de la Unión en Tres Ríos, Hospital San Vicente de Paul, 3 equipos en Hospital Calderón Guardia (como parte del proyecto de construcción de "Torre Este" que ya inició la etapa constructiva), Clínica de Coronado, Hospital Tony Facio, Hospital Carlos Luis Valverde Vega, Hospital de San Carlos y CAIS de Cañas.

TIPO DE CANCER	LOGROS
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se creó un programa de capacitación para médicos de la institución en el CENDEISSS, haciéndose un diseño curricular con base en la detección temprana y manejo oportuno y en red.</li> <li>Se han capacitado 48 médicos desde el año 2014 – 2018. El 64 % se encuentran actualmente laborando en una clínica de mamás.</li> <li>Se ha capacitado 16 médicos desde el año 2014 – 2018, que permite reforzar la atención brindada por las Clínicas de Mama ya existentes desde el 2008, permitiendo que esta capacitación refuerce las actividades que desarrolla la Clínica de Mamás en los diferentes niveles de atención, principalmente en el I y II nivel de atención.</li> <li>Se estableció la capacitación de 30 médicos por año, a partir del 2018, hasta lograr dotar de al menos un profesional en cada área de salud del país. (103). Se crearon unidades para capacitación en los tres hospitales nacionales y en el Hospital Max Peralta.</li> </ul>
Navegación de pacientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>El actual proyecto de Navegación de pacientes se describe como el acompañamiento de las pacientes con cáncer de mama, en el transitar de los Servicios de Salud, en el Hospital San Juan de Dios, México, Calderón Guardia y Mujeres, para el periodo 2016-2018. El acompañamiento se realiza por medio físico y por medio de llamada telefónica. En el proyecto participa la Universidad de Costa Rica, las Organizaciones no Gubernamentales y la Caja Costarricense de Seguro Social. En el marco de este proyecto, a la fecha se han logrado navegar las siguientes pacientes: San Juan de Dios: 225, México: 325, Especializado de las mujeres: 79, Calderón Guardia: 221; para un total de 850 Pacientes Navegadas</li> <li>Dicho proyecto impacta positivamente en las usuarias de dichos hospitales, teniendo opiniones sumamente positivas de la calidad y calidez con la que reciben los servicios de la institución, en la difícil etapa de tratamiento de cáncer de mama. Adicionalmente, como parte de los productos entregados se han mejorado las rutas de atención, disminuyendo el trayecto de las pacientes entre los Servicios.</li> </ul>
<p>Estudio: "Sobrevida a 5 años de las mujeres con cáncer de mama diagnosticada y tratada en la Caja Costarricense de Seguro Social, en el periodo entre el 1 de enero del 2008 al 31 de diciembre del 2012.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El cáncer de mama es un problema de salud pública en Costa Rica, por esta razón se realizó un estudio que permitiera identificar los determinantes y la supervivencia de las mujeres diagnosticadas en un periodo de cinco años.</li> <li>Para ello, se estudió una cohorte cerrada retrospectiva con 3,160 casos diagnosticados entre el 2008 al 2012, atendidas en 11 hospitales de la CCSS.</li> <li>El 95% de los casos sobrevivieron el primer año, 88% los 2 años, 85% los tres años, 80% a los 4 años y poco menos el 78% de las pacientes llegan vivas a los 5 años desde su diagnóstico.</li> <li>La supervivencia del cáncer de mama en CCSS se asocia con la edad y el estadio clínico al momento del diagnóstico.</li> <li>La edad promedio en que se diagnostican los casos es de 60 años. Solo un 23% de los casos corresponden a mujeres de menos de 40 años. Las mujeres entre 50 y 64 son las que presentan una mayor sobrevida a cinco años del diagnóstico de cáncer de mama.</li> <li>El 67% de las mujeres son diagnosticadas en estadios temprano y solo el 2% se diagnostica con metástasis.</li> </ul>

TIPO DE CANCER	LOGROS
	- Es importante que ante síntomas de tumoración mamaria las mujeres se hagan revisar por un médico ya que, en general, la sobrevivencia de las mujeres que no reciben tratamiento oportunamente no supera los tres años.

**Fuente:** Proyecto de fortalecimiento de la Atención del Cáncer

### 7.17 CCSS logra poner al día los cateterismos cardíacos

Tras la adopción de una serie de mejoras en el abordaje de la enfermedad cardiovascular, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) logró poner al día los cateterismos cardíacos, al punto que los plazos de atención no superaban los 50 días como promedio en marzo del 2018.

En este momento, el hospital San Juan de Dios tiene pacientes a un plazo de 12 días, el México a 27 y el Rafael Ángel Calderón Guardia a 68 días como promedio. Esto quiere decir que un total de 288 pacientes ya tienen programado este procedimiento diagnóstico y terapéutico. Estos resultados se alcanzan, tras efectuar grandes mejoras en la dotación de recurso humano, equipamiento e infraestructura en los tres hospitales nacionales. Paralelamente, el Hospital Nacional de Niños ha efectuado mejoras sustantivas en la cirugía pediátrica cardiovascular obteniéndose resultados comparables a la que tienen los mejores centros del mundo.

Datos preliminares de la mortalidad oficial de enfermedad isquémica del corazón evidenciaron que, en el 2017, se registró una reducción de 121 casos de mortalidad prematura y de 144 casos de mortalidad en población mayor a 65 años, con una reducción estimada total de 265 menos casos de muertes en el periodo 2016. La finalidad de impactar aún más la cifra de mortalidad prematura, la institución ha apostado a un abordaje integral de este grupo de enfermedades que constituyen la primera causa de muerte en el territorio nacional. Sin embargo, de los hallazgos obtenidos tras analizar los datos del país es que la mortalidad prematura por esta causa no ha crecido, sino que se ha mantenido constante. Es posible que se produzca un descenso en los próximos años por dos razones mejora en la accesibilidad y en la oportunidad de la atención en el tiempo considerado como ideal para iniciar el tratamiento.

Esta posibilidad se espera tras las mejoras obtenidas relacionadas con el incremento de la actividad física, el no fumar y en la alimentación saludable, lo que ha permitido reducir los factores de riesgo como el fumar, el sedentarismo en la población mayor de 20 años.

Aún, queda mucho por hacer en reducir otros factores de riesgo como aquellos que están relacionados con el incremento del colesterol, los triglicéridos, la diabetes, la obesidad y el sobrepeso. Es pertinente que la población siga modificando los hábitos



de vida relacionados con la alimentación, la actividad física, cesación de fumado y consumo de alcohol.

### 7.18 Atención de los Trastornos Mentales, del Comportamiento y de las Adicciones

Este programa da inicio en el periodo 2016, con la implementación del nuevo modelo de atención a través de Equipos Interdisciplinarios en Salud Mentales (EISAM) dirigido a las personas que sufren adicciones y problemas de conducta y de comportamiento; para estos efectos la CCSS crea 20 plazas que permiten la implementación de este programa en las siguientes unidades:

- A. S. Desamparados 1
- A. S. Coronado
- Hospital de Heredia
- Hospital de Quepos (Parrita)
- A. S. San Rafael de Puntarenas
- Hospital de Nicoya
- Hospital de Ciudad Neilly
- CAIS de Siquirres
- Hospital Tony Facio
- Hospital de San Carlos.

Estos 10 equipos de trabajo se han enfocado en el desarrollo de procesos de capacitación en Estrategias de Intervenciones breves en Alcohol en conjunto CCSS – IAFA, durante el año 2017 se dieron 37 sesiones. Las sesiones se llevaron a cabo por profesionales miembros del Equipo de Trabajo del Convenio CCSS-IAFA, así como por miembros de los distintos EISAM y por parte del Área de Salud Ocupacional.

Tabla 37: Total de personas capacitadas en Intervención breve en periodo 2016-2017

AÑO	PERSONAS CAPACITADAS
Año 2017	664
Año 2018	107
<b>Total</b>	<b>771</b>

**Fuente:** Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud

Otro dato importante, sobre el accionar de estos equipos, es la cobertura dada mediante las capacitaciones a los profesionales, que laboran directamente en la prestación de servicios de salud, donde destacan que se capacito a un 44% de profesionales en Medicina, con un mientras que la disciplina con menos personas capacitadas es Trabajo Social, que corresponde al 6%. En cuanto a Enfermería, cabe destacar que esta categoría incluye tanto a enfermeros licenciados, como a auxiliares

de enfermería y ATAPS. En la categoría de “otras” disciplinas, se incluyen profesionales en Farmacia, Microbiología, Odontología, Registros médicos, Nutrición, administración, entre otros. Además, el Gráfico 1 muestra dicha información:

Tabla 38: Distribución de personas capacitadas en Intervención breve en periodo 2017-2018, según disciplina

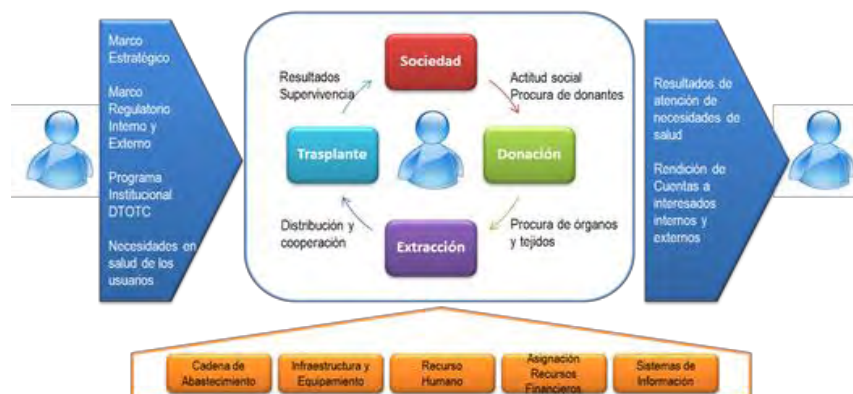
Disciplina	2017	2018	Total
Medicina	271	107	504
Enfermería	145	0	159
Psicología	42	0	136
Trabajo Social	44	0	51
Otras	76	0	76
N.I.	86	0	94
<b>Total</b>	<b>664</b>	<b>107</b>	<b>1020</b>

**Fuente:** Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud

## 7.19 Modelo Institucional de Gestión de Trasplantes

La institución ha venido trabajando fuertemente en la mejora de la prestación de servicios de salud a este nivel, con acciones sistemáticas a través del tiempo, en donde en el periodo 2013 se elabora la Política Institucional de donación y trasplantes de órganos y tejidos, que orienta el accionar a este nivel. Luego en el periodo 2014 se inicia con la elaboración del Diseño del modelo de gestión, proceso que se culmina en el año 2015 con el siguiente modelo de trabajo:

Figura 20: Modelo de Gestión de Donación y trasplantes de órganos, tejidos y células



**Fuente:** Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud

Otro elemento organizativo, que se ha trabajado sistemáticamente con la Gerencia Administrativa y los Hospitales que realizan este tipo de intervenciones, es la elaboración de un Modelo de pago y atención, para esta modalidad. Basado en la productividad: generación de donantes y realización de trasplantes.

A nivel del desarrollo de Trasplantes se ha logrado:

- En materia de normalización se elaboraron 3 normas nacionales en tejido corneal, renal y hemodiálisis, 5 normas técnicas: farmacia, trabajo social, sicología y psiquiatría, bioética y músculo esquelético y está en desarrollo 3 normas trasplantes: hepático, cardiopulmonar y donante multiorgánico.
- Se han logrado conformar los Equipos multidisciplinarios hospitalarios: 5 de trasplante renal, 3 trasplante hepático, 1 trasplante cardiopulmonar, 3 equipos de trasplante médula ósea, 3 de musculoesquelético y 7 establecimientos de salud realizan trasplante de córneas.
- Se cuenta con 09 coordinadores hospitalarios, que han venido a colaborar en la procuración de donantes cadavéricos y acompañamiento familiar, la coordinación dentro y entre hospitales en red y facilitan la justa distribución de órganos. Hoy un donante cadavérico beneficia a pacientes de diferentes hospitales.
- A nivel de Cooperación internacional se ha logrado suscribir los siguientes convenios:
  - Convenio con INCUCAI de Argentina (asesoría técnica, visitas binacionales, curso en donación y trasplante).
  - Convenio con INDT de Uruguay (asesoría técnica, visitas binacionales, curso en donación y trasplante).
  - Cooperación técnica Master Alianza en donación y trasplante con la ONT de España (formación de coordinadores hospitalarios).
- Se ha logrado formar y/o capacitar a 500 funcionarios en donación y trasplante
- Formación en España: 1 cirujano en corazón -pulmón, 2 anestesiólogos y 1 cirujana en trasplante hepático. En proceso de formación 1 gastroenterólogo y 1 uróloga. 5 coordinadores hospitalarios.
- Capacitación en el país: 3 irán a España en 2018, 140 funcionarios en cursos internacionales, 45 de bioética, 75 profesionales de enfermería, 150 médicos residentes y asistentes y 100 colaboradores de otros servicios.
- Se aumento de 4 centros hospitalarios a una red de 9 centros médicos, que apoyan el tema de trasplantes en la CCSS,

Dotación de recursos, a este nivel se han asignado 15 enfermeras al programa de trasplante hepático pediátrico del Hospital Nacional de Niños, 500 millones de colones para equipamiento del HCG y también, se acondiciono la unidad de trasplantes del Hospital Nacional de Niños y de la unidad de médula ósea del hospital México.

Tabla 39: Trasplantes de órganos realizados en la CCSS 2013-2017

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	2013	2014	2015	2016	2017
Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia					
Riñón	22	18	16	28	17
Hígado	2	3	3		6
Pulmón	1	-	2	2	1
Corazón	1	1	4	5	4
Intestino	-	2	-	-	-
Hospital San Juan de Dios					
Riñón	22	30	38	32	14
Hospital Nacional de Niños					
Riñón	2	3	11	6	5
Hígado	2	-	1	3	4
Hospital México					
Riñón	64	43	62	51	42
Hígado	5	6	3	3	2
Hospital Max Peralta de Cartago					
Riñón	-	-	-	-	3
Tasa donación cadavérica CCSS	3.1	3.6	7.8	4.1	4.8

**Fuente:** Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud

Autorizaciones son diferentes para cada centro hospitalario: Banco tejidos oculares: Clínica Oftalmológica, Banco de piel y tejidos: Hospital Nacional de Niños y Banco de Células Madre de Cordón Umbilical: Hospital San Juan de Dios.

Hospitales donantes: Hospital México, Hospital Calderón Guardia, Hospital San Juan de Dios, Hospital Max Peralta, Hospital Nacional de Niños, Hospital Escalante Pradilla, Hospital Enrique Baltodano, Hospital San Rafael de Alajuela y Hospital San Vicente de Paúl.

Durante el periodo 2017-2018 se desarrollaron varios proyectos que fortalecieron la actividad de Donación y gestión de Trasplantes en Costa Rica, en la CCSS.

Se definieron los tipos de trasplantes a realizar por centro, quedando bajo la siguiente distribución:

Tabla 40: Distribución de trasplantes por Centro Médico en la CCSS

TIPO DE TRASPLANTE	HOSPITALES QUE BRINDAN EL SERVICIO
Trasplante renal	Hospital México. Hospital San Juan de Dios. Hospital Calderón Guardia. Hospital Nacional de Niños Hospital Max Peralta
Trasplante hepático	Hospital México. Hospital Calderón Guardia. Hospital Nacional de Niños
Trasplante Médula Ósea	Hospital San Juan de Dios. Hospital México. Hospital Nacional de Niños
Trasplante córneas	Hospital San Juan de Dios. Hospital México. Hospital Nacional de Niños. Hospital Calderón Guardia. Hospital San Vicente de Paúl. Hospital Max Peralta. Hospital San Rafael de Alajuela. Hospital Escalante Pradilla.
Trasplante Cardiopulmonar	Hospital Calderón Guardia.

**Fuente:** Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud

La Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) aprobó la creación de la **Seroteca Institucional**, con sede en el hospital San Juan de Dios, para apoyar la actividad de trasplante de órganos que se realiza en cinco de sus hospitales. La Seroteca es un laboratorio en el cual se realizan las pruebas para determinar si el donante es compatible con el receptor a fin de poder determinar la viabilidad del trasplante.

En 2017 se realizaron 229 trasplantes, un promedio de cuatro por semana y, del total, 107 se realizaron con donación cadavérica, lo que duplicó lo realizado en 2013, 45 con donante cadavérico de 121 trasplantes. Igualmente señaló que la tasa de donación cadavérica pasó de 3 donaciones por millón de habitantes en 2011 a 5 donantes por millón de habitantes en 2017. La CCSS se ha propuesto un plan a partir del 2018 para incrementar a 10 donaciones por millón de habitantes. De igual forma la institución inició un agresivo plan para incrementar la procuración de córneas dentro de los hospitales de la CCSS en el tercer cuatrimestre del 2017. En total se logró 103 donantes en los 9 hospitales que integran la red de donación y trasplantes. Este tejido puede obtenerse de personas que han muerto en un centro médico por parada cardíaca.



La apertura del **Banco de Sangre de Cordón Umbilical** en octubre del año 2017 y el inicio de la identificación de donantes en las zonas de Puriscal, Desamparados, Acosta y Aserri, lo que significa una nueva opción de tratamiento.

La creación en el 2018 del **Banco Nacional de Huesos del INS**, donde la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) donará al Instituto Nacional de Seguros (INS) tejido de hueso proveniente de residuos de las cirugías que se realizan en sus centros hospitalarios para uso terapéutico en pacientes que necesitan trasplante. Mediante la firma de una carta de entendimiento suscrita entre este servidor y el señor Elián Villegas Valverde PE del INS, ambas entidades cooperarán conforme a la Ley 9222 de Donación y Trasplantes de Órganos y Tejidos.

El registro en línea Atrévase a donar de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) superó, por segunda vez, la meta al registrar en junio del 2018 30.048 manifestaciones de voluntad de donar órganos y tejidos. Significa que durante el mes de junio se ha dado un incremento del 77 por ciento de personas dispuestas a donar. Felicito al Dr. Marvin Agüero Chinchilla, coordinador técnico del Programa Institucional de Donación y Trasplantes, a todo su equipo a las unidades de profesionales de la CCSS que han hecho realidad esta exitosa gestión del programa. Mediante la campaña **Alas Ligeras 2018**, la Caja se propone una nueva meta: 35 mil registros.

## 7.20 Primer Banco de Sangre de Cordón Umbilical

Luego de 12 años en Europa y de que mis hijos nacidos en Madrid y Londres tuvieran su sangre del cordón umbilical debidamente almacenada en los Bancos existentes en ese continente, regresé con la convicción de la necesidad de que nuestra población costarricense tuviera también ese derecho y esa ventaja garantizado. Para mí, fue gratificante conocer el proyecto que ya tenía la CCSS y poderlo apoyar hasta su implementación.

Puriscal se convirtió en el primer cantón en el cual la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) iniciará la identificación de donantes de sangre de cordón umbilical. Otras áreas de salud seleccionadas en esta primera etapa son: Desamparados, Corralillo, Acosta y Aserri.

Normalmente, tras el nacimiento, el cordón umbilical y la sangre que contiene son desechados, esto cambiará ahora con esta actividad ya que aumentará significativamente las posibilidades de encontrar donantes adecuados para ofrecer un trasplante a pacientes que lo requieren. La sangre contenida en el cordón umbilical tiene una alta concentración de células madre especializadas en la renovación de las células sanguíneas, por lo que son beneficiosas si se trasplantan a otros pacientes cuya médula ósea esté enferma.

Las células madre de cordón umbilical se consideran ideales debido a que son muy jóvenes y que no han tenido contacto con ningún elemento que se pueda considerar como extraño. Al ser injertadas en el paciente, su cuerpo no las reconocerá como extrañas y no las atacará. Actualmente la CCSS ofrece a sus pacientes el trasplante de médula ósea con donante cien por ciento familiar. La donación de sangre de cordón umbilical es una nueva opción de trasplante a los pacientes con enfermedades en la sangre.

El proceso implica tres momentos principales. Primero la identificación y selección de las donantes, lo cual se realiza durante las primeras tres consultas prenatales. El tiempo que transcurre entre la primera y la tercera cita es aproximadamente tres meses. El siguiente es la recolección de la sangre de cordón umbilical durante el parto natural, sin complicaciones, por lo que se estima que las primeras unidades de células madre serán captadas en el primer semestre del 2018. Una vez captadas las unidades de sangre, serán llevadas al **Banco de Sangre de Cordón Umbilical, ubicado en el Hospital San Juan de Dios**, donde serán procesadas y almacenadas.

Durante el primer año la CCSS no realizará trasplantes debido a que las unidades recolectadas requieren un proceso de control de calidad y congelación para que se conviertan en una muestra ideal para trasplantar. Las unidades de sangre de cordón umbilical pueden ser almacenadas durante un periodo de 5 años. Las autoridades estiman que en un plazo dos años se podrá ofrecer la opción de trasplante con células de cordón umbilical.

La sangre de cordón umbilical será recolectada una vez que el bebé nace, después que el cordón se ha cortado y el bebé se ha retirado para su debida limpieza. La recolección es totalmente indolora para la madre y para el bebé. Este procedimiento sólo se realizará en los partos naturales que no presenten ninguna complicación, por lo que el riesgo es nulo.

Todas aquellas mujeres en edad reproductiva, mayores de 18 años y con un embarazo sano podrán ser donadoras. Es importante que inicien el control prenatal antes de la tercera semana de gestión. La donación es voluntaria y altruista, por lo que las mujeres recibirán información sobre el proceso. Si la madre acepta, deberá firmar el consentimiento informado. En este documento la madre confirma haber recibido toda la información, que está de acuerdo en la donación y autoriza al Banco de Sangre de Cordón Umbilical, a conservar la unidad de sangre con el único fin de ser donada a un paciente necesitado.

## 7.21 Servicios de Farmacia y accesibilidad a los medicamentos

En cuanto a la incorporación de nuevos principios activos y presentaciones destacan 61, a continuación, se presenta en la siguiente tabla con el detalle de lo gestionado a este nivel por periodo.

Tabla 41: Nuevos principios activos y presentaciones de medicamentos

PERIODO	CÓDIGO 1-10	DESCRIPCIÓN	SESIÓN	OFICIO
Principios Activos Nuevos 2017	04-1200	Sofosbuvir 400 mg y velpatasvir 100 mg. Tableta recubierta	2017-34	CCF-4237-09-17
	41-1613	Sunitinib 50 mg (como malato de sunitinib). Cápsula de gelatina dura ó pazopanib 200 mg (como hidrocloreuro de pazopanib). Tableta recubierta (film coated).	2017-18	CCF-2237-05-17
	39-0805	Gliclazida 80 mg. Tableta	2017-25	CCF-3080-07-17
	02-3770	Ertapenem base 1g (como ertapenem sódico) polvo liofilizado para solución inyectable. Frasco ampolla. Con o sin diluyente	2017-21	CCF-2602-06-17
	41-1291	Pazopanib 200 mg (como hidrocloreuro). Tableta (Observaciones: Se separa Pazopanib del código compartido 1-10-41-1613. Se le asigna código nuevo 1-10-41-1291)	2017-26	CCF-3208-07-17
Presentaciones Nuevas 2017	38-4375	Octreótida 20 mg (como acetato de octreótida) en forma de microesferas de acción prolongada polvo para suspensión inyectable. Frasco ampolla. Con 2 ml de diluyente adjunto para suspensión en jeringa prellenada	2017-41	CCF-5156-11-17
	32-7212	Mesalazina 1gramo. Supositorio (sinónimo: mesalamina)	2017-30	CCF-3750-08-17
Re-Inclusión 2017	06-3810	Fenilefrina hidrocloreuro 1%(10mg/ml) solución inyectable. Ampolla o jeringa prellenada con 1ml (Mantiene código 1-10-06-3810)	2017-46	CCF-5760-12-17
	38-4045	Gonadotropina coriónica 1000 unidades/mL. Polvo liofilizado. Inyectable. Frasco ampolla DE 5 mL Ó 10 mL o Gonadotropina coriónica 10.000 unidades/mL. Polvo liofilizado. Inyectable. Ampolla de 1 ml ó gonadotropina coriónica 5.000 unidades/mL. Polvo liofilizado. Inyectable ampolla con 1 mL ó 2 mL. Observaciones: (Se modifica descripción del código 1-10-38-4040 a corionogadotropina alfa (almacenable). Se asigna nuevo código en Z al	2017-39	CCF-4906-10-17

**Fuente:** Dirección de Farmacoepidemiología

Para el periodo comprendido 01-01-2018 al 26-02-2018; no constan registros que hagan referencia a la inclusión de medicamentos a la LOM.

**En cuanto al Estado del proyecto de ley para la adquisición solidaria de medicamentos y vacunas de alto impacto financiero:** Actualmente el proyecto de ley para la adquisición solidaria de medicamentos y vacunas de alto impacto financiero mediante Decreto Ejecutivo N.º 40896-MP del 21 de febrero del 2018 fue incluido en la Agenda Parlamentaria de la Asamblea Legislativa, para ser conocido en el período de sesiones extraordinarias.

Con la finalidad de mejorar la calidad y la oportunidad de la atención, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) amplió el despacho de medicamentos de su lista oficial (LOM) al primer y segundo nivel de atención. La medida procura garantizar a todos los pacientes, especialmente aquellos que residen en zonas alejadas de San José el acceso a los medicamentos, sin necesidad de que tengan desplazarse hasta los hospitales nacionales para recibir el tratamiento, lo que incidirá en el descongestionamiento de estos establecimientos de salud.

La disposición forma parte del Plan de Atención a las Personas aprobado por la Junta Directiva y el cual plantea la ejecución de una serie de diversas estrategias para agilizar la atención en todos los rincones del territorio nacional.

De las 681 presentaciones incluidas en la LOM, el 38% ya pueden ser despachadas en el primer nivel de atención y el 45% en hospitales periféricos y regionales. Esta decisión se pudo adoptar en virtud de que hubo un reforzamiento de recurso humano, de equipamiento y de infraestructura en esos niveles de atención. Esta ampliación del despacho de fármacos se dio a especialistas en medicina familiar, medicina paliativa, medicina interna, gastroenterología y medicina de emergencias.

Por ejemplo, la nitroglicerina que era un medicamento de uso exclusivo del tercer nivel de atención ahora puede despacharse en hospitales regionales y áreas de salud tipos 3 como los Centros de Atención Integral en Salud (CAIS). Este medicamento se emplea para la estabilización de pacientes con síndrome coronario.

También está el caso del Aciclovir, un antiviral que se despachaba en el tercer y segundo nivel, ahora se puede recetar en el primer nivel de atención. Este medicamento se emplea para el tratamiento del herpes. Adicionalmente, está el caso de la Hidroxizina en jarabe que se pasó del segundo nivel de atención al primer nivel de atención. Se trata de un antihistamínico y es de uso pediátrico.

Se tomó la decisión de ampliar el nivel de usuario del Irbesartán a los EBAIS lo que permite que los pacientes con hipertensión arterial no tengan que desplazarse hasta un segundo nivel de atención para retirar los fármacos. Se trata de un medicamento antihipertensivo que se emplea para el control de la hipertensión arterial.

## 7.22 Receta Digital en la CCSS

La receta electrónica funciona en 121 farmacias institucionales a lo largo y ancho del territorio nacional y la expectativa es que al finalizar el año 2018, todos los medicamentos se estén despachando mediante esa vía.

La receta electrónica ofrece una serie de beneficios a los pacientes que viene a mejorar la calidad y la seguridad del servicio, se reducen errores de digitación, de lectura, de

interpretación de los datos de manera que existe la certeza de las dosis y las indicaciones del medicamento prescrito.

Adicionalmente, mediante este mecanismo el paciente ya no hace la fila para la entrega de la receta, puesto que esta viaja electrónicamente desde el consultorio del médico hasta la farmacia del establecimiento de salud. Ahora simplemente debe presentarse a la farmacia a retirar los fármacos, lo que permite optimizar aún más el proceso y a reducir los tiempos de entrega de los medicamentos.

Entre otros de los beneficios tangibles de la receta electrónica se pueden citar los siguientes:

- Se reduce la posibilidad de errores de digitación y transcripción de la receta.
- Se eliminan los contratiempos originados por ilegibilidad de las recetas copias.
- Se evita que los pacientes tengan que buscar al médico prescriptor para aclarar dosis, indicaciones y nombres de medicamentos.
- El proceso es más rápido por cuanto la velocidad de ingreso de las recetas del consultorio a la farmacia se da en segundos, lo que se traduce en un beneficio para el paciente por la fluidez de la atención.
- Se eleva la seguridad y trazabilidad de la información entre sistemas en todo lo relacionado al proceso farmacoterapéutico del paciente.

Sin duda, dijo, es un salto cualitativo más de la implementación del Expediente Digital Único en Salud (EDUS).

### **7.23 Estrategia para la aplicación de la Fertilización In Vitro (FIV) como procedimiento de alta complejidad en el tratamiento de la infertilidad**

La aplicación de la técnica de Fertilización In vitro es un servicio de reciente creación en la institución, en atención de lo instruido por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, y la cual, ha finalizado a nivel de la institución la etapa de planificación y está actualmente en el desarrollo de la infraestructura, formación del personal especializado y la adquisición de insumos para su implementación. El desarrollo del tema se ha dado de forma inter gerencial, no obstante, a continuación, solamente se citan los logros de la parte que corresponde a esta Gerencia.

- Atención integral de las parejas sujeto de la denuncia
- Se elabora el Estudio Técnico de Demanda – Oferta de la prestación de servicios de salud a este nivel, obteniéndose como resultados: la demanda



potencial<sup>15</sup>, la necesidad de recurso humano especializado (31 plazas nuevas) y la necesidad de recurso humano adicional (7 plazas con especialidad no disponible en el país).

- Actualización sobre el estado del diseño y validación del “Manual de Procedimientos del proceso de atención de la pareja infértil y tratamiento con técnicas de alta complejidad”. Este es un documento dirigido a la Dirección del establecimiento y define como se organiza la prestación del servicio de baja complejidad, no obstante, no afecta de ninguna manera el proceso de implementación. Actualmente un avance del 95 % (se encuentra en proceso de validación), el plazo estimado para la finalización del documento y su respectivo aval por parte de la Gerencia Médica se estima a abril de 2018.
- Actualización sobre el estado del diseño y validación del “Manual de Procedimientos del proceso de atención de la pareja infértil y tratamiento con técnicas de baja complejidad”. Este es un documento dirigido a la Dirección del establecimiento y define como se organiza la prestación del servicio de baja complejidad, no obstante, no afecta de ninguna manera el proceso de implementación. Actualmente un avance del 95 % (se encuentra en proceso de validación) y el plazo estimado para la finalización del documento y su respectivo aval por parte de la Gerencia Médica se estima a abril de 2018.
- Capacitación y cooperación técnica internacional personal de salud clave:
- Capacitación y diagnóstico de necesidades para tratamientos con técnicas de Baja complejidad.
- Curso “Fundamentos de técnicas de laboratorio en baja complejidad reproductiva”
- Proyecto de Cooperación con Chile denominado “Fortalecimiento atención de la infertilidad en baja y alta complejidad” en coordinación con la Sub-área de Cooperación Internacional del CENDEISS
- Elaboración y firma de las fichas técnicas de equipamiento correspondientes al Laboratorio FIV y equipamiento médico de FIV.
- Elaboraciones de **fichas técnicas preliminares** de los insumos médicos y de laboratorio.
- Actualización del catálogo institucional de trámites con los insumos requeridos para la implementación de técnicas de alta y baja complejidad.
- Se crea un Fondo de 3.000 millones de colones para el refuerzo en equipamiento para el desarrollo de la técnica a nivel de baja complejidad, está en proceso de ejecución.
- Formación del recurso humano para este proyecto

---

<sup>15</sup> Demanda potencial-ciclos: 2016: 163, 2020: 170 y 2025:178

Tabla 42: Formación del Recursos Humano Especializado para la Fertilización In Vitro en la CCSS

ESTADO	NOMBRE	DISCIPLINA	PROGRAMA POR REALIZAR	CENTRO DE ESTUDIOS	INICIO	FIN	Dura
Funcionarios en formación	Dr. Kevin Leandro Sandí	Embriología Clínica Humana	Maestría en Embriología Clínica y Tecnología de la Reproducción Asistida	University of Leeds	20/09/17	20/09/18	1 año
	Dr. Juan Pablo Pacheco Rojas	Andrología	Maestría en Andrología	Universidad Autónoma de Barcelona/España	01/02/18	01/02/20	2 años
Funcionarios por iniciar formación en el 2018	Dr. Juan Carlos Villalta Fallas	Genética Humana	Programa de Especialización en Genética Médica	Universidad Pontificia Javeriana de Colombia	01/08/18	01/08/21	3 años
	Dr. Fabián Aragón Alvarez	Genética Humana	Programa de Especialización en Genética Médica	Universidad Pontificia Javeriana de Colombia	2019	2022	3 años
	Dra. Cinthya Campos Rojas	Psicología	Máster en Psicología de la Reproducción Humana Asistida: Aspectos Biopsicosociales	Universidad de Barcelona, España	oct-18	oct-20	2 años
Funcionarios por iniciar formación en el 2018	Dra. Ericka Arellano Cunningham	Trabajo Social	Máster en Psicología de la Reproducción Humana Asistida: Aspectos Biopsicosociales	Universidad de Barcelona, España	oct-18	oct-20	2 años
	Dra. Vivian Kellermann Guterman	Medicina Reproductiva	Técnicas de Reproducción Asistida	Instituto Nacional de Perinatología en México (INPER)	2019	2020	2 años
Sin definir centro de estudio	Dr. Max Andrés Ruiz Corella	Embriología Clínica Humana					

Fuente: Gerencia Médica

## 7.24 Se Negoció Propuesta de Conciliación por Demandas a la CCSS por FIV

Se realizaron importantes gestiones de negociaciones para el proceso de conciliación relativo a los aproximadamente 40 procesos judiciales en contra de la C.C.S.S. conexos a la temática de la Fecundación in Vitro. Con la participación de la Dirección Jurídica institucional, y el Lic. Hubert May, representante legal de los actores demandantes de los mencionados procesos judiciales reclamando la aplicación inmediata de la Técnica FIV. Arribando a una propuesta de conciliación adecuada, justa, y favorable tanto a los intereses institucionales como a los derechos de los afectados. Al día de hoy se han emitido los criterios técnicos y jurídicos pertinentes, siendo aprobado por todas las instancias administrativas requeridas. Estando únicamente pendiente dicha propuesta conciliatoria de ser revisada por el órgano competente de su aprobación, entiéndase la Junta Directiva de la institución, en virtud de la falta de quorum estructural requerido por ley para sesionar.

Planteándose el acuerdo conciliatorio a grosso modo en los siguientes términos:

Que la CCSS se compromete brindar a las parejas que participan en la conciliación los servicios institucionales para tratar la infertilidad humana, servicios que se regirán en particular por protocolos establecidos por la Institución para diagnosticar y tratar la infertilidad humana, lo que incluye el procedimiento FIV, en caso de ser necesario según protocolo y ser recomendado por el médico especialista de la CCSS. La atención iniciará en el momento que se homologue la conciliación y la posibilidad de la aplicación de la técnica FIV en el momento que la CCSS reciba la infraestructura destinada al efecto; y tenga plena capacidad para su aplicación.

La conciliación se encuentra condicionada a que los actores renuncien al cobro de todo tipo de rubro derivado de cada uno de los procesos y a todas las demás pretensiones incluidas las de daños y perjuicios, así como a las costas personales y procesales.

Actores y demandada se dan por satisfechas íntegramente no existiendo ningún otro reclamo contra la CCSS, por lo que en conjunto se solicitará se den por terminados todos los procesos aquí incluidos y se declare el archivo de los expedientes. Indicándose, además, que cada parte cubrirá sus propias costas personales y procesales, por lo que el archivo de los expedientes debe realizarse sin especial condenatoria en costas.

En los procesos en los que durante el trámite de conciliación se llegue a celebrar audiencia de juicio y esté pendiente el dictado de la sentencia de primera instancia, les aplicará las mismas condiciones del presente acuerdo, por lo que se solicitará al tribunal el desistimiento y archivo de los procesos, sin especial condenatoria en costas.

En los casos que ya se dictó una sentencia de primera instancia, y se encuentran elevados ante la Sala Primera de la Corte Suprema de Justicia pendiente de resolver el recurso de casación interpuesto, no obstante, las partes se comprometen en los mismos términos de la presente propuesta, y se comunicará al Tribunal Contencioso Administrativo y la Sala Primera de la Corte Suprema de Justicia, la renuncia al cobro de las costas concedidas en primera instancia, así como a los daños y perjuicios pretendidos en las demandas.

En los casos que ya se ha dictado sentencia de primera instancia, declarándose sin lugar la demanda en contra de la CCSS, se deben atener las partes a lo ya resuelto. Sin perjuicio de que a las parejas actoras se les brinde por parte de la CCSS el mismo servicio que se pondrá a disposición de quienes integran los demás procesos, asimismo, la CCSS desistirá del cobro de las costas ya concedidas en sentencia, siempre y cuando, esta contrapropuesta sea aceptada en su totalidad.

Los actores y demandada acuerdan que ante cualquier inconveniente que se presente durante la implementación de los servicios a los que se compromete la CCSS, acudirán para su resolución, en primer lugar, a las instancias administrativas correspondientes y no la judicial.

Encontrando el proceso de conciliación actualmente supeditado a la decisión de la Junta Directiva, para aprobar, improbar o modificar la propuesta de acuerdo conciliatorio.

En cuanto a los procesos judiciales ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Se presentaron informes relativo al proceso interno de acatamiento de la sentencia del Caso Artavia Murillo vs. Costa Rica, emitida por el tribunal interamericano, atinente a esta institución en cuanto a los siguientes puntos:

"( ...) incluir la disponibilidad de la FIV dentro de los programas de tratamientos de infertilidad en la atención de la salud del Estado, de conformidad con el deber de garantía respecto del principio de no discriminación."

"( ...) brindar a las víctimas atención psicológica gratuita hasta por cuatro años( ...)"

Remitiendo inclusive el informe del avance actualizado del proyecto denominado "Unidad de Medicina Reproductiva de Alta Complejidad (UMRAC), Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva", mediante el cual se pretende dar una respuesta institucional, pertinente, permanente y de alcance nacional, al empleo de la técnica de Fecundación in Vitro, a través de la atención de las parejas y mujeres sin pareja, con infertilidad que requieran de técnicas de reproducción humana asistida de alta complejidad, posterior a un estudio exhaustivo a través de factores por parte de las Unidades de Medicina Reproductiva de Baja Complejidad (UMRAB).

Aduciendo que, para la implementación de dicha técnica en la Caja Costarricense de Seguro Social, es necesario construir una unidad de medicina reproductiva de alta complejidad, que integre las necesidades de infraestructura, insumos, materiales, equipo y recurso humano necesario para garantizar las condiciones óptimas, en el Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva. En el presente informe se resume el monumental esfuerzo asumido por la institución para acatar a la mayor brevedad posible los preceptos definidos por la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

Haciendo mención en el cual la Gerencia Médica informa lo relativo a la atención psicológica brindada a las víctimas, de conformidad con lo establecido en la sentencia Caso Artavia Murillo vs. Costa Rica.

### 7.25 CCSS se une a Campaña “Métele un gol al Machismo” para Reducir la Violencia Doméstica durante el Mundial de Fútbol

Durante el mundial de fútbol Rusia 2018, la CCSS se comprometió con la campaña, Métele un gol al machismo, que tiene como objetivo reducir la violencia doméstica durante la época del Mundial, es la campaña a la que se une la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) para erradicar la violencia intrafamiliar.

En el primer semestre del 2017, esta institución atendió más de 7 mil casos relacionados con violencia intrafamiliar, de los cuales el 73% eran mujeres. A raíz de la situación, la Caja busca combatir la violencia desde su origen a través de campañas como esta.

Es por eso por lo que con Métele un gol al machismo, la Caja propone cambiar comportamientos y costumbres machistas que actualmente se han naturalizado. Por esa razón, la CCSS decidió también, hacer uso del importante liderazgo que tienen al ser miembro del Sectores Salud, Nutrición y Deporte, un sector eminentemente femenino y de alta profesionalidad de miles de mujeres.

Por esa razón y con motivo del Día Internacional de la Mujer, publique en nuestra web y medios digitales la siguiente reflexión como Presidente Ejecutivo y exMinistri de Salud del país, bajo el título: *Mujeres, auténtico Pilar de la CCSS, del Sector Salud y la Sociedad.*

*Desde el año 1975, muchos países del mundo celebran el 8 de marzo como Día Internacional de la Mujer. Costa Rica es uno de ellos. La fecha busca hacer un reconocimiento a los avances y logros de las mujeres en distintas ramas, y especialmente en cuanto a igualdad de género.*

*Es por eso, por lo que quisiera aprovechar para enviar un reconocimiento a todas las mujeres en este día y todos los días, un saludo inédito a las funcionarias de la CCSS y el Sector Salud en general, que históricamente nos dejan muy en alto local e internacionalmente con sus distintos aportes, su mística y vocación, en especial a tantas mujeres pioneras en sus campos, y que han debido enfrentar grandes obstáculos para surgir en este campo. Adicionalmente, quisiera reconocer la labor de todos los hombres que las apoyan, para que cada día logremos un mejor balance e igualdad real.*

*Creo oportuno realizar un recorrido por algunos de los más importantes logros e innovaciones en salud femenina que nuestra Institución pone al servicio de todas las mujeres costarricenses, y con los cuales busca mejorar su calidad y condiciones de vida. Desde sus inicios y razón de ser en la década de los 40s, la Caja Costarricense del Seguro Social está intrínsecamente relacionada con la mujer y procurar su salud y bienestar. Actualmente algunos de los principales aportes son:*



- *Enfoque en parto humanizado, para el cual se están haciendo esfuerzos por nacionalizar este modelo de atención de comprobado éxito para miles de madres y sus bebés*
- *Banco de Sangre de Cordón Umbilical, que forma parte del Modelo en Red de Gestión de Donación y Trasplantes de la Caja Costarricense de Seguro Social y en el cual muchas mujeres al convertirse en madres pueden además donar vida, mediante la donación del cordón de sus bebés.*
- *Capacitación y adecuación de modelos de atención de adolescentes y madres adolescentes, incidiendo también en la calidad de la salud materno-infantil y previniendo embarazos adolescentes.*
- *Promoviendo espacios de lactancia materna y control materno-infantil (vacunación)*
- *Prevención de enfermedades crónicas que más afectan la salud de las costarricenses con impulso a estilos de vida saludables y detección temprana a de condiciones de salud de riesgo.*
- *Combatiendo los tipos de cáncer que más afectan la salud femenina en el país y brindado apoyo en estos procesos.*
- *Atendiendo las necesidades de la mujer adulta mayor, población indígena o afrodescendiente.*
- *Aseguramiento especial para Trabajadoras Domésticas, entre otros.*

*Nuestro equipo humano de colaboradoras deja huella en la salud pública y femenina a nivel nacional e internacional, auténtico pilar del Sector Salud y es por eso por lo que durante este mes estaremos destacando los casos de varias figuras femeninas que merecen ser conocidas por todos. Adicionalmente, creemos que ustedes, son nuestros mejores embajadores para dar a conocer los servicios que la Caja pone a disposición de todas las mujeres.*

*Los invito a conocerlos, divulgarlos con sus familiares y amigos, y así puedan contribuir a nuestra misión de que todas las mujeres del país se comprometan con el cuidado de su salud, y aprovechen nuestras iniciativas para ellas lo cual incide también en sus familias y seres queridos.*

*Agradezco profundamente la dedicación y entrega de cada una de nuestras 32.528 colaboradoras (un 58%) por hacer de ésta una gran Institución, a las forjadoras del Sector Salud y a las mujeres líderes de su hogar o quehacer en general. Honramos su trabajo y estamos comprometidos con apoyar su desarrollo y construir todos juntos, un mundo más justo.*

## **7.26 Cuidados Paliativos y Control del Dolor como eslabón de la atención integral**

Como publiqué en mi columna digital sobre el tema:

*El dolor es inherente a la existencia del ser humano. En condiciones habituales, es uno de los mecanismos de defensa corporal más importantes. Una posición inadecuada y prolongada en el tiempo, podría ser perjudicial para nuestra salud. En poco tiempo, el dolor en algunas partes de nuestro cuerpo o simplemente, la incomodidad, nos comunica la necesidad de cambiar nuestra postura por una más saludable, por ejemplo. Por otro lado, el dolor asociado a la enfermedad es sin duda alguna, uno de los síntomas más comunes.*

*El concepto moderno de atención integral en salud pretende que las organizaciones que ofrecen este tipo de servicios sean capaces de asegurar una relación médico-paciente o profesional de salud-paciente, que responda a las exigencias de un proceso salud-enfermedad entendido en toda su magnitud. El dolor forma parte de ese proceso. Por esa razón, es que las ciencias médicas desde sus inicios se han abocado a tratar los síntomas de la enfermedad y los efectos secundarios de los tratamientos, como una de sus prioridades.*

*En Costa Rica, hemos tenido la suerte de contar con profesionales visionarios que han sabido modernizar la atención que reciben los pacientes, incorporando nuevas especialidades como la noble y necesaria Medicina Paliativa en Adultos y la Subespecialidad en Clínica y Terapia del Dolor de los médicos especialistas en Anestesiología y Recuperación. Uno de los médicos que ha liderado ese proceso es sin duda, el Dr. Isaías Salas Herrera, luego de haberse formado en el Reino Unido en ese campo y haber traído su conocimiento y experiencia a nuestro país.*

*La Caja Costarricense de Seguro Social ha decidido invertir en el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, con aportes de la sociedad costarricense bajo la figura de la Fundación Pro-Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos y con aportes de la Junta de Protección Social, entre otros. La intención, es contribuir a desarrollar una verdadera Red Nacional de Atención del Dolor y de Cuidados Paliativos, que, trabajando articuladamente con el Consejo Nacional de Cuidados Paliativos adscrito al Ministerio de Salud y con las respectivas asociaciones de especialistas del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, contribuya a regular la actividad tanto en el sector público como en el privado. Es esencial, crear normativas de atención, consensos, protocolos y guías clínicas que orienten adecuadamente y con lineamientos claros a profesionales de salud en general, a la hora de atender a estos pacientes.*

*Otra de las actividades notables que debe propiciar este centro especializado, es contribuir con la formación y la capacitación de profesionales de salud y muy especialmente a médicos, para garantizar la buena atención a largo plazo. En ese proceso, la investigación biomédica es determinante, para documentar experiencias en este campo tan especializado. Debemos investigar y publicar los resultados en medios de impacto global. Hay mucho por mejorar en la búsqueda de mejores*

*fármacos, que actuando solos o combinados en forma de cocteles, sean realmente efectivos.*

*En el manejo adecuado del dolor y de su prevención, es fundamental la promoción de la salud y de estilos de vida que mejoren los niveles de umbral del dolor. Buenas prácticas deportivas, frecuente y adecuada actividad física y mental, reducir la farmacodependencia y de sustancias ilícitas, mantener una alimentación apropiada, entre otras, han demostrado ser muy útiles para alcanzar este propósito. Por otro lado, la Fe, la espiritualidad y la búsqueda de la paz interior y la compañía de la familia o los seres queridos, pueden ser de utilidad a la hora de enfrentar el desenlace de diagnósticos de gravedad absoluta o extrema y en procesos clínicos terminales. La atención paliativa, es una de las actividades asistenciales más imperiosas y nobles que han existido siempre.*

*Es primordial que la sociedad civil organizada continúe contribuyendo a mejorar la atención de estos pacientes en todo el territorio nacional y que formen parte de esta red oficial. Al mismo tiempo, es básico que los entes reguladores y autoridades de salud de nuestro país, acompañemos a las asociaciones, fundaciones y otras figuras de organización social, a que desempeñen su labor, siguiendo los lineamientos establecidos para tal efecto. El paciente como centro lo requiere y Costa Rica lo merece.*

Dentro de los principales logros identificados en este programa destacan:

- Se trabajó en el desarrollo y fortalecimiento de las políticas de cuidados paliativos, en todos los niveles de atención, especialmente en el primer nivel, integrando la comunidad y el hogar Resolución de la OMS, 2014, WHA67.19 “Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life-course”.
- Ajustándonos a esta línea de acción señalada por la OMS, en este período se brindó capacitación al primer nivel de atención logrando formar y sensibilizar en Medicina Paliativa y Control del Dolor a los profesionales de la salud (Médicos, Enfermeras, Psicólogos, Farmacéuticos y Trabajo Social), de las siguientes regiones y áreas: Área Región Brunca, Chorotega, Atlántica, AS Paraíso-Cachi, AS El Guarco, AS Oreamuno, AS Goicoechea, AS Acosta, AS Mata Redonda-Hospital, AS Coronado y AS Catedral.
- Programa de Capacitación Virtual, CENDEISSS, más de 1.300 funcionarios matriculados procedentes en su mayoría de primer y segundo nivel, donde destacan Médicos Generales, Enfermeros, Psicólogos y Farmacéuticos quienes aprobaron el curso en Control del Dolor y Cuidados Paliativos.
- Se continúa con el objetivo de homologar criterios en cuanto al manejo integral del programa a nivel de la Red de Clínicas de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, logrando realizar capacitaciones dirigidas a los siguientes

profesionales: Terapia Física, Nutrición, Terapia Respiratoria, Enfermería y Farmacéuticos, por medio de reuniones programadas con cada gremio profesional y talleres. Del Programa de Posgrado en Residencias Médicas de la Especialidad en Medicina Paliativa CENDEISSS-UCR-CCSS, han egresado 22 nuevos Médicos Paliativos a la fecha, quienes han venido a reforzar la Red de Clínicas de Control del Dolor y Cuidados Paliativos.

- Creación de nuevas Clínicas de Control del Dolor y Cuidados Paliativos para garantizar el acceso eficiente, eficaz y humanizado para la población afectada, a saber: H Liberia y Alajuela, AS Carrillo, AS Buenos Aires, AS Oreamuno, AS Juntas de Abangares, AS Paraíso y Cachi, AS Goicoechea, AS Zapote-Catedral y AS Mata Redonda.
- Reuniones de Coordinación con la Red de Clínicas de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, participan en promedio 100 profesionales en Ciencias de la Salud que conforman los equipos de trabajo de las 54 clínicas existentes a lo largo y ancho del país. Estas sesiones de trabajo se realizan por medio de 5 reuniones presenciales en CEDESO y 5 sesiones por Telemedicina, donde se abordan temas de índole Médico-Técnico y Administrativos.
- Inauguración del CNPCPD obra por un costo de 6 mil millones de colones y la dotación de 53 plazas
- Actualización e implementación del cuadro básico esencial de medicamentos.

### 7.27 Abordaje de la Nefropatía Mesoamericana<sup>16</sup> (MeN)

Respecto de la atención integral de esta patología, se elabora el Plan de abordaje de la Enfermedad Renal Crónica, para lo cual, se elaboró la Guía de Atención de Enfermedad Renal Crónica con clasificación y enfoque de riesgo asociado a evento cardiovascular mayor.

Además, se contabilizan otros logros a este nivel:

- Se gestionó con la Junta de Protección Social, la construcción de la Unidad de Diálisis Peritoneal en el Hospital Enrique Baltodano.
- Gestión de decretos de Ley por parte de los Ministerios de Salud y Trabajo a partir de investigaciones realizadas por la Caja Costarricense de Seguro Social
- Decreto No. 39709-S. Zonas endémicas para la vigilancia epidemiológica de la enfermedad renal crónica, que impulsé como Ministro de Salud.
- Decreto No. 39147 S-TSS. Reglamento para la prevención y protección de las personas trabajadoras expuestas a estrés térmico por calor, que impulsé como Ministro de Salud y vicepresidente del Consejo de Salud Ocupacional (CSO).

---

<sup>16</sup> MeN: Mesoamerican Nephropathy

- Decreto N.º 39589-S. Oficialización de la norma de hidratación de las personas expuestas a estrés térmico por calor en actividades físicas de tipo laboral de riesgo IV, que impulsé como Ministro de Salud.
- Decreto No. DM-FP-8138-2016. Acuerdo para Declarar de Interés Público y Nacional La Norma nacional para la prevención, detección y atención a las personas con enfermedad renal crónica, que impulsé como Ministro de Salud.
- Decreto No. 40556-S. Nuevo “Reglamento de vigilancia de la salud”, que impulsé y reformé como Ministro de Salud.
- Decreto No. 38372-S: “Creación de la Comisión de Gestión Institucional e Interinstitucional de Nefropatía Mesoamericana”, de abril del 2014.
- Instrumentos técnicos que norman la atención y la Vigilancia Epidemiológica de la Enfermedad Renal Crónica en los servicios de salud.
- Fortalecimiento de la Atención Integral de la Enfermedad Renal Crónica a nivel las tres redes de prestación de servicios de salud: La inversión inicial ascendió a ¢840.331.600 en la segunda mitad del 2017 y primer semestre 2018, con la creación de un total de 40 plazas nuevas en las diversas disciplinas para la atención en salud distribuidas en centros de atención de donde predominan centros fuera del Gran Área Metropolitana. El proyecto fue aprobado por Junta Directiva documentado en el inciso 5, artículo 17 de la Sesión No 8919 de agosto del 2017 con la denominación **Propuesta atención integral de la Enfermedad Renal Crónica**
- Fortalecimiento de capacidad diagnóstica y de manejo de pacientes con Hidroarsenismo Crónico Regional Endémico en comunidades afectadas
- La Enfermedad Renal Crónica se ha desarrollado en algunas comunidades donde se cuenta con elevado nivel de arsénico en las aguas de consumo comunitario. Por esta razón y en respuesta a la solicitud de las comunidades de Bagaces y Cañas se estableció un programa de transferencia de conocimientos en la entidad inducida por el arsénico.
- El proyecto fue desarrollado en coordinación con el proyecto de cooperación entre el Gobierno de Argentina y Gobierno de Costa Rica y que incluye: Capacitación de 5 funcionarios institucionales de los niveles asistenciales en salud y que brindan atención a las zonas afectadas por arsénico en las aguas. La capacitación está proyectada para el 2018 en zonas de mayor afectación por esta entidad en Argentina.
- Fortalecimiento del conocimiento a nivel local de atención en Costa Rica por medio de la capacitación sobre la entidad, dada por expertos argentinos en el tema. Diagnóstico clínico por parte de expertos argentinos en las comunidades afectadas de Bagaces y Cañas en Guanacaste.
- Inversión total en el proyecto de ¢27.059.239.00



## 7.28 Programa para la Normalización de la Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas

El tema ha sido trabajado desde la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, por medio de la designación de un Programa de Normalización de la Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas, instancia que coordina técnicamente con las diferentes instancias de la CCSS, para la mejora en la calidad de atención de estas poblaciones, tomando en consideración sus particularidades y en donde destacan los siguientes avances:

- Suscripción de un acta de acuerdos entre la CCSS y RIBCA en la Región Huetar Atlántica, para la mejora de los servicios en la zona, desde lo solicitado por las Asociaciones de Desarrollo Indígena.
- Elaboración de un Plan de Acción con Comunicación Organizacional Institucional para información, comunicación y educación a personas indígenas y funcionarios/as de salud:
- Realización de boletines para la Web Master.
- 06 cortos radiales presentados en Radio Sinfónica,
- Programación trimestral en el Programa Salud para Todos (temas: atención oftalmológica en RSSHA, atención dermatológica en Alta Talamanca y Aproximación intercultural entre la CCSS y la Red Indígena Bribri Cábecar) Material INFOCAJA con información para población indígena denominado: “Cuido mis ojos”.
- Elaboración de una Jornada de atención Oftalmológica en el CAIS de Siquirres para la atención de las Poblaciones Indígenas Aseguradas: Se valoraron un total de 162 usuarios en las zonas indígenas de la Región Huetar Atlántica, y se realizaron 44 cirugías para los 24 pacientes.
- Elaboración conjunta la iniciativa técnica: “Atención a las Indígenas Embarazadas que Consultan al Hospital de Ciudad Neilly, utilizando diferentes modalidades de Parto, Según la Cultura Indígena, con evidencia de su efectividad y beneficios para la Usuaría, el Neonato y los Servicios de Salud”. (2016 en adelante). Proceso de operacionalización.
- Fortalecimiento y / o implementación de la estrategia de Telemedicina Institucional para la prestación especializada de Poblaciones Indígenas de mediano y difícil acceso geográfico y cultural, para el 2018 iniciando con el EBAIS de Grano de Oro y especialidad de dermatología.
- Trabajo inter programático de Salud de la Mujer Indígena (trato humanizado, enfermedades de transmisión sexual y planificación familiar) entre los Programas de Normalización para la Atención a la Salud de la Mujer y Normalización para la Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas: Aplicación de instrumento a personal de salud que atiende Mujeres Indígenas.

- Sensibilización al personal institucional respecto al trabajo de ATAPS indígenas en zonas de difícil acceso geográfico

### 7.29 Plan Estratégico para el fortalecimiento de la Promoción de la Salud de los servicios de salud institucionales

En oficio de la Presidencia Ejecutiva PE 1372-18 junto a otras acciones, se instruyó a la Dirección de Servicios de Salud que se impulsara la participación de la CCSS en el nuevo **Modelo de Rectoría de la Promoción de la Salud** impulsado por la primera Viceministra de Promoción de la Salud de la Histórica y por mí, como Ministro de Salud en su momento.

En el segundo semestre del 2017 la Junta Directiva toma el acuerdo firme y por unanimidad de aprobar el Plan Estratégico para el fortalecimiento de la Promoción de la Salud de los servicios de salud institucionales y apoya con los recursos suficientes para su implementación y la contratación de nutricionistas, promotores de la salud y educadores físicos, según el cronograma del plan.

Un paso previo y necesario, para hacer realidad este proceso y la posibilidad de que se pudieran contratar los Promotores de la Salud que ya se estaban graduando a plenitud en la Universidad de Costa Rica; **como Ministro de Salud propuse la incorporación de estos profesionales al Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, hecho que se consiguió oficialmente en el 2015 y la posterior incorporación de la profesión como especialidad, dentro del sistema del Servicio Civil oficial de Costa Rica en el 2016.** Hoy en día, se están contratando Promotores de la Salud en el Ministerio de Salud y en la CCSS, para fortalecer este Plan Estratégico y el nuevo Modelo de Rectoría de Promoción de la Salud, que esperamos empiecen a generar el cambio necesario en nuestra sociedad para mejorar la salud aún más, en Costa Rica.

El plan estratégico contempla puntualmente:

- La Incorporación del Promotor de la Salud, Educador Físico y Nutricionista en los Equipos de apoyo de las respectivas Áreas de salud.
- Desarrollo de Documentos de Normalización técnica para el desarrollo y ejecución de las diferentes intervenciones técnicas en promoción de la salud.
- Oferta de servicios en promoción de la salud establecida en forma permanente.
- Adecuación de Infraestructura, provisión de equipo, suministros y recursos financieros necesarios.
- Capacitación del personal de salud

Para lo cual, se aprueban los recursos financieros suficientes para afrontar los costos estimados por Área de Salud y por año que rondan los 163.000.000 de colones y que se irán utilizando para implementar en las siguientes regiones y áreas de salud.

- Región Central Norte: 26 áreas de salud.
- Región Chorotega: 13 áreas de salud.
- Región Huetar Atlántica: 8 áreas de salud.
- Región Pacífico Central: 11 áreas de salud.
- Región Huetar Norte: 8 áreas de salud.
- Región Brunca: 6 áreas de salud.
- Región Central Sur: 32 áreas de salud.

En mi artículo publicado en medio electrónico masivo, llamado de Upala a Londres: Descubriendo la Obesidad, abordé este asunto conceptualmente.

*Cuando llegué a Dos Ríos de Upala para efectuar mi Servicio Social, me di de frente con una de las realidades de nuestro país, a la hora de abordar el discurso nutricional que algunos médicos solemos predicar desde el púlpito de la consulta del EBAIS. Con frecuencia, atendía a mujeres evidentemente obesas que acudía a la consulta con sus hijos e hijas, también obesos o con sobrepeso, luego de caminar 9 o 10 kilómetros de distancia para llegar al Centro de Salud. Al preguntar por su dieta, describieron unos hábitos alimenticios que rara vez olvidaban grandes cantidades de arroz con algo de frijoles, cuajada, pan y pasta y como no, grandes cantidades de “fresco”. Una especie de refresco natural o artificial, dulcemente sobrecargado.*

*Cuando recomendé que incluyeran frutas y verduras, me recordaron inmediatamente, que los árboles frutales habían desaparecido de las cercas y las huertas, brillaban por su ausencia en sus productivas parcelas. De comprarlas, ni hablar. La única pulpería del pueblo las vendía a precio de oro. Yo, lo confirmé en persona. No en pocos lugares, comer “sano” es un lujo. Comer lo que hay, no es una opción, es la única alternativa.*

*Finalmente, hice el intento de que moderaran la cantidad de alimentos consumidos al día. Algunas mujeres que, siguiendo mi consejo y lo intentaron; recibieron advertencias claras por parte de sus maridos e hijos mayores, que a pesar de que laboraban duramente en el campo (actividad física no es igual a ejercicio), se mantenían con algún nivel de sobrepeso u obesidad también; que, si les quitaban su ración de “pinto”, se buscarían otra mujer o madre que los chineara. Como les había mencionado, me di de frente con la realidad.*

*Varios determinantes de la salud son fácilmente identificables en esta historia, a pesar de no haber mencionado ninguna cadena de comida rápida o mal llamada “chatarra”, ningún refresco gaseoso en particular, ni ningún producto empacado tipo “snack”*

concreto. Satanizar productos específicos, es un error. Como publiqué hace muchos años, en la Tiranía de la Sanidad: “No existe la comida basura, existen dietas basura”.

Posteriormente, al ejercer en España, tuve la oportunidad de mantener una exquisita relación con lo que ahí se conoce como La Dieta Mediterránea. Lamentablemente, la población joven de ese país se encuentra en franco proceso de cambio de hábitos alimentarios y una de sus consecuencias, ha sido la obesidad infantil y no tan infantil e inocente.

Simultáneamente, pude ser testigo de un interesante experimento llevado a cabo en uno de los lugares de trabajo donde pude desempeñarme, esta vez como Director Médico de una compañía transnacional de seguros. Un grupo de empleados, preocupados por la situación de sobrepeso de la oficina, sustituyeron las típicas reposterías y bollerías de las reuniones por opciones más ligeras y la mitad de las máquinas de gaseosas y “snacks”, por máquinas que ofrecían jugo de naranja natural recién exprimido y opciones de frutas enteras o procesadas. Ellos, me aseguraban, que habían conseguido que la media de sobrepeso y obesidad de la oficina descendiera y se estabilizara.

Lo cierto es, que la disponibilidad de alimentos al alcance de la mano, el bolsillo y o la mente, es fundamental para poder mantener un balance idóneo entre la ingesta (consumo de alimentos) y el gasto (consumo de energía corporal-mental). Al mismo tiempo, hoy en día sabemos que la publicidad y las técnicas de mercadeo se han desarrollado lo suficientemente, como para que ese balance idóneo se encuentre comprometido.

Algunas veces, esta batalla por vender un producto, parece ser una lucha desigual. Como bien nos contaba una profesora de la London School of Hygiene and Tropical Medicine, durante una feria de “como alimentarse bien” para niños que se llevó a cabo en el Reino Unido en la que ella participó, su grupo trató de promocionar el consumo de frutas y verduras con educadoras de salud que cantando y jugando hacían que los niños y niñas hicieran ejercicios y con personas disfrazadas de zanahoria y brócoli.

Al mismo tiempo, en la acera de enfrente, la compañía británica de chocolates más importante simplemente contrató a David Beckham para promocionar sus productos. Al verlo, se pasaron de lado los niños y niñas, educadoras y promotoras de la salud incluidas. Sin duda alguna, la cantidad de recursos que se destina a la publicidad y al mercadeo, atado a una buena estrategia de ventas, surtirán efecto tarde o temprano. Inglaterra, es un país acostumbrado al concepto de “desiertos de alimentos saludables”. El famoso “Fish and Chips” británico, fritanga de pescado y papas, no es la misma cuando se fríe en manteca que cuando se prepara en aceite de oliva, por ejemplo.

Se han probado, en distintos lugares del mundo, varias medidas restrictivas impulsadas como Intervenciones de Políticas de Salud Intersectoriales (IPSI). Algunas exitosas y otras, de dudoso efecto. Por ejemplo, se han llegado a prohibir los saleros en restaurantes. Impuestos exorbitantes a un producto, parece ser que solo estimula el consumo de algún otro sustituto. Controles que utilizan el etiquetado como medio, no siempre controlan. Es mejor educar al público, que informarlo solamente. Hay evidencia fehaciente, de que los fabricantes pueden reducir de forma paulatina y sin que los consumidores lo recientan, la cantidad de endulzante o sal utilizado en sus productos.

En cualquier caso, las autoridades de salud no podemos quedarnos simplemente a la expectativa. Debemos actuar de forma efectiva, tratando de que las personas dispongan de la educación suficiente, como para saber identificar ese punto de equilibrio, en el balance idóneo que describimos anteriormente. Reconocer, que la disponibilidad y accesibilidad de los alimentos es determinante en este proceso y que la población infantil, debe ser protegida responsablemente por la autoridad y la sociedad en general.

Recientes esfuerzos Intersectoriales de búsqueda de soluciones conjuntas entre Ministerios como el de Educación y el de Economía, Industria y Comercio y no solamente el de Salud. Alianzas público-privadas entre miembros de la Cámara Costarricense de la Industria Alimentaria (CACIA) y entidades estatales como el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA) e investigaciones desarrolladas por la Universidad de Costa Rica, entre otras Universidades y centros de investigación, con el apoyo de organismos internacionales como Unicef, FAO, OPS y PNUD, entre otros, son la mejor forma de abordar estos problemas de mala nutrición, integralmente.

### **7.30 Plan de atención integral a la patología Cardiovascular**

La atención de la patología Cardiovascular ha sido un tema de vital atención por la Gerencia Médica, como parte de las acciones desarrolladas de manera específica para el abordaje de la patología cardiovascular, ha identificado ejes de acción que permiten establecer la priorización y la toma de decisiones, para impactar integralmente este evento, desde diversos ámbitos, a fin de disminuir su nivel de afectación en la población general.

La mayoría de estas acciones se generan como parte de las “Estrategias para el abordaje de la enfermedad cardiovascular en la CCSS”, presentadas por la Gerencia Médica, a la Junta Directiva el 29 de abril del 2015 y aprobadas mediante artículo 8º de la sesión N.º 8775, celebrada el 7 de mayo de 2015.



Producto de estas estrategias, se operacionalizan acciones específicas contenidas en el “*Plan para el abordaje Integral de la Patología Cardiovascular*” aprobado por la Junta Directiva en el artículo 10 de la sesión 8825 del 11 febrero 2016.

A continuación, se presentan los logros obtenidos por cada eje definido:

### Análisis Epidemiológico

- Aplicación de encuestas de factores de riesgo y los estudios de la carga de la enfermedad, entre otros. Permite llevar el pulso de la evolución de la prevalencia de diagnósticos trazadores, al mismo tiempo que permite identificar los factores de riesgo asociados que deben abordarse integralmente.
- Generación de un tablero virtual (dashboard), que se ha venido desarrollando desde aproximadamente el año 2016, pero apenas inicia su proceso de socialización con los niveles locales en el año 2017. Este tablero, incorpora información desglosada por provincia, región y área de salud, sobre varios eventos, que en lo relacionado con patología cardiovascular, incorporan el infarto agudo de miocardio y el accidente vascular cerebral, como manifestaciones finales, permitiendo a los gestores de regiones, hospitales y áreas de salud identificar el comportamiento de su población adscrita en torno a estos diagnósticos y compararse con el nivel nacional o regional.
- Desarrollo de Estudios de carga de la enfermedad que brindan una perspectiva aún más amplia del impacto económico y social de la enfermedad cardiovascular en la población, siendo que en el documento denominado “La esperanza de vida saludable y la carga de enfermedad-Costa Rica, en el marco de la meta del sector salud 2015-2018”, elaborado en la institución.

### Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad

- El fortalecimiento de la participación intersectorial en promoción de la salud, así como un enfoque en las estrategias de comunicación. Se exponen a continuación las estrategias desarrolladas por la Dirección de Comunicación Organizacional de manera conjunta con las dependencias institucionales relacionadas. El resumen de las acciones se presenta en la siguiente tabla

Tabla 43: Actividades de Comunicación

ESTRATEGIA	ESTADO DEL PROCESO	INSTANCIAS INVOLUCRADAS
CAMPAÑA ACTIVIDAD FÍSICA	Realizado 2017	La campaña se programó con la subárea de Deporte y Recreación de la Gerencia Administrativa de la CCSS

ESTRATEGIA	ESTADO DEL PROCESO	INSTANCIAS INVOLUCRADAS
Proyecto Integral de Comunicación y Educación para la prevención del inicio del fumado	Realizado y ejecutado desde 2014 al 2017	La propuesta incluyó la participación de la subárea de Deporte y Recreación.  El proyecto contra el cáncer de la Gerencia Médica.
Promoción de estilos de vida saludables para la prevención de sobrepeso y obesidad infantil	En proceso de ejecución	La estrategia incorporó al programa Salud del Niño y la Subárea de Deporte y Recreación de la CCSS

**Fuente:** Dirección de Comunicación Organizacional, CCSS.

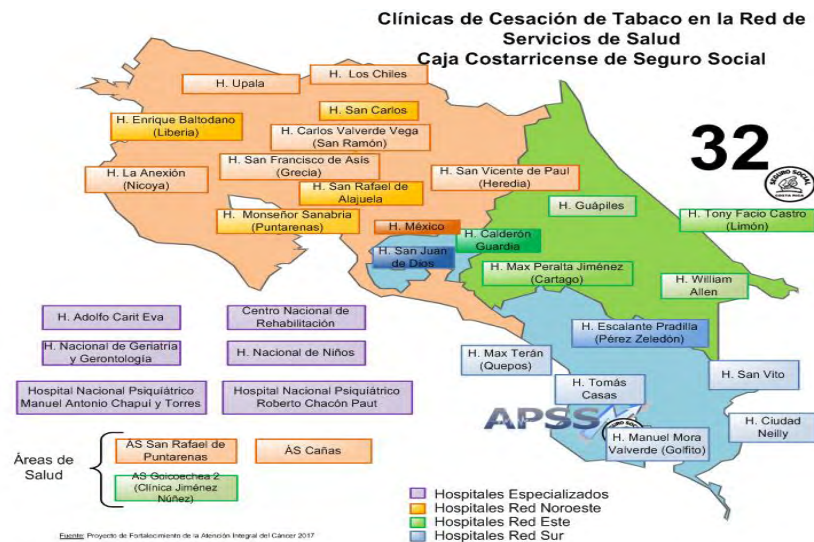
En lo relacionado con la gestión interinstitucional, se desarrolla un pasacalle en el Festival de la Luz del año 2017, en el que se contó con la participación de un mimo para brindar educación a la población y entrega de material educativo.

- Incorporación del Perfil de Promotor de la Salud en el equipo de apoyo de las Áreas de Salud, creándose las primeras plazas en el año 2017, donde las mismas se incorporan en las regiones con mayor incidencia de enfermedad cardiovascular, iniciando en la primera fase con la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Norte, misma que cuenta actualmente con 7 promotores de salud laborando en las siguientes áreas de salud: Tibás, Uruca, Heredia-Cubujiqui, Santo Domingo, Alfaro Ruiz, Santa Bárbara, Atenas y Palmares. Actualmente se han desarrollado con estos funcionarios en los equipos de apoyo trabajo en la comunidad encaminados a promocionar y educar a la población en mejoramiento de estilos de vida saludable y prevención de los factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular.
- Fortalecimiento de la prestación de la disciplina de nutrición: La dotación de nutricionistas, se desarrolla de manera conjunta con los promotores de salud, a fin de que se dé un fortalecimiento integral de los establecimientos que los reciben.
- Perfil del Educador Físico y prescripción del ejercicio: En concordancia con las acciones integrales de promoción de la salud, se desarrolla también un "Plan Estratégico para el fortalecimiento de la Promoción de la Salud desde los servicios de salud institucionales" mismo que incorpora el perfil del educador físico dentro de la institución, como apoyo interdisciplinario en los diferentes niveles de atención, así como el desarrollo de las capacidades para la prescripción del ejercicio físico por parte de los Médicos generales en el primer nivel de atención. Estas acciones se desarrollan paralelamente y se encuentran avanzadas, siendo que ya se han realizado acciones para validar el perfil del educador físico y se avanza en el documento técnico para prescripción del ejercicio. Los documentos técnicos desarrollados, se listan

a continuación: Manual de Promoción de la Salud, Manual de Educación en ECNT y Manual de Prescripción de Ejercicio

- Clínicas de cesación de fumado: Estas clínicas inician en el año 2013, estableciendo su conformación, capacitación y equipamiento; siendo que a noviembre del año 2017 se dispone de clínicas en todos los hospitales Nacionales Generales y Hospitales Especializados, así como todos los Hospitales Regionales y Periféricos, además de 3 Áreas de Salud (Clínica Jiménez Núñez, Clínica San Rafael de Puntarenas y CAIS de Cañas).

Figura 21: Ubicación Clínicas de Cesación de Tabaco



**Fuente:** Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer.

Los resultados grupales obtenidos en el periodo 2015-2017, incluyen:

- Número de grupos que realizaron la terapia grupal (2015-2017): 180 grupos
- Número de pacientes que iniciaron la terapia: 2185.
- Pacientes que completaron la terapia: (N: 1767) 81%.
- Pacientes que dejaron de fumar: (N: 1605) 90%.
- Abstinencia a un año: 78% (reporte de 23 centros).
- Proporción de hombres/mujeres: 57% hombres/43% mujeres.
- Utilización de Vareniclina: 42% de los pacientes.
- 30% de los pacientes presentaban estados de depresión.

- 33% de los pacientes presentaban estados de ansiedad.

El impacto de este esfuerzo es notable y los resultados de una estrategia enfocada y dirigida como esta, es un logro importante para la salud de la población desde el ámbito de la prevención.

### Diagnóstico y tratamiento oportuno y Rehabilitación

El primer nivel de atención representa la entrada hacia la red institucional de servicios de salud, por lo que se ha priorizado su fortalecimiento progresivo, dado su rol protagónico en la atención integral, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Este proceso se ha desarrollado paulatinamente, no obstante, a la fecha, se cuenta con casi la totalidad de las áreas de salud re sectorizadas. De esta manera se han fortalecido progresivamente las áreas de salud con nuevos EBAIS en horario tradicional y no tradicional.

Adicionalmente, se han desarrollado acciones específicas, para actualizar lo concerniente a la atención en el I Nivel de atención, mismas que se listan a continuación:

- Guía de Prevención Cardiovascular
- Guía de Atención de Síndrome Coronario
- Guía de Atención de Diabetes (actualización)
- Guía de Atención de HTA (actualización)
- Guía de Atención de Dislipidemia (actualización)
- Guía de Atención de Enfermedad Renal Crónica con clasificación y enfoque de riesgo asociado a evento cardiovascular mayor (AVC, Síndrome Coronario Agudo y Enfermedad Arterial Periférica).
- Fortalecimiento del segundo nivel: Se ha realizado inversión para el fortalecimiento de Hospitales Periféricos, específicamente el Hospital William Allen Taylor de Turrialba, Hospital de Grecia y Hospital de La Anexión.

Tabla 44: Inversión en infraestructura y equipo, Hospitales Periféricos, CCSS

EQUIPO	CANTIDAD
Eco cardiógrafo	3
Holter	3
Prueba de esfuerzo	2
Mapa	3
Oxímetro	
Monitor de pared	1
Monitor portátil	2
Desfibrilador con carro de paro	2

- Adquisición de angiógrafo para el Hospital de Heredia: El proceso dio inicio con la invitación a concursar, que se publicó en La Gaceta el 29 de noviembre del 2017, la fecha de recepción de ofertas es el 8 de febrero 2018, proyecto a cargo de la DAI; la adjudicación se proyecta el mes de enero 2019 y su entrega en el mes Julio 2019. Costo de la obra y equipamiento \$3.993.431 y es financiado por el Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red de la CCSS.
- Campaña salud cardiovascular en La Anexión de Nicoya: Campaña enfocada a la prevención, promoción, atención y rehabilitación, por un corazón sano, con la participación intersectorial del gobierno local, Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Fuerza Pública, Cruz Roja, Tránsito. En la cual se llevaron a cabo diversas actividades con la comunidad para incentivar el mejoramiento en estilos de vida y en la cual se llevó a cabo la atención del usuario con la meta del especialista llega a su comunidad, obteniéndose los resultados que a continuación se presentan. Esta campaña se realizó en noviembre de 2017.

Tabla 45: Resultados de la Campaña salud cardiovascular en La Anexión de Nicoya, 2017

EQUIPO	CANTIDAD
Colocación de Holter	16
Prueba de esfuerzo	27
Ecocardiografía	89
Electrocardiograma	14
Consulta	137 programadas /4 urgencias

**Fuente:** Estadística del Hospital de La Anexión

- Dotación de ambulancias para soporte avanzado: Se está trabajando con la Gerencia Administrativa para la creación de las plazas de chofer, para iniciar el proceso de licitación y compra de Ambulancias de Soporte Avanzado para los hospitales: Enrique Baltodano, San Carlos, Guápiles, Carlos Luis Valverde y Escalante Pradilla.
- Fortalecimiento del tercer nivel y los servicios de cardiología en general, en cuanto al Recurso Humano, se ha intervenido en diversos componentes como la formación de especialistas y subespecialistas, así como el fortalecimiento del personal técnico específico. En el siguiente cuadro se presentan las becas brindadas para formación en el exterior, para subespecialidades en la rama de la Cardiología, que vendrían a colaborar con la atención y abordaje de patología cardiovascular compleja.



Tabla 46: Especialistas Formados en el Exterior en Hemodinamia, Electrofisiología e Insuficiencia Cardíaca, 2010- 2017

NOMBRE BECADO	ACTIVIDAD ACADÉMICA	PERÍODO DE ESTUDIO	CENTRO DE ESTUDIO	PAÍS	MONTO TOTAL BECA INCLUYE PERMISO CON GOCE DE SALARIO
Federico José Malavassi Corrales	Sub-especialidad en Electrofisiología Cardiovascular	02-08-2014 al 30-07-2016	Universidad de La Sabana	Colombia	¢63.453.767,68
Vladimir Poutivinsky	Entrenamiento en Cardiología Intervencionista	01-03-2011 al 31-08-2013	Instituto del Corazón	Israel	¢ 51.881.485.75
Luis Gutiérrez Jaikel	Posgrado en Hemodinamia y Cardiología	31-01-2010 al 01-02-2012	Universidad Javeriana	Colombia	¢48 447 014,18
Juan Andrés Clinton Hidalgo	Postgrado en Hemodinamia	19-07-2010 al 31-07-2012	Universidad del Rosario	Colombia	¢ 68 254 307,91
Solís Solís Luis Diego	Sub-especialidad en Electrofisiología	31-05-2015 al 01-06-2017	Hospital Universitario Puerta de Hierro	España	¢70.069.669.96
Chavarria Víquez Jorge Andrés	Sub-especialidad en Cardiología Intervencionista	28-02-2015 al 02-02-2017	Hospital Universitario Reina de Sofía	España	¢62.385.008.17
Vives Rodríguez José Enrique	Formación en Electrofisiología	16-02-2017 al 31-12-2018	Clínica Universidad de Navarra	España	¢65.168.580.00
López Cardona Ulises	Subespecialidad en Insuficiencia Cardíaca	05-09-2017 al 31-05-2019	Universidad de Barcelona	España	¢70.996.811,00
Barahona Alvarado Jean Christophe	Maestría Hemodinámica y Cardiología Intervencionista	03-10-2017 al 03-10-2019	Hospital Universitari Germans Trías y Pujol	España	¢76.100.765,00

Fuente: Subárea de Beneficios para Estudios CENDEISS, enero 2018

- Formación de técnicos en Hemodinamia y electrofisiología: Para la formación de técnicos en hemodinamia, se cuenta con el siguiente avance: Plan de formación elaborado en proceso de validación y se espera el inicio de la formación en el segundo semestre del año 2018. Para la formación de los tecnólogos en electrofisiología es necesario que los funcionarios de la Institución realicen estudios fuera del país, por lo que se está valorando la

posibilidad de formación en la Hospital El Cruce en Argentina, entidad con la que ya se han venido coordinando otros procesos de capacitación y formación del personal institucional y con el que se está gestionando la firma de un convenio de cooperación que incluye tanto el ámbito de la docencia como el de la investigación.

- Apertura de la Especialidad en Hemodinamia: El programa de formación, ya ha sido elaborado por parte de especialistas en Hemodinamia de la CCSS. El mismo fue presentado y entregado a la Comisión de Posgrado de la UCR, el 13 de diciembre del 2017, para su revisión.
- Creación de plazas para las unidades de hemodinamia en la CCSS: La institución cuenta actualmente con 6 salas de Hemodinamia en los hospitales: San Juan de Dios, México y Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, equipadas y con recurso humano especializado. La situación actual de estas salas se presenta en el siguiente cuadro.

Tabla 47: Situación Actual de las Salas de Hemodinamia en la CCSS

AÑO	HOSPITAL	POBLACIÓN TOTAL ADSCRITA	ANGIOGRAFÍAS REALIZADAS	N° DE PROCEDIMIENTOS DE ELECTROFISIOLOGÍA	PROFESIONALES EN HEMODINAMIA	PROFESIONALES EN ELECTROFISIOLOGÍA
2016	HCG	1.219.678	3814	294	4	1,5
2017	HCG	1.233.487	4394	468	4	2
2016*	HM	2,277,259	925	0	4	0
2017*	HM	2,247,779	1,76	0	4	0
2016	HSJD	900.406	2165	0	5	1
2017	HSJD	900.406	2453	0	5	1

Fuente: Gerencia Médica

- Centros de atención especializados: En el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia se avanza en la implementación de dos servicios de alta complejidad y especialización con cobertura nacional que corresponden a la instalación de un Angiotac y la creación de un Laboratorio de Electrofisiología (Arritmias). Las gestiones relacionadas con la infraestructura y la adquisición de los equipos se encuentran en proceso por parte de la Dirección General del hospital.
- Sistema de información integral de la patología cardiovascular: El sistema se encuentra en etapa de prueba, no obstante, se listan los avances a la fecha se procedió a la unificación de las listas de espera que requieren procedimientos tanto a nivel ambulatorio como de emergencias, mediante la centralización con información real, de tal manera que el paciente sea enviado de acuerdo a la oferta de servicios disponibles; por otra parte la Institución bajo la coordinación de la Gerencia de Infraestructura y

Tecnología han creado el proyecto ELEKTRA, es un programa en el cual se lleva el control de los procedimientos de Hemodinamia permite centralizar la información. El costo de la obra fue de: \$846.000.

- Servicios de emergencia: A través del fortalecimiento de los servicios de emergencia de la institución, se han identificado elementos clave que permiten dar seguimiento a la calidad y oportunidad de la atención de las emergencias, siendo que parte de las acciones desarrolladas correspondió al desarrollo de indicadores para estos servicios, dentro de los que se incluyen tres que se relacionan específicamente con la atención oportuna de eventos cardiovasculares: Tiempo transcurrido entre el triage y primer EKG en pacientes con dolor torácico (no mayor a 10 min), Tiempo transcurrido entre el triage y el inicio de trombólisis (no mayor 30min) y Tiempo transcurrido entre el triage y apertura del balón (no mayor a 90 min).

Adicionalmente y para facilitar la atención específica y priorizada de los usuarios con patología cardiovascular que ingresan a los servicios de emergencias por esta causa, se emitió el lineamiento para la implementación de las “áreas de dolor torácico”, siendo que las mismas se encuentran funcionando actualmente en la mayoría de los Hospitales.

Figura 22.: Áreas de Atención de Dolor Torácico



**Fuente:** Establecimientos de Salud

- Acciones generales o que involucren a más de un nivel: En términos de inversión, se presenta a continuación los datos correspondientes a los años 2015-2016 y 2017 (primer semestre) e incluye:
- Medicamentos: se incluyen aquellos medicamentos relacionados con el manejo de la hipertensión arterial, infarto agudo de miocardio, accidente vascular cerebral, entre otros. No se incluyen los datos del año 2017, ya que los mismos estarán disponibles hasta final del periodo, por lo que no se pueden incluir en este informe.
- Equipamiento e insumos: incluye la adquisición de equipos como angiógrafos, así como la de insumos como stent coronarios y marcapasos.
- Subsidios: incluye los subsidios relacionados con diagnósticos referentes a enfermedad cardiovascular.
- Formación: como parte del Plan para el abordaje de la enfermedad cardiovascular, se incluye formación de especialistas en el extranjero, ya que la subespecialidad requerida no está disponible en el país

Tabla 48: Costo de la Enfermedad Cardiovascular, según componente, en millones de colones, Caja Costarricense de Seguro Social, 2015-2016-2017 Resumen de la enfermedad sistema circulatorio millones de colones

RUBRO/ AÑO	2015	2016	2017*
Estancias	101,053.14	100,266.78	50,333.80
Medicamentos	7,797.02	7,190.93	-
Equipo	393.30	1,121.00	11,250.20
Subsidios	2,486.67	2,372.41	2,092.29
Insumos	3,183.34	7,261.95	9,313.47
Formación	132.45	27.13	136.16

**Fuente:** Elaboración propia con base a información del Área de Estadísticas en Salud, Dirección de Farmacoepidemiología, Dirección de Presupuesto, Comisión Central Evaluadora de Incapacidades y Licencias y CENDEISSS \*/Los datos del año 2017 disponibles para el primer semestre del año.

Adicionalmente, se listan a continuación documentos que inciden directa o indirectamente en el abordaje de la patología cardiovascular. Algunos ya fueron mencionados en párrafos precedentes, sin embargo, como productos por si solos, representan un esfuerzo importante de análisis, planificación y ejecución.

Tabla 49: Otros documentos de importancia en la gestión para el abordaje de la patología cardiovascular

NORMAS, GUÍAS, ESTRATEGIAS Y PROCEDIMIENTOS ELABORADOS PARA LA ATENCION DE LA PATOLOGIA CARDIOVASCULAR	FECHA	EJECUTADO
Lineamientos para la Gestión de Camas Hospitalarias	2013	✓
Nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria	2015	✓
Estrategias y Abordaje de la Patología Cardiovascular	2015	✓

Guía de ingreso, resolución y depuración de listas de espera para procedimientos médicos y quirúrgicos	2015	✓
Guía para la de los Servicios de Consulta Externa Gestión	2015	✓
Análisis y planificación para el abordaje de atención integral de la patología cardiovascular a nivel nacional	2016	✓
Guía para la Elaboración de Proyectos de Optimización de Tiempo de Sala de Operaciones	2016	✓
Informe final: Análisis y Validación tiempos estándar. Normas claves atención pacientes C. Ext. I Nivel CCSS	2016	✓
Plan de Atención Oportuna a las Personas	2017	✓
Guía para la Gestión de los Servicios de Consulta Externa	2018	Validacion

### Acciones dirigidas hacia la rehabilitación

Finalmente, como parte del proceso de abordaje integral, se han realizado acciones tendientes al fortalecimiento y extensión de los servicios de rehabilitación cardíaca.

El Centro de Rehabilitación Cardíaca del CENARE, es el que se encuentra en las fases más avanzadas del proceso, siendo que se muestran los avances a la fecha para la implementación del mejoramiento de la infraestructura existente:

- Etapa del Proyecto: Permiso y Visados de planos para marzo 2018
- Inspección para mayo de 2018
- Construcción: Setiembre de 2018
- Entrega del Proyecto e Inauguración en enero 2019

Adicionalmente, destaca el avance que ha tenido el CENARE para desarrollar en colaboración con la Universidad Nacional, documentos técnicos de referencia para la atención y abordaje de los usuarios sujetos de rehabilitación cardíaca, entre los que se incluye:

- Protocolos para el abordaje psicológico del paciente que ingresa a rehabilitación cardíaca.
- Guía de Inducción para los usuarios del programa de rehabilitación cardíaca
- Caracterización de la población que ingresa al programa de rehabilitación cardíaca

Existen además otras clínicas de rehabilitación cardíaca en los Hospitales México, San Juan de Dios, La Anexión y Enrique Baltodano Briceño de Liberia, mismas que se encuentran en un proceso de revisión para identificación de necesidades. Por su parte se planea la habilitación de un espacio para rehabilitación cardíaca en el Hospital San Rafael de Alajuela, mismo que espera esté listo para el año 2019.



## Análisis del Comportamiento de la Enfermedad Isquémica del Corazón

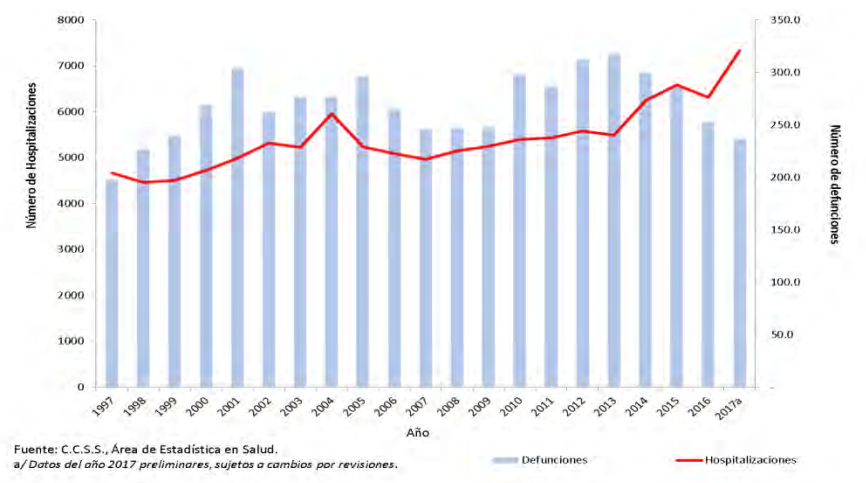
### Incidencia de Enfermedad Isquémica del Corazón y mortalidad intrahospitalaria:

La evaluación de la tendencia del número de casos atendidos por Enfermedad Isquémica del Corazón (Infarto Agudo de Miocardio) evaluados desde 1997 hasta el 2015 ha demostrado una tendencia creciente en el número de casos, los cuales han pasado de 4456 casos para el año 1997 hasta 7326 casos para el año 2017.

No obstante, lo anterior, la mortalidad intrahospitalaria asociada mostró una tendencia oscilante en el periodo bajo vigilancia, con una reducción sostenida a partir del 2015.

Este aumento en el número de casos incidentes atendidos en los servicios institucionales puede ser atribuido a la influencia de los factores de riesgo cardiovascular a nivel poblacional, entre los que se incluyen la presencia de obesidad, sedentarismos, diabetes, hipertensión y el envejecimiento de la población, entre otros aspectos condicionantes de enfermedad isquémica del corazón. Sin embargo, la reducción en el número de defunciones intrahospitalaria por esta causa se debe posiblemente a procesos de atención más oportuna y a una mejora en la accesibilidad a procedimientos de alta complejidad para la población afectada.

Gráfico 8: Tendencia del número de Hospitalizaciones y mortalidad intrahospitalaria por Enfermedad Isquémica del Corazón. CCSS, 1997 – 2017



### Análisis de la mortalidad general para Enfermedad Isquémica del Corazón

El análisis aquí presentado, se basa en los datos oficiales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) y describe la mortalidad general debida a Enfermedad Isquémica del Corazón, según grupo de edad, en el periodo comprendido entre 2008 y 2017.

La información del INEC demuestra que la mortalidad general disminuyó en los últimos años siendo que la tendencia a la baja en el número de casos evidenciada para el 2017, comparado con el año anterior, se debe a una reducción de 121 casos menos en la población menor a 65 años y de 144 casos menos en población de 65 años y más.

Por lo antes descrito, se demuestra que la reducción en la mortalidad prematura (población menor a 65 años) ha sido evidente en los últimos 3 años y que es concordante con el fortalecimiento de los procesos de atención de la enfermedad cardiovascular en los servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Gráfico 9: Defunciones por enfermedad Isquémica del Corazón según grupo de edad, Costa Rica, 2008 – 2017



Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social/Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

\*Datos preliminares

### Letalidad intrahospitalaria

El número de defunciones intrahospitalarias asociadas a la enfermedad isquémica del corazón en pacientes que han presentado el evento constituye una medida sobre la oportunidad y calidad de atención de los casos con el evento cardiovascular.

Este indicador específico, evidenció una tendencia con variabilidad oscilante, no obstante, en los últimos 3 años se muestra una evidente reducción, misma que se constituye como una medida de la efectividad de las estrategias de identificación y abordaje oportuno dentro de los servicios de salud.



### 7.31 Reforma del Reglamento de funcionamiento de la Unidad Técnica de Lista de Espera (UTLE)

El Acuerdo Segundo, de la sesión No. 8949, del 21 de diciembre, 2018, en el cual se indica: 2) “... Instruir a la Gerencia Médica para que proceda con la transformación de la Unidad Técnica de Listas de Espera en una Unidad de control y evaluación de proyectos especiales de atención oportuna y que, asimismo, se proceda con la revisión y propuesta de modificación del Reglamento de funcionamiento de la Unidad Técnica de Listas de Espera actual. Lo anterior, previo análisis y en coordinación con la Dirección de Desarrollo Organizacional y que, además se valore y articule este asunto, en lo que corresponda, con el proceso de reestructuración organizacional del Nivel Central...”

Luego de analizar el Reglamento de la Unidad Técnica de Listas de Espera, vigente desde el 31 de mayo del 2001 y el Plan de Atención Oportuna, aprobado en sesión 8949 en diciembre del 2017, en el cual se plantean nuevos roles y responsabilidades, en concordancia con la Resolución Administrativa emitida por la Gerencia Médica número GM-AJD-16980-2017, de fecha 26 de enero 2017 con vigencia desde el 30 de enero 2017 y comunicada a los centros de salud con oficio GM-AJD-17425-2017 sobre la conformación de los Equipos Coordinadores de las Cadenas de Resultado para la atención oportuna de procedimientos quirúrgicos ambulatorios, consulta externa especializada y procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios, se requiere un reordenamiento interno de las funciones

y responsabilidades delegadas a la Unidad Técnica de Listas de Espera, así como de los procesos de planeamiento, dirección, control, ejecución y la evaluación de resultados.

Con respecto al acuerdo segundo, artículo 14, sesión 8949, se planteó la elaboración de una propuesta de transformación de la Unidad Técnica de Listas de Espera (UTLE). Del análisis del Reglamento vigente, se propone en coordinación con la Dirección de Sistemas Administrativos y la Comisión de la Gestión Documental, valorar la pertinencia de derogar el Reglamento actual de la UTLE y elaborar un Perfil Funcional para contar con un Programa de Gestión de la Calidad de los Servicios de Salud, acorde con la Política de Calidad Institucional dentro de la cual, como esta misma política señala, se deben integrar todas las iniciativas relacionadas con la gestión institucional de los servicios centrados en los usuarios, con enfoque integral de calidad en los servicios y a partir de principios de eficacia, eficiencia, acceso y mejora continua, transparencia y rendición de cuentas entre otros.

Por otra parte, en forma complementaria y para abordar este lapso de transición, como se elaboró la Directriz para el Mejoramiento de la Calidad de la Gestión de los Servicios de Salud, desde la Presidencia Ejecutiva de la C.C.S.S., PE-1909-2018 del 9 de Julio 2018, que instruye entre otros planteamientos la necesidad de revisión del Reglamento UTLE, así como un plan de acción que integra a las Gerencias Médica, Infraestructura y Tecnologías y Administrativa a efectos de que se ejecuten gestiones conjuntas y en paralelo; para establecer prioridades para el fortalecimiento en la calidad de los registros, análisis y toma de decisiones para la mejor utilización de los recursos institucionales en aras de satisfacer el interés público.

### 7.32 Mejoramiento de la Calidad en los Servicios de Salud

Desarrollamos estrategias para mejorar la calidad de los servicios de salud. Por esa razón, impulsamos el desarrollo de la Directriz “Mejoramiento de la Calidad de la Gestión de Servicios de Salud”. Cumplimiento Sesión 8949, Junta Directiva CCSS diciembre de 2017. Agradezco y felicito, a la exministra de salud, Dra. Daisy Corrales y a su equipo, el excelente trabajo en este campo. Transcribo la directriz a continuación.

*En mi calidad de Presidente Ejecutivo, en ejercicio de las potestades de gobierno institucional y con el propósito de cumplir con los objetivos nacionales e internacionales relacionados con la gestión de listas de espera en medicina general y especializada en los servicios de salud, se emite la siguiente Directriz para el mejoramiento de la Calidad de la Gestión de los Servicios de Salud, de acatamiento obligatorio para la administración activa representada por ustedes a nivel gerencial a efectos de que se*

gestione en forma conjunta y efectiva el siguiente plan de acción en forma prioritaria, considerando la urgente necesidad de cumplir nuestro compromiso con la población asegurada.

Es del conocimiento de ustedes el evidente interés institucional en el mejoramiento del acceso a la atención tanto en medicina general como especializada, para lo cual debemos ejecutar en la inmediatez, las actividades atinentes al fortalecimiento en la calidad de los registros, análisis y toma de decisiones que nos permitan la mejor utilización de los recursos institucionales en aras de satisfacer el interés público.

A la fecha contamos con herramientas tecnológicas y organizativas que nos permiten dar un paso trascendental en el mejoramiento de la gestión de los servicios de salud y es de especial interés de esta Presidencia proceder al cumplimiento en forma y tiempo establecidos como se detalla a continuación:

Se instruye a las Gerencias Médica, Administrativa y de Infraestructura y Tecnologías:

- Para que en el ámbito de sus competencias y en cumplimiento de lo dispuesto por la Junta Directiva, en el artículo 14 de la sesión 8949, elaboren una propuesta de transformación de la Unidad Técnica de Lista de Espera (UTLE)\*, acompañada de la revisión y propuesta de modificación del Reglamento de funcionamiento de la Unidad Técnica de Listas de Espera. Asimismo, se valore y articule en lo que corresponda con el proceso de reestructuración organizacional del Nivel Central.
- Integración de los sistemas de planilla institucional digital de empleados y los sistemas de información en salud, de manera que pueda incorporarse la variable de tiempo contratado y otras variables de interés, en las herramientas de gestión de la oferta y demanda de servicios de salud.
- Garantizar que se atiendan los requerimientos de las contralorías de servicios, así como de la Dirección Institucional de Contralorías de Servicios de Salud para la verificación y validación de las listas de espera para la atención médica y no médica en forma efectiva. (artículo 16 de la ley 8239)
- Realizar las acciones necesarias para que los establecimientos de la red de servicios de salud garanticen la continuidad de la atención a través del Expediente Digital Único en Salud (EDUS), haciendo uso eficiente de los recursos asignados para la utilización del sistema de información en salud y la integridad del repositorio único de los datos de salud de los usuarios, mismo que se va incrementando cada vez que es utilizado el EDUS.

Se instruye a la Gerencia Médica:



- Armonizar los criterios de la Propuesta de Atención Oportuna, presentada en Junta Directiva, (Artículo 14, sesión 8949) con los criterios de la Política de Calidad de la Caja Costarricense de Seguro Social.
  - Que el Área de Estadística en Salud promueva, defina y monitoree los planes de acción en coordinación con los Servicios de REDES y Gestores Locales del EDUS, a efecto de cerrar en el corto plazo las brechas observadas en el uso del SIAC, tanto en el tema de migración de citas como en el uso de la herramienta y otros relacionados. Realizar la estandarización del registro de actividades médicas y no médicas a fin de que se establezca un catálogo
  - Instruir a los Directores Médicos, para que en coordinación con el Área de Estadística y el Proyecto EDUS, realicen a la brevedad las acciones necesarias para la implementación y utilización del SIAC, en los tiempos establecidos por interés institucional. A los directores del Hospital Max Peralta, Hospital San Vicente de Paul, Hospital San Rafael de Alajuela y Hospital Escalante Pradilla se les instruye coordinar sin dilación lo necesario, sobre el proceso de implementación y uso del SIAC e informar a las autoridades los avances.
  - Solicitar a los Directores Médicos utilizar a partir del 20 de julio, 2018 en forma obligatoria el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES), considerando el llenado de:
    - a) Solicitud de Procedimientos y Estudios Especiales.
    - b) Solicitud de Referencias y Contra-Referencias.
    - c) Solicitud de Hospitalización.
- o Instruir a los Directores Médicos solicitar en forma obligatoria:
- a) A los Médicos Cirujanos, realizar la correspondiente nota operatoria digital, en los medios que la institución provea-
  - b) Coordinar los mecanismos necesarios para la debida depuración de lista de espera una vez el paciente quirúrgico sea resuelto.
  - A la Dirección Médica, que formalice a la Jefatura o Coordinación de Consulta Externa como único funcionario autorizado para la apertura y cierre de agendas y como responsable del proceso de programación y fiscalización para el uso adecuado de la totalidad del tiempo contratado, incluyendo el análisis de las actividades médicas y no médicas registradas en las agendas. De igual forma se instruya a las Jefaturas o Coordinaciones de Servicios gestionen lo necesario para una utilización máxima de la capacidad instalada para la realización de consulta externa, procedimientos, cirugías electivas y ambulatorias.
  - Al jefe o coordinador de Consulta Externa para que asigne la responsabilidad del registro de agendas y citas al personal de Registros y Estadísticas en Salud (REDES), quien deberá registrar la totalidad de acciones que realiza cada profesional en concordancia con el tiempo contratado, incluyendo tanto los

tiempos de atención directa como las restantes actividades médicas y no médicas realizadas por los funcionarios.

- Al Área de Estadística en Salud y la UTLE \*, coordinar y dar el soporte técnico a la DTIC, para el desarrollo inmediato de las herramientas para visualización gráfica de los diferentes componentes de la lista de espera (Dashboards), requeridos por las Direcciones Médicas de los establecimientos de salud y la UTLE\*.
- A la UTLE\* proponer los elementos gráficos a la DTIC, para la elaboración de un boletín electrónico mensual sobre la gestión de la lista de espera en consulta externa, procedimientos y cirugías.

Se instruye a la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías:

- Establecer como Prioridad 1, los procesos de la DTIC y Dirección del Proyecto EDUS, relacionados con las listas de espera, de manera que se garantice que al 13 de setiembre del 2018, según la Ley 9162 Expediente Digital Único de Salud, se esté utilizando completamente los aplicativos EDUS-ARCA en el proceso de calidad la atención en salud.
- Instruir a la DTIC y a la Dirección del Proyecto EDUS para que en coordinación con el Área de Estadística en Salud y la UTLE\*, prioricen el desarrollo de las herramientas para visualización gráfica de los diferentes componentes de la lista de espera (Dashboards).
- Instruir a la DTIC priorizar la integración de los sistemas de planilla de empleados y los de información en salud, en coordinación con la Dirección de Administración y Gestión de Personal.

Sistema de Identificación, Agendas y Citas (SIAC):

- Instruir a la Dirección del Proyecto EDUS o la instancia responsable, priorizar la implementación del SIAC, reprogramando en primer término al Hospital Max Peralta, Hospital de Heredia, Hospital de Alajuela y Hospital de Pérez Zeledón debido al volumen de la lista de espera.
- A la Dirección del Proyecto EDUS coordinar con los Equipos Implementadores Regionales y Locales el cumplimiento de los plazos establecidos según la Ley 9162 y en los planes de gestión local.

Se instruye a la Dirección Institucional de Contralorías de Servicios de Salud,

- Coordinar con la Unidad Técnica de Listas de Espera\* y las diferentes instancias institucionales a nivel nacional, regional y local, que tengan relación con la generación, recopilación, procesamiento, análisis de la información relacionada con las listas de espera, para obtener la misma de forma oportuna y actualizada para el proceso de verificación de esta.

- *Coordinar con el Ministerio de Salud para el establecimiento del proceso de entrega formal de la información oficial de usuarios con tiempo de espera prolongado para su atención en medicina general o especializada.*

#### *Transitorio*

*Se instruye a los establecimientos de salud continuar el uso de los cuadros estadísticos 21: Listas de Espera de Procedimientos Ambulatorios y 22: Lista de Espera Consulta Externa Especializada, hasta tanto los registros sean ajustados conforme a las nuevas necesidades y se informe oficialmente lo pertinente.*

Continuando con los postulados de Mejoramiento de la Calidad en los Servicios de Salud y en Adición Directriz PE 1908-2018 “Mejoramiento de la Calidad de la Gestión de Servicios de Salud”. Cumplimiento Sesión N°8949, Junta Directiva CCSS. Dic. 2017, se pretende mediante las siguientes instrucciones y de acuerdo con la Política Institucional de Calidad, promover la excelencia profesional, el uso eficiente de los recursos, garantizar el mínimo riesgo para el paciente, con un alto grado de satisfacción para lograr un impacto final en la salud de las personas.

Como una adición a la Directriz PE1908 en el marco de interés institucional en el mejoramiento del acceso a la atención tanto en medicina general como especializada que nos permitan la mejor utilización de los recursos institucionales en aras de satisfacer el interés público.

#### CONSIDERANDO:

1. Todo habitante tiene derecho a las prestaciones de salud, en la forma que las leyes y reglamentos especiales determinen y el deber de proveer a la conservación de su salud y de concurrir al mantenimiento de la familia y la de la comunidad.
2. Que mediante la Ley No. 8279 del 02 de mayo de 2002, publicada en La Gaceta No. 96 del 21 de mayo del 2002, se crea el Sistema Nacional para la Calidad, que ofrece un marco estable e integral de confianza por medio del fomento de la calidad en la producción y comercialización de bienes y la prestación de servicios, incluidos los servicios de salud públicos y privados.
3. Que la Ley No.8279 del Sistema Nacional para la Calidad, en su Artículo 8, se crea el Laboratorio Costarricense de Metrología, por sus siglas LACOMET, como órgano de desconcentración máxima, con personalidad jurídica instrumental para el desempeño de sus funciones, adscrito al Ministerio de Economía, Industria y Comercio (MEIC).
4. Que la Ley No.8279 del Sistema Nacional para la Calidad, en su Artículo 19, crea el Ente Costarricense de Acreditación, por sus siglas ECA, como entidad pública

de carácter no estatal, con personería jurídica y patrimonio propios. Ejercerá su gestión administrativa y comercial con absoluta independencia y se guiará exclusivamente por las decisiones de su Junta Directiva, basadas en la normativa internacional. La Junta actuará conforme a su criterio, dentro de la Constitución, las leyes y los reglamentos pertinentes en procura del desarrollo y la eficiencia en su función. El ECA se regirá por las disposiciones de esta Ley y su Reglamento. Para los efectos de esta Ley, se entenderá como acreditación el procedimiento mediante el cual el ECA reconoce de manera formal que una entidad es competente para ejecutar tareas específicas según los requisitos de las normas internacionales.

5. Que la Ley No.8279 del Sistema Nacional para la Calidad, en su Artículo 39, crea el Órgano de Reglamentación Técnica, por sus siglas ORT, como comisión interministerial cuya misión será contribuir a la elaboración de los reglamentos técnicos, mediante el asesoramiento técnico en el procedimiento de emitirlos. El Órgano será el encargado de coordinar, con los respectivos ministerios, la elaboración de sus reglamentos técnicos, de modo tal que su emisión permita la efectiva y eficiente protección de la salud humana, animal y vegetal, del medio ambiente, de la seguridad, del consumidor y de los demás bienes jurídicos tutelados. Antes de promulgar cualquier reglamento técnico, deberá darse audiencia a los sectores interesados.

6. Que la Ley No.8279 del Sistema Nacional para la Calidad, en su Artículo 45, crea el Ente Nacional de Normalización, por sus siglas ENN. Cada cinco años, previa recomendación del Consejo Nacional para la Calidad, el Poder Ejecutivo concederá el reconocimiento como Ente Nacional de Normalización (ENN) a la entidad privada sin fines de lucro que haya adoptado los requisitos internacionales y los cumpla. En virtud de este reconocimiento, dicho Ente podrá participar en actividades realizadas por otros organismos de normalización internacionales. El reconocimiento podrá ser retirado en forma anticipada si el citado Consejo comprueba que el ente que ostenta la condición de ENN ha incumplido las disposiciones de esta Ley y las buenas prácticas de normalización.

7. Que la Ley No.8279 del Sistema Nacional para la Calidad, en su Transitorio III de sobre el ENN, reconoce al Instituto de Normas Técnicas de Costa Rica, por sus siglas INTECO, como ENN, de conformidad con los artículos 44, 45, 46 y 47 de la Ley No.8279.

8. Que por lo anterior, se constituyó el Comité Nacional de Normalización en Productos y Tecnologías para Sector Salud, conocido como INTE CTN 44, oficializado por el Ministerio de Salud y el Instituto de Normas Técnicas de Costa Rica, por sus siglas INTECO, para impulsar la calidad en el Sector Salud, Nutrición y Deporte; y coordinar la gestión pública y privada que deben realizar las entidades que brindan servicios en salud - tanto públicos como privados - para proteger la salud humana, animal o vegetal, el ambiente y los derechos legítimos del usuario y consumidor de

dichos servicios, previniendo de esta forma, las prácticas que puedan inducir a error, propiciando a su vez, la inserción cultural de la calidad en los servicios de salud públicos y privados.

9. La misión del INTE CTN 44 es promover y coordinar la cooperación nacional en todos los aspectos de normalización, tales como: la elaboración, divulgación y aplicación de las normas, que aseguren la productividad de las organizaciones, la protección del consumidor y el medio ambiente, en el Sector Salud, Nutrición y Deporte y por lo tanto en la Caja Costarricense de Seguro Social.

10. Dentro de las funciones encomendadas al Comité del INTE CTN 44 se encuentra la elaboración de normas técnicas para el desarrollo socioeconómico nacional. Adopción de normas internacionales. Participación en las organizaciones internacionales y regionales de normalización. Y difundir la aplicación adecuada de las normas en actividades productivas y comerciales tanto públicas y privadas.

11. Que la CCSS tiene la obligación de participar en los subcomités específicos del Comité del INTE CTN 44 para productos o servicios de salud adquiridos y utilizados en la Institución de acuerdo al Reglamento respectivo.

12. Seguir la Política de Calidad Institucional de la CCSS vigente.

13. Que la Caja Costarricense DE Seguro Social por medio de la Presidencia Ejecutiva, tiene interés en fomentar la calidad en los servicios de salud públicos, así como en el equipo biomédico que utilicen para la prestación de dichos servicios, razón por la cual, se hace necesario y oportuno emitir la siguiente directriz para la implementación del Sistema Nacional para la Calidad en los servicios de salud públicos.

POR TANTO,

Esta Presidencia emite adición a la Directriz PE 1908 “Mejoramiento de la Calidad de la Gestión de Servicios de Salud”. Cumplimiento SESION 8949, JUNTA DIRECTIVA CCSS. Dic. 2017

Por razones de salud pública, se instruye a los Gerentes, las Directores de Sede, Directores de Establecimientos de Salud, para que, dentro de sus competencias, mejoren la competitividad y calidad en los servicios de salud públicos, para proporcionar confianza a los usuarios y consumidores de que el servicio brindado es de calidad.

1- Se instruye a la Gerencia Administrativa para con limite a Julio 2019, se identifique a la totalidad de profesionales de salud de la CCSS, con un identificador y portarlo durante todo el tiempo laboral cumpliendo los siguientes requisitos:



a. Código de colores según grupo técnicos y profesionales:

- i. MEDICINA y ODONTOLOGIA= AZUL
- ii. ENFERMERIA = GRIS
- iii. FARMACIA = VERDE
- iv. LABORATORIO = ROJO
- v. CIENCIAS SOCIALES = CAFÉ
- vi. INFORMACION = NARANJA

SIGUIENDO OBLIGATORIAMENTE ESTE FORMATO:

Nombre    Apellido 1        Apellido 2  
              PROFESIÓN O TECNICIDAD  
              Generalista o Especialidad

2- El personal profesional contratado por la CCSS será proveniente de centros de estudio acreditados por el ente competente Sistema Nacional de Acreditación (SINAE) o la acreditación del título por su homólogo en el país de origen.

3- La CCSS oficializará los perfiles profesionales, en conjunto con el Ministerio de Salud y los Colegios correspondientes.

4- El Laboratorio de Medicamentos deberá cumplir con los requisitos y procedimientos necesarios para ser reconocido oficialmente como Laboratorio de Referencia en Materia de Calidad del Producto por LACOMET para Costa Rica y la Región.

5- Todos los procedimientos seleccionados de los Laboratorios de la CCSS que operen en el país deberán acreditar sus procesos oficialmente por el Ente Costarricense de Acreditación, mediante A) carta de intenciones en una primera fase y la fase 2) para el establecimiento de un Convenio para contar con la acreditación ECA de todos los procesos y garantía de calidad de las pruebas de laboratorio ofrecidas al público en general y a los profesionales de salud, que toman decisiones clínicas en base a los resultados, será un requisito fundamental.

Deberá iniciarse con la acreditación de pruebas trazadoras, Hemoglobina Glicosilada, Hemograma, Examen General de Orina. Para este fin se cuenta con fecha límite de julio 2023.

6- Todos los Reglamentos Técnicos de la CCSS que aplican a Servicios de Salud, deberán encontrarse oficialmente normalizadas por el Órgano de Reglamentación Técnica (ORT).

7- Los Protocolos o Guías Clínicas que aplican a Servicios de Salud de la CCSS, deberán encontrarse oficialmente armonizadas con el Ministerios de Salud y el Colegio Profesional respectivo.

### 7.33 AISS premia Buenas Prácticas de la CCSS

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) gana el Premio de las Buenas Prácticas en 2018 que entrega la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS), debido al suministro de medicamentos y a la implementación del Expediente Digital Único en Salud (EDUS) en los tres niveles de atención y la implementación de un servicio de información especializado en calidad de medicamentos para los profesionales de salud de la institución.

Este premio galardona a las buenas prácticas de la Seguridad Social que ponen en marcha las organizaciones miembros de la AISS y da la posibilidad de que estos proyectos sean presentados a un público internacional.

En esta ocasión, se presentaron 62 proyectos de 21 organizaciones de 10 países, entre los que destacaron los tres de la CCSS. En el caso de suministro de medicamentos, la buena práctica consiste en tener certeza del origen y calidad de los medicamentos que se compran de forma centralizada, aplicando metodologías reconocidas internacionalmente y oficiales, con resultados cuantitativos y cualitativos para cada entrega de un medicamento. La verificación de la calidad debe cubrir diversas etapas durante la cadena de abastecimiento institucional, abarcando una vigilancia durante la vida útil del medicamento.

En el caso de la implementación del Expediente Digital Único en Salud en los tres niveles de atención del sistema de salud costarricense. Al ser el EDUS una aplicación que funciona en la web por lo que cualquier cambio realizado en los sistemas centrales se ven reflejados en todos los centros, evitando así nuevas instalaciones o fuga de información, con altos niveles de seguridad e integridad de la información. Se garantiza además la fidelidad de los datos pues al ser centralizados los sistemas no hay duplicidad.

Con este expediente la información de un asegurado está disponible al instante en todos los centros de salud con el sistema, favoreciendo su atención más expedita y el ahorro en tiempo y dinero para su consulta.

Y finalmente, en el caso de la implementación de un servicio de información especializado en calidad de medicamentos para profesionales de la salud de la CCSS en Costa Rica, la buena práctica consiste en la implementación de un servicio de información especializado en calidad de medicamentos a cargo del Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos (LNCM) de la CCSS para los profesionales de la salud que laboran en la red de servicios de la institución, proporcionando información

técnica y científica en forma objetiva y oportuna como estrategia óptima para atender necesidades particulares y especiales de información.

### 7.34 Sitio web de la CCSS recibe Premio de Calidad de INCAE

Un reconocimiento por destacar con calidad en las categorías de interacción, información y medio digital recibió, esta mañana, el sitio web de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), a través de la evaluación anual que el Instituto Centroamericano de Empresas (INCAE) realizó por medio del Índice de Experiencia Pública Digital 2017.

De acuerdo con el Área de Comunicación Digital de la CCSS, por segundo año consecutivo, la institución ocupó la segunda casilla en el ranking general entre los 220 sitios evaluados con una calificación de 75.24, superado únicamente por el portal de la Contraloría General de la República, que separó del primer lugar al sitio web de la CCSS, por una diferencia de 0.69 centésimas.

La evaluación incluye sitios de gobierno central, poderes de la República, instituciones autónomas y descentralizadas, empresas públicas, entidades públicas no estatales, municipalidades y concejos municipales. Si bien, este es un honroso reconocimiento para la institución, constituye a su vez una valiosa oportunidad de mejora, en virtud del aporte que facilita una entidad de prestigio como el INCAE, a través de sus evaluadores, quienes permiten visibilizar campos con posibilidad de fortalecimiento constante con el propósito de poder enfocarse en acciones que mejoren la experiencia de la población usuaria que demanda servicios institucionales con eficacia, eficiencia y calidad, a través de las plataformas virtuales.

Para calificar esta experiencia, el INCAE utilizó como base de análisis la dimensión de criterios de calidad con respecto a la información, el medio digital y la interacción con los usuarios. Los resultados generales (disponibles en [www.experienciapublica.org](http://www.experienciapublica.org)) confirman que el sitio web institucional, obtuvo el primer lugar en la dimensión de la calidad de interacción. Evidencia, además, que las entidades públicas deben aprovechar la tecnología para mejorar la experiencia que tienen los ciudadanos cuando interactúan con ellos. El Índice de Experiencia Pública Digital mide la calidad de la interacción que tiene un ciudadano al interactuar con una institución pública por medios digitales. Los factores que la determinan son la calidad de la interacción, la información y del medio digital, que son contruidos a partir de una serie de indicadores y variables observadas directamente en los sitios web por medio de los cuales entidades públicas y ciudadanos intercambian información y completan servicios. Criterios evaluados

- La calidad de la interacción: evalúa si el ciudadano pueda dar y recibir información (transacción simple), si tiene la posibilidad de actualizar

sistemas o bases de datos (transacción compleja) y si le es posible personalizar contenidos ante sus necesidades.

- La calidad del medio digital: toma en cuenta aspectos como la navegación para dispositivos móviles, la accesibilidad para todo tipo de usuario, la seguridad, la implementación de prácticas que faciliten la búsqueda del sitio en la web y la codificación para que las páginas carguen con rapidez.
- Los criterios asociados a la calidad de la información: esta dimensión confirma aspectos como exactitud, consistencia, actualidad y claridad.

### 7.35 OMS acredita 15 Hospitales de la CCSS por realizar Cirugías Seguras

Quince hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) recibieron una acreditación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en marzo del 2018, por el cumplimiento de una serie de parámetros del segundo reto mundial “Cirugías seguras salvan vidas” promovida por el máximo órgano sanitario del mundo.

La iniciativa se desarrolla en varios países de diferentes continentes y forma parte de un reto global para garantizar la calidad y la seguridad del paciente a fin de reducir los efectos adversos que se pueden producir en una intervención quirúrgica. Los 15 hospitales que recibieron la acreditación obtuvieron calificaciones superiores a 95, lo cual es un requisito para recibir la citada distinción.

En años anteriores, hospitales de la CCSS había recibido un reconocimiento similar relacionado con el primer reto sobre atención limpia, atención segura que estimulaba el adecuado lavado de manos en diferentes momentos de la atención.

Con el propósito de monitorear la adopción de este reto internacional, la Junta Directiva de la CCSS estableció la Política de Calidad y Seguridad del paciente. En este caso, en cada cirugía los hospitales deben cumplir con una lista de verificación que es la que se emplea a escala mundial y que busca que cirujanos, especialistas en anestesia y las enfermeras repasen aspectos básicos antes de iniciar la cirugía tales como: el nombre del paciente, el consentimiento informado, el lugar de la cirugía. En un segundo momento, antes de la incisión cutánea, el profesional en anestesia debe revisar, entre otros aspectos, que los equipos estén completos, riesgos de alergias, afecciones respiratorias, riesgo de pérdida de sangre. En un tercer momento la enfermera debe efectuar un recuento del instrumental, nombre del paciente, rotulación de muestras, entre otros aspectos.

Estas disposiciones tienen como objetivo reducir los efectos adversos en cirugías mayores. Cabe destacar que los hospitales de la CCSS efectuaron en el 2017, 190 295 mil cirugías, según lo contabiliza el área de Estadística de la Salud.

Los hospitales que recibieron esta distinción fueron los siguientes: Tomás Casas de Osa. San Vito. México. Carlos Luis Valverde Vega de San Ramón Upala San Vicente

de Paúl en Heredia. Hospital de las Mujeres San Francisco de Asís en Grecia. San Carlos Los Chiles William Allen de Turrialba Ciudad Neilly Guápiles Max Terán Vals de Quepos Manuel Mora Valverde de Golfito.

Esta iniciativa, es solo para los hospitales de la Seguridad Social, pues en Costa Rica no está inscrito ningún hospital privado donde se realiza cirugía mayor. A nivel de la CCSS el cumplimiento global es muy elevado puesto que supera el 76%, lo cual es una garantía de estándar de calidad para la población que es operada en los quirófanos institucionales.

Para haber podido lograr esto, la Dirección de Administración de Proyectos Especiales (DAPE) de la Gerencia de Infraestructura en agosto del 2017 lideró una capacitación del personal técnico y de mantenimiento.

Con ese propósito unos 35 profesionales, entre arquitectos, ingenieros y especialistas en salud participarán en esta actividad que les permitirá efectuar evaluaciones de la infraestructura sanitaria, con miras a lograr un “Hospital Seguro” y determinar la capacidad de respuesta institucional ante una emergencia de gran magnitud. La actividad fue organizada por la CCSS con el auspicio y el apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), entidad que creó la metodología respectiva.

Se capacitó a los participantes en la aplicación de una evaluación del entorno donde se ubica cada establecimiento y los riesgos que tiene; también la seguridad estructural como el tipo de edificación, la estructura, los materiales que se emplearon en el proceso de construcción, entre otros detalles.

Adicionalmente, se tomó en cuenta aspectos relacionados con la seguridad no estructural o líneas vitales como agua potable, energía eléctrica, gases médicos y radiocomunicaciones. En el caso de las tres primeras (agua, energía y gases), se evaluarán constantemente los sitios en donde están ubicados, su estado, la redundancia que exista, así como la capacidad de mantener en operación al establecimiento de salud al menos durante 72 horas después de la emergencia.

En el caso de las radiocomunicaciones, se examinarán los sistemas alternos como radios y sus correspondientes antenas, se hará énfasis en su ubicación, seguridad, su capacidad de operación y que el personal esté debidamente entrenado en su utilización.

También se evaluarán constantemente, los sistemas de aire acondicionado, supresión de incendios, mobiliario y equipo médico, con la finalidad de determinar si su ubicación es segura, se revisarán los anclajes para reducir riesgos de que se vuelquen y que los equipos médicos sean los adecuados para la labor del centro médico.



Otro de los aspectos que formarán parte de esta evaluación periódica y permanente, son aquellos que se relacionan con la organización del centro ante emergencias, el establecimiento de comités, planes de emergencia, programas de mantenimiento, planes de suministros de insumos médicos, instrumental y otros para 72 horas, rutas de evacuación, entre otros.

Esta inspección y evaluación se hace acompañada de los códigos de construcción del país; así como políticas y directrices que se hayan emitido. La evaluación continua, ofrecerá una primera información sobre el estado del centro de salud, pero no sustituye los estudios que a nivel técnico deban realizarse de forma más puntual y detallada para cada caso en particular, pero si puede orientar y priorizar acciones en el corto, mediano y largo plazo.

### 7.36 CISSCAD Premia Proyectos de la CCSS

El Consejo de Instituciones de Seguridad Social de Centroamérica y República Dominicana (CISSCAD), premia a tres ensayos y un proyecto de Innovación presentados por profesionales de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), como parte de una propuesta de trabajo que busca generar conocimiento a escala subregional y socializar buenas prácticas y proyectos exitosos desarrollados en diferentes países.

De cinco premios que otorgó ese organismo multinacional de la Seguridad Social, cuatro fueron concedidos a profesionales en diversas disciplinas de la CCSS y uno a un representante del Instituto Salvadoreño de Seguridad Social. La escogencia de los trabajos la efectuó un jurado con representantes de la Organización Panamericana de la Salud, el Centro Interamericano de Estudios en Seguridad Social (CIESS) y la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS).

Se trata de la primera edición de dos premios que otorga el CISSCAD los cuales se concederán cada dos años. La premiación se realizará el próximo miércoles 7 de marzo 2018.

El Premio Fondo Concursable para la publicación de artículos y ensayos cuenta con tres categorías y el Premio bianual de la innovación tiene dos categorías las cuales tienen que ver con temas relacionados con la seguridad social, prestación de servicios de salud, tecnologías y proyectos innovadores para la ciudadanía y la gestión.

En las cinco categorías se inscribieron 80 trabajos y se evaluaron 50 provenientes de cuatro países, cuatro de los trabajos seleccionados fueron elaborados y presentados por profesionales de la CCSS. Los trabajos ganadores fueron los siguientes: premio fondo concursable para la publicación de ensayos y/o artículos nombre del participante ensayo Arguedas Costa Rica Tamizaje de la retinopatía diabética cámaras fotográficas en la Clínica Clorito Picado, San José, Costa Rica durante el periodo de 2008 al 2016

Prestación Servicios Salud Claudio Arce Ramírez Costa Rica Financiamiento cobertura del Seguro de Salud en Costa Rica: Desafíos de un modelo exitoso Seguridad Social Ana Lorena Solís Guevara Costa Rica Identificación de efectos ambientales esperados a partir del Expediente Digital Único de Salud.

Tecnologías bianuales a la innovación participante proyecto Categoría Karen Stella Guzmán de Recinos Salvador Proyecto de Modernización de los Servicios de Diálisis Peritoneal. Un salto de calidad en la atención del paciente con enfermedad renal en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Innovación a la Ciudadanía Armando Cortés Ruiz Costa Rica La modalidad en línea en la evaluación de la prestación de servicios de salud del primer nivel de atención en la Caja Costarricense de Seguro Social: aspectos metodológicos y principales resultados Innovación a la Gestión Las personas ganadoras tendrán la oportunidad exponer sus trabajos durante la Asamblea del CISSCAD el miércoles de la próxima semana. Como parte del premio recibirán un certificado y una placa que los acredita como ganadores.

### 7.37 Histórica Separación de Siameses

Los siameses en cuestión nacieron en diciembre del 2015, con sus cabecitas unidas. La cirugía fue realizada el 23 de febrero del 2018, por varios equipos del Hospital Nacional de Niños compuestos por neurocirujanos, cirujanos reconstructivos, anestesiólogos, enfermeras y todos los servicios de apoyo tales como: laboratorio, banco de sangre, farmacia, entre otros.

La cirugía comenzó a las 7:30 de la mañana y concluyó al día siguiente a eso de las 2 de la mañana. La intervención quirúrgica fue calificada por los cirujanos como una de las más complejas, largas y difíciles en las que han participado.

Esta intervención quirúrgica marca un hito en la historia de la medicina costarricense. Es un acto heroico, dijo la directora del Hospital de Niños. Esta cirugía no se hubiera podido efectuar sin el respaldo de una institución como la Costarricense de Seguro Social (CCSS), que ofreció todo el apoyo para mejorar la calidad de vida de estos menores.

Aunque los médicos sabían que la cirugía era extremadamente difícil, se atrevieron a efectuarle para mejorar las condiciones de vida de esas dos criaturas. Hubiera sido una injusticia no ofrecerle esta opción a pesar de los riesgos y de la dificultad técnica que tenía la separación, pues incluso en unas de las consultas efectuadas a un experto estadounidense en este tipo de intervenciones quirúrgicas destacó la complejidad de esa cirugía.

En ese proceso de consulta internacional, como Presidente Ejecutivo solicité al Embajador de Costa Rica en los EEUU, Dr. Román Macaya Hayes, que contactara al super especialista y sí fue, como obtuvimos la interconsulta. El especialista ha

documentado menos de 10 casos de éxito en su experiencia y manifestó que el caso de los siameses de Costa Rica era uno de los más complejos que se había visto. Por esa razón la Junta Directiva de la CCSS, homenajeo a los equipos que lo hicieron realidad.

Durante las 20 horas de labor quirúrgica, los especialistas tuvieron que afrontar muchos momentos difíciles, pero uno de los más duros fue cuando uno de los menores perdió sus signos vitales, pero la rápida intervención de los médicos permitió que el niño superara la crisis.

Otras de las dificultades que se tuvieron que vencer fueron los constantes sangrados que sufrieron y las grandes cantidades de ese líquido vital que se requirieron. Precisamente, el Banco de Sangre del hospital, se organizó previamente y una semana antes de la cirugía, se hizo una campaña interna en la que participaron 29 donantes, todos funcionarios y funcionarias del hospital pediátrico.

Parte de la complejidad de la cirugía estribó en que tuvieron que efectuar una reconstrucción vascular cerebral y eso ameritó el uso de equipo de última generación que tiene disponible el Hospital Nacional de Niños. La separación se efectuó pasada la medianoche y a partir de ese momento, cada equipo de cirugía plástica y reconstructiva tomó a un niño y se continuó la cirugía en los dos quirófanos que se habían asignado previamente. Luego una vez concluida esta fase, los dos niños fueron trasladados a la Unidad de Cuidados Intensivos donde estuvieron vigilados 24/7 por el equipo de intensivistas. Felicito a los padres de las criaturas ya que ambos se encuentra bien luego de meses de recuperación, todo dentro de la Seguridad Social.

### **7.38 CCSS tiene definidos nuevos Proyectos en Radioterapia**

Como parte de su planificación en el abordaje del cáncer, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) tiene previsto el desarrollo de dos grandes proyectos para la ampliación de los servicios de radioterapia.

Se erigirá un servicio denominado Proyecto Centro Conjunto de Radioterapia para dar atención a los pacientes del área de atracción de los hospitales San Juan de Dios, Hospital de Niños y Hospital Blanco Cervantes. Este proyecto fue aprobado por la Junta Directiva en octubre del 2016.

El proyecto está en consulta en la Contraloría General de la República y, una vez recibo el visto bueno, se procederá al análisis técnico final y a la adjudicación. La edificación y el equipamiento tendrá cronograma de un año hasta la entrega.

La inversión del nuevo servicio de radioterapia institucional es de \$27 millones y presupuesto provendrá del "Proyecto de fortalecimiento para la atención integral del cáncer," cuyos fondos están reservados y provienen de la ley anti fumado.

Una vez que la gerencia médica determinó el abordaje terapéutico para el centro, se presentó el proyecto a la Dirección de Arquitectura e Ingeniería (DAI) en octubre del 2017.

El objetivo de que los equipos sean de la misma marca que los actuales es aprovechar que las simulaciones de los pacientes fueran aplicables también en el centro, de tal modo que, en caso de mantenimiento o falla, un centro pueda apoyar al otro cuando sea necesario y pueda haber transferencia de pacientes porque comparten la misma tecnología.

Esta condición de equivalencia hace necesario que la compra sea directa, por lo tanto, debe solicitarse la autorización a la Contraloría de la República. Los documentos fueron presentados y está en plazo de respuesta.

Cuando la contraloría autorice la compra directa se presenta el cartel a la empresa, luego la compañía hace la contraoferta, después la CCSS hace el análisis técnico necesario de la contraoferta y, finalmente, se llega a un acuerdo del proyecto y se adjudica.

El terreno donde se ubicará está dentro del cuadrante entre los tres hospitales. Proyecto, Hospital Dr. Calderón Guardia. Posterior a completar el Proyecto Centro Conjunto de Radioterapia, la Institución iniciará

la instalación de dos acelerados lineales para el Hospital Dr. Calderón Guardia. Los cuales deberán estar funcionando a partir del año 2025. Adicionalmente, junto con estos megaproyectos, la Institución está evaluando la necesidad de introducir nueva tecnología en radioterapia, inicialmente la posibilidad de radiocirugía estereotáctica, que tendría beneficios en algunos casos, sobre la Radioterapia convencional.

**Acciones institucionales** La situación ocurrida recientemente en el servicio de radioterapia del hospital San Juan de Dios comenzó el 20 de junio cuando la empresa encargada del mantenimiento de la fuente de cobalto la da de baja. Según el servicio técnico no hubo falla en la fuente sino en los accesorios que permiten su funcionamiento. Esto provocó un desajuste en la planificación de la atención de enfermos, pues se contemplaba que la fuente estuviera en funciones hasta el 2021. Ante el aumento de pacientes en el Hospital México, por el traslado de pacientes del San Juan de Dios, se ha implementado una serie de acciones emergentes, entre las que está la apertura del servicio durante las 24 horas.

Esta medida entró en funciones desde el 9 de julio y contó con el respaldo de los pacientes, pues ellos tomaron las citas nocturnas organizándose con sus familias para trasladarse al hospital. Esas acciones corren en paralelo con las otras iniciativas de la planificación en el abordaje del cáncer la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS),

las cuales tiene previstos dos grandes proyectos para la ampliación de los servicios de radioterapia institucionales.

### **7.39 Primera Pasarela de Personas Amputadas con Prótesis Estéticas**

El 1 de junio, 12 pacientes amputados, quienes utilizan prótesis en sus extremidades, realizaron la primera pasarela de la histórica de Costa Rica, con la finalidad de demostrarle a la sociedad que la pérdida de una parte de su cuerpo no es una limitación para desenvolverse en la vida.

La actividad es organizada por el Taller de Prótesis de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) que se encargó de recopilar las historias de los pacientes, quienes han enfrentado múltiples vicisitudes, tras la amputación de algunas de sus extremidades, pero que las han sabido vencer con una gran dosis de perseverancia y esfuerzo.

Felicito a la Licda. Mabellín Guzmán Amador, jefa de esa dependencia institucional, y a su equipo por haber impulsado la iniciativa y gracias al apoyo de la Presidencia Ejecutiva y de la Junta Directiva, la capacitación de los técnicos se mejoró significativamente.

En esta pasarela modelaron ropa casual y deportiva. Se trata de la primera vez que se efectúa esta actividad como una forma también de exponer el tipo de prótesis que se está haciendo en ese taller de la CCSS y los esfuerzos que realizan para darle movilidad a estos pacientes.

La actividad se realizó con mi participación como Presidente Ejecutivo, el 1 de junio a partir de la 1 de la tarde en el Museo de Los Niños y en ella participarán pacientes con edades que oscilan entre los 12 años y los 92.

En el mediano plazo, se podrán estrenar instalaciones aprobadas por la Junta Directiva de la CCSS durante el 2017, lo que permitirá mejorar considerablemente el servicio que se le brinda a los pacientes que requieren esta ayuda para moverse.

### **7.40 Fortalecimiento de atención gineco-obstétrica e implementación del Fondo de Fortalecimiento de Maternidades (FOFOMA) y la CCSS apuesta al mejoramiento de la atención obstétrica en la población indígena.**

El principal logro de este proceso de fortalecimiento es la implementación de un modelo de atención humanizada del embarazo, el parto y el nacimiento, que se circunscribe en el marco de los derechos humanos (reproductivos) de las mujeres, en la reivindicación y legitimación de los mismos en las 25 maternidades públicas. Como parte del proceso se desarrolló el “*Modelo de prestación para la atención calificada en el embarazo, parto, posparto, centrado en la mujer, la familia gestante, la comunidad, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las Maternidades De La Caja*”



*Costarricense de Seguro Social*". Este modelo se encuentra en la etapa de implementación, y se encuentra totalmente desarrollado en el Hospital Monseñor Sanabria de Puntarenas y se está trabajando en la implementación con pertinencia cultural en los Hospital de San Vito y Ciudad Neilly donde ya se han realizado avances.

A nivel de logros destaca que:

- Se realizó un estudio técnico y diagnóstico del Hospital de Cartago, Hospital Tony Facio.
- En todos los Servicios de Obstetricia de la CCSS, se ha ido implementando técnicas de psicoterapia, esferodinamia, aromaterapia, masajes de relajación, libertad de movimiento y posición durante la labor y el parto, hidratación, alimentación, privacidad, educación personalizada a nuestras usuarias, el curso de preparación psicofísica para el parto sin temor entre otros.
- En el segundo semestre de 2016 se implementó en todas las maternidades de la Institución el instrumento de Gestión Clínica: Lista de verificación de la atención segura de la labor de parto el parto y el posparto inmediato".
- Actualización de la Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el Período Perinatal Parto y Postparto.
- Elaboración del Manual de Educación Perinatal para Mujeres Gestantes y sus Familias.
- Actualización de la Historia Clínica Perinatal (HCP): Es un proceso complejo que se trabajó con el Ministerio de Salud como también con funcionarios de la OMS/OPS. En conjunto con el Programa de Regulación de Atención al Niño(a), jefes de Gineco- obstetricia y Neonatología de Hospitales Nacionales. Adicionalmente requirió una validación por parte de personal clave de todos los niveles de atención, además del nivel central de la CCSS. En marzo de 2017 se estableció el lineamiento de utilización de la historia clínica perinatal actualizada en todos los servicios de la institución.
- Actualización de la Norma de Alto Riesgo Obstétrico, Actualización de la Norma de Bajo Riesgo Obstétrico y Elaboración de la Norma sobre Pérdidas Gestacionales Tempranas. Este es un proceso que se encuentra actualmente en elaboración y es coordinado por el Ministerio de Salud.
- Emisión del Lineamiento (GM-S-7761-15) que da instrucciones específicas para: a)-La aplicación de Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el Período Prenatal-Parto y Postparto, y lo indicado en la Ley N° 8239 Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados". Y cualquier otra normativa relacionada.
- Lineamiento de Acompañamiento integral en el proceso de nacimiento. El mismo se favorece el acompañamiento las 24 horas de todas las mujeres embarazadas

- Lineamiento para implementación del Listado de verificación de atención segura de la labor de parto del parto y del posparto inmediato. Este instrumento asegura la implementación de indicadores y estándares de calidad, que evidencien el tipo de atención brindada y asegure un parto digno, respetuoso y con pertinencia cultural, tomando en cuenta las necesidades de la mujer y acompañante en condiciones de discapacidad o de diversidad funcional, desde la perspectiva humanizada y consensuada.
- Instrucción de parte de Gerencia Medica de colaboración con Ministerio de Salud en la actualización de normativa nacional de atención: a fin de realizar: a)- Actualización de la Norma de Alto Riesgo Obstétrico, b)-Actualización de la Norma de Bajo Riesgo Obstétrico y c)- Elaboración de la Norma sobre Pérdidas Gestacionales Tempranas. Este es un proceso que se encuentra actualmente en elaboración y es coordinado por el Ministerio de Salud.
- Acciones en el ámbito de sensibilización y capacitación al personal de salud.
- Educación Perinatal y Dignificación y Trato Humanizado la mujer gestante: Dirigidos especialmente a personal del 1ro y 2do niveles de atención del nivel ambulatorio, desde el año 2015 en las 7 direcciones regionales de la CCSS. Ha cubierto alrededor de 800 funcionarios de los servicios de maternidad.
- Desarrollo de talleres de sensibilización: dirigidos a personal de maternidades de los Hospitales Nacionales, Hospital Especializado: Hospital de las Mujeres, 1-hospitales Regionales y Hospitales Periféricos de las siete direcciones regionales
- Curso de Atención Integral a la Mujer Gestante y al Niño(a) menor de 1 año: El diseño curricular se desarrolló con jefes de Gineco-obstetricia de Hospitales Nacionales y Especializado, así como con el Programa de Atención al Niño y la Niña, y cuenta con aval de Proyecto de trabajo dirigido a: diseño de Curso Virtual con temática de: Salud sexual y reproductiva, mujer y discapacidad. Con la colaboración de Instituto Nacional de la Mujer (INAMU) y con la Coordinación Institucional de la Normalización de la Atención en Accesibilidad y Discapacidad y de Violencia. Se está trabajando a nivel institucional para virtualizar el módulo presencial: Módulo básico de sensibilización y capacitación sobre discapacidad desde una perspectiva de género, ampliándole adicionalmente aspectos relacionados con salud sexual, género y violencia y trato digno y humanizado a la mujer gestante con discapacidad.
- Acciones en el ámbito de dotación de recursos (infraestructura, suministros y recursos humanos). Con fundamento en este proceso la Gerencia Medica generó acciones concretas para incrementar el personal médico en la especialidad de ginecobstetricia.
- Infraestructura física y equipamiento:
- Se crea un fondo de inversión de 2 ¢2.000 millones, se tiene una ejecución de un 57%

- Conformación de la Comisión Intergerencial (GM-GIT), para crear el diseño de las Unidades de Atención materno-Infantil para establecimientos nuevos de la CC SS. A la fecha el avance es de alrededor de un 70 %.
- Se crea con el objetivo de elaborar un modelo innovador o prototipo para los servicios de maternidad (sala de partos, salón de maternidad, preparto, sala de labor y alojamiento conjunto).
- Se logró diseñar cada unidad de atención por áreas: emergencias, sala de labor, parto, post parto y recuperación, unidad de perinatología, áreas de hospitalización: preparto, alto riesgo obstétrico, posparto y alojamiento conjunto, aislamiento y posaborto/óbito fetal y servicios conexos como lactario, vacunatorio y área multifuncional (cubículo); tomando en cuenta los aspectos mencionados anteriormente.

Con el propósito de continuar fortaleciendo la atención obstétrica en la zona sur del país, el hospital San Vito implementó, en su servicio de Obstetricia y Ginecología, una serie de ajustes encaminados a garantizar la dignificación y el trato humanizado en las mujeres gestantes de su población en general, tomando en cuenta las necesidades de los grupos indígenas. Agradezco, felicito y reconozco el liderazgo de la doctora Lidieth Carballo Quesada, coordinadora de la Comisión Atención Calificada del Parto de la CCSS y a su equipo por este desarrollo. La iniciativa se emprendió con el objetivo de lograr un cambio de paradigma sobre la necesidad de ofrecer a las mujeres embarazadas una atención con énfasis en el trato humanizado y con enfoque sobre los derechos que les asisten a ellas y a sus hijos, así como su impacto positivo en el proceso de labor, parto y post parto.

Recientemente, la institución ha venido incrementando los esfuerzos por fortalecer los servicios de sus 24 maternidades en todo el país, con un enfoque centrado en las necesidades de la mujer, a través de, entre otras cosas, la inversión en readecuación de la planta física de algunas maternidades y la capacitación de distintos técnicos y profesionales encargados de abordar y atender de forma directa a la mujer en el proceso de labor de parto y post parto, entre ellos, médicos generales, médicos obstetras, médicos residentes, enfermeras generales y obstetras, asistentes de pacientes y auxiliares de enfermería.

Gracias al apoyo de un grupo de funcionarios del servicio de Maternidad del hospital Monseñor Sanabria de Puntarenas, quienes visitaron ese establecimiento de salud para realizar un taller de capacitación dirigido al personal encargado de atender y abordar a las pacientes embarazadas, en el cual, se les sensibilizó sobre el proceso que pretende ofrecer una mayor oportunidad y calidad de la atención durante el embarazo, el parto y el puerperio.

De esta manera, estos esfuerzos se han dirigido en una inversión por parte de la administración y la dirección de enfermería del hospital para la instalación de

cortinas en las salas de maternidad, que permiten que las embarazadas tengan un proceso de acompañamiento las 24 horas durante el parto, labor del parto, el parto y post parto.

Las pacientes también reciben esferoterapia, aromaterapia y musicoterapia y se ha invertido en la colocación de duchas de agua tibia, la adquisición de batas especiales confeccionadas con base en el diseño de las prendas tradicionales en la población indígena, así como el suministro de alimentación durante el proceso previo, durante y posterior al parto con recetas adaptadas a la cultura indígena.

El funcionario manifestó que, tras la decisión de incluir estas adaptaciones culturales en el abordaje y la atención de las embarazadas indígenas, se invitó a un grupo de personas de la reserva indígena “La Casona” en el cantón de Coto Brus, quienes, por su condición cultural, en ocasiones, tienden a mostrar resistencia para ser atendidas en los servicios que ofrece el hospital.

De esta manera, se les hizo un recorrido por las instalaciones del servicio de maternidad para explicarles sobre las principales acciones de intervención en la mujer embarazada, así como la importancia y el beneficio de realizar algunas pruebas diagnósticas actuales en los recién nacidos, entre ellas, el tamizaje auditivo y el tamizaje cardíaco.

Asimismo, las pacientes que lo deseen gozan del beneficio de ser acompañadas por la asesora cultural durante su labor de parto, esto facilita la comodidad y el proceso de atención, en virtud de que su presencia destaca como intermediaria entre el personal y la paciente y recibe por parte del personal hospitalario, toda la orientación y la explicación de la intervención y los procedimientos clínicos, en procura de lograr un ambiente de mayor confianza y comodidad.

Este acompañamiento se extiende, también, al programa de urgencias obstétricas que tiene el hospital, en el cual, la paciente tiene la posibilidad de ingresar acompañada por la persona que ella considere ideal, en ese momento.

La CCSS cuenta, en la actualidad, con guías de atención para garantizar la calidad del servicio que se le prodiga a la madre y al niño y la atención siempre se ofrece respetando la dignidad de las pacientes, de acuerdo con el marco jurídico nacional. Esta guía fue validada por especialistas de diferentes disciplinas del país.

Adicionalmente, la institución brinda cursos de preparación para el parto, donde se tratan temas de trabajo de parto, violencia materna, paternidad responsable y otros para que las mujeres conozcan las diferentes etapas los derechos que tienen y las necesidades de atención de salud posterior al parto los cuales se brindan en los hospitales y áreas de salud.

### 7.41 La Mortalidad Infantil en Costa Rica sigue disminuyendo

La tendencia de la tasa de mortalidad infantil en Costa Rica se mantiene a la baja y sigue siendo de un solo dígito, como se ha evidenciado en los registros en la última década, pues pasó de 9,64 en el 2007 por cada mil nacimientos vivos a **8,02 en el 2016** por la misma constante.

Para especialistas en estadística y demografía de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) se trata de logro nacional y expresa los resultados de las diferentes acciones que ha realizado Costa Rica para proteger la salud y el desarrollo de su población.

La salud, recordaron, es una construcción social donde convergen múltiples factores que tienen que ver, entre otros aspectos, con cuidado domiciliario apropiados, con atención integrada y oportuna al recién nacido, con vacunación, con alimentación, entre otros.

La tasa de mortalidad infantil de Costa Rica es de las más bajas de América Latina, compitiendo con países como Estados Unidos y Canadá, algunos países de Europa del norte y del este, así como con algunos de Asia y Australia.

La Dirección Actuarial de la CCSS, aseguró que la tasa de mortalidad de Costa Rica es tan baja que, si se presenta algunos cambios, por pequeños que sean, se van a ver reflejados en las estadísticas.

En el periodo 2015-2016 se dio un comportamiento atípico, pues la tasa de mortalidad infantil llegó a 7,52 por cada mil nacimientos vivos, la más baja en la historia del país, pero que la del periodo 2016-2017 (8,02 por cada mil nacimientos vivos), lo cual es normal según el comportamiento observado en la última década.

Cambios como la baja en la tasa de natalidad, el atraso en el registro u otras circunstancias pueden que las tasas tengan un mínimo cambio estadístico de un periodo a otro, por tener la tasa de mortalidad infantil tan baja.

La tasa de mortalidad infantil es un indicador que señala el número de defunciones de niños menores de un año por cada 1 000 nacimientos vivos registrados, durante el primer año de su vida, en un año y en una población determinada.

### 7.42 Proyecto “Iniciativa Salud Mesoamérica-Costa Rica: Prevención y Atención Integral del Embarazo en la Adolescencia, Regiones Brunca y Huetar Caribe” y su estado de situación actual

Consiste en un proyecto en 2 Fases, de coordinación Internacional auspiciado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) e Interinstitucional, donde participa el Ministerio de Salud, la CCSS, el Ministerio de Educación, Patronato Nacional de la



Infancia, Dirección Nacional de CEN CINAI. La primera Fase se finalizó exitosamente en el 2016 y la segunda Fase finalizara en el 2018. A nivel de la prestación de servicios de salud se ha trabajado en los siguientes ejes:

Tabla 50: Distribución de personas capacitadas en Intervención breve en periodo 2016-2017, según disciplina

EJES	LOGROS
Prestación de Servicios de Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>Horario diferenciado: Se asigna dos cupos para la atención integral con valoración de riesgo para la población adolescente</li> <li>Acuerdo local de convertir en recargo consulta de morbilidad para completar Atención Integral cuando sea posible.</li> <li>Atención en escenario educativo, alianza Centros Educativos MEP, Ebais CCSS</li> <li>Encuesta de satisfacción % de adolescentes satisfechos con la atención recibida en los establecimientos de salud de CCSS. Encuesta de conocimientos en salud sexual y reproductiva. Consultoría en proceso de contratación</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Compra y distribución de dos métodos anticonceptivos de larga duración (según evidencia científica)</li> <li>Implante Subdermico Liberador de Etonorgestrel (duración 3 años), incorporado a la LOM 2016.</li> <li>Sistema intrauterino Liberador de levonorgestrel (duración 5 años), incorporado a la LOM 2014 como tratamiento del sangrado uterino disfuncional, y como anticonceptivo en casos especiales</li> <li>Compra y distribución de dos métodos anticonceptivos de larga duración seleccionados para esta población (según evidencia científica)</li> <li>Implante Subdermico Liberador de Etonorgestrel (duración 3 años) Incorporado a la LOM 2016.</li> <li>Sistema intrauterino Liberador de levonorgestrel (duración 5 años) Incorporado a la LOM 2014 como tratamiento del sangrado uterino disfuncional, y como anticonceptivo en casos especiales</li> </ul>
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desarrollo e implementación del Lineamiento para la consejería y prescripción de métodos anticonceptivos: Se elaboró siguiendo la Normativa Institucional además fue valorado por área legal y técnica.</li> <li>Elaboración del Manual de normas y procedimientos para la atención de adolescentes con el modelo de atención, Manual de consejería en casos de alto riesgo, Manual de actividades educativa grupal complementaria con énfasis en salud Sexual y Reproductiva</li> </ul>
Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacitación a funcionarios en Normativa Institucional para la atención a adolescentes: Se llevaron a cabo capacitaciones con el personal de las áreas involucradas en la iniciativa de las regiones Huetar Atlántico y Brunca</li> <li>Capacitación a funcionarios en educación consejería y prescripción de métodos anticonceptivos</li> </ul>

EJES	LOGROS
Infraestructura y equipos	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Adecuación de áreas Físicas en los EBAIS de las 11 áreas de salud seleccionada de las Regiones Huetar Atlántica y Brunca</li> <li>– Rotulación que identifica los espacios destinados para la atención de Adolescentes</li> <li>– Compra de equipos de cómputo y audio visuales: 10 equipos distribuidos en las áreas de mayor prioridad</li> </ul>
Coordinación intersectorial	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sistema Nacional de Información para adolescentes (SINA): Se autorizó traslado de información para de EDUS a Ministerio de salud área de Vigilancia epidemiológica donde estará alojado el SINA</li> <li>– Avances en el traslado de información al Ministerio de salud para el sistema Nacional de Información de adolescentes SINA</li> <li>– Catalogo SIES: Enviado al Ministerio en octubre 2017</li> <li>– Datos de Egresos: El envío de estos datos está actualizado a diciembre de 2017</li> <li>– Datos de SIFA: Estos datos son enviados de forma regular con la información de las Áreas de Salud.</li> <li>– Registro de la actividad grupal Complementaria de Consejería: El departamento de Estadística tiene lista una versión preliminar de los aplicativos que se usaran.</li> <li>– La Segunda Operación fue negociada y formulada en conjunto con el BID en julio 2015 y aprobada por los donantes y el BID en diciembre 2015. La misma fue suscrita entre el señor Ministro de Salud y el BID en junio 2016, se realizó actividad de su inicio oficial el 10 de agosto 2016. Se le dio el criterio de "elegibilidad" por el BID, El 6 de diciembre 2016 oficio CID/CCR/1649/2016 para poder iniciar a utilizar los fondos de la donación administrada por el mismo.</li> </ul>

**Fuente:** Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud

Para el segundo semestre del 2018, los resultados del ambicioso proyecto que fue diseñado en el 2013 por el Banco Interamericano para el Desarrollo (BID) y por el Gobierno de Costa Rica y fue financiado, implementado y ejecutado entre el 2014 y el 2018. La Primera Fase fue concluida con éxito en el 2016 y reconocida por mi persona como Ministro de Salud del momento. Gracias, a que se concluyó con éxito la Primera Fase, se pudo negociar la Segunda Fase con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Como principal logro de la Primera Fase, destacan: las modificaciones de gestión necesarias para operativizar con éxito proyectos como el de la Segunda Fase y la solicitud expresa que efectué como Ministro de Salud de la época y que reiteré como Presidente Ejecutivo de la Caja, de que se Institucionalizara la oferta de métodos

anticonceptivos vanguardistas y que demostraron su 'éxito en las regiones del proyecto.

A continuación, presento un resumen ejecutivo y técnico de la segunda Fase sobre la situación del proyecto en el momento actual.

## I. Datos de la Segunda Fase

Operación número:	GRT/HE-15420/ GRT/HE-15421
Nombre:	Iniciativa Salud Mesoamérica
Organismo Ejecutor:	Ministerio de Salud
Lugar:	Costa Rica
Fecha de elegibilidad:	06 de diciembre de 2016
Fecha de firma segundo convenio:	10 de junio del 2016 Firmado por el Ministro de Salud Dr. Llorca Castro
Fecha inicio medición indicadores:	Junio, 2018

## II. Ejecución físico-financiera

Fecha finalización ejecución financiera:	Diciembre 2018		
Fecha Último desembolso:	20/01/2017	Monto desembolsado:	\$324.099
Monto aprobado aporte externo	\$846.599	Monto pagado MS:	\$203.714.00
		Monto pagado BID:	\$215.000.00
Monto aprobado Aporte Local:	\$1.269.898	Monto pagado:	\$905.161,71
Monto total pagado:			\$1.323.875,71

## III. Marco de Desempeño

Indicadores para el desembolso del Tramo de Desempeño correspondiente a la Segunda Operación Individual. En un **Simulacro de Medición** efectuado en el segundo semestre del 2018, se evidenció el haber superado el 90% de las metas y proyectando un cumplimiento satisfactorio de casi un 100% para inicios del 2019. Dentro de las **metas de impacto** con éxito evidenciado y verificado, sobresalen la **reducción de cantidad de embarazos en adolescentes de entre 10 y 19 años durante el año 2017-2018 de más de un 28% y una franca reducción de segundos embarazos en adolescentes de un 27% antes de los 19 años.**

Indicadores <sup>17</sup>	Línea base 2012	Meta 36 meses	Fuente de verificación
1. Nacimientos de madres adolescentes entre los 10-19 años en el último año/Total de mujeres adolescentes entre los 10-19 años en el último año.	4.62 <sup>18</sup> .	reducción del <b>28%</b> en el periodo <sup>19</sup> con respecto a línea base	Registros administrativos Estadísticas vitales: nacimientos y proyecciones de población, INEC.

<sup>17</sup> Los indicadores se detallarán en el Manual de Indicadores, el cual es parte del Manual Operativo. La elaboración del Manual Operativo a satisfacción del Banco es una de las condiciones previa al primer desembolso de la operación.

<sup>18</sup> Periodo julio 2012-junio 2013

Esta cifra esta expresado en porcentaje, no en puntos porcentuales

Indicadores <sup>17</sup>	Línea base 2012	Meta 36 meses	Fuente de verificación
2. Mujeres con dos o más hijos antes de los 19 años en el último año <sup>20</sup>	10 <sup>21</sup>	reducción del <b>27%</b> en periodo con respecto a línea base	INEC Nacimientos.
3. Madres adolescentes o adolescentes embarazadas que permanecen en el sistema educativo en el último año.	*22	60	SINA-MEP. Listado nominal de adolescentes madres o adolescentes embarazadas al inicio y fin del ciclo lectivo y verificación in situ (spot check).
4. Adolescentes que reportan haber solicitado y recibido algún método anticonceptivo y de protección en los Servicios de Salud de la CCSS.	75	90 <sup>23</sup>	Encuesta independiente.
5. Adolescentes que conocen sobre el uso correcto de métodos modernos de protección/anticoncepción seleccionados.	4.8	50	Encuesta independiente.
6. Adolescentes con vida sexual activa (y/o su pareja) que actualmente utilizan un método moderno de anticoncepción y protección en su última relación (tres meses).	74	82	Encuesta independiente.
7. Adolescentes que adoptan un método moderno de MACP dentro de los primeros 42 días del post parto o post aborto en el último año.	*	80	Listado nominal de adolescentes postparto y post aborto SINA-CCSS.
8. Adolescentes que son atendidos en la consulta de atención integral de salud de primera vez durante el periodo del proyecto 2015-2018.	*24	70	Listado nominal de adolescentes para el periodo SINA -CCSS y proyecciones población.
9. Adolescentes en riesgo que han recibido seguimiento (intervención, referencia y seguimiento intra-institucional e inter-institucional) en el último año.	*6	80	SINA y verificación in situ (spot check).
10. Promotores adolescentes y juveniles activos que proporcionaron información y referencia a adolescentes en el último año.	*6	80	Actas de UCL y PANI-SINA.

#### IV. Recomendaciones y oportunidades de mejora Generales

<sup>20</sup> Total, de mujeres adolescentes con dos hijos o más\*1000 / total de mujeres adolescentes.

<sup>21</sup> Periodo julio 2012-junio 2013

<sup>22</sup> No hay línea base, se acordó la meta a alcanzar

<sup>23</sup> Este meta se estima en %, no Puntos Porcentuales.

<sup>24</sup> La intervención es nueva por lo que la línea base se considera como cero.

\*\* DATOS APROXIMADOS SEGÚN RESULTADOS MONITOREO EN CAMPO A NOVIEMBRE DEL 2018.

Evaluar y actualizar la normativa nacional (MS), interinstitucional (MEP-PANI-CENCINAI) y manual técnico de la CCSS, en SSRR de personas adolescentes, a partir de la experiencia de implementación del proyecto.

Apoyo político, económico e instrumental a la propuesta técnica de prórroga de ampliación de uso de recursos a fin de institucionalizar procesos técnicos ya iniciados, así como buenas prácticas desarrolladas en las instituciones para sostenibilidad del modelo de prevención y atención.

Renovar convenios y compromisos a nivel de las instituciones participantes, así como vinculación con otras bajo aspectos específicos alineados, los cuales actualmente forman parte del CIAMA (INA, INAMU, IMAS en el caso de planes, programas específicos para la población de adolescentes madres/ padres que están fuera del sistema escolar y que no desean regresar a educación formal y que es necesario fortalecer capacidades las cuales trabajan las instituciones mencionadas.

Fortalecer el Sistema de Información de adolescentes (SINA) para que funcione de manera eficiente y amigable tanto para el registro de la información como para la disposición de datos de salida en los diferentes niveles de gestión que faciliten conocer la situación actual de las(o) adolescentes, el seguimiento intra e interinstitucional y la realización de informes para la toma de decisiones oportuna.

Determinar las necesidades de los usuarios en los diferentes niveles de gestión de las instituciones participantes a fin de que promueva el uso de la aplicación como seguimiento a estado de salud de esta población meta.

Instar para la extensión del proyecto a otras regiones del país el proceso de institucionalización, para lograr la mayor cobertura posible de información.

### **Acciones Específicas de Otras Instituciones**

#### **CEN-CINAI**

Considerar la curva de aprendizaje adquirida con la implementación de la iniciativa Salud Mesoamérica en las Regiones Brunca y Huetar Caribe como base para la elaboración de la normativa institucional de atención diferenciada para las adolescentes madres y/o para su implementación progresiva en el resto de las regiones programáticas de CEN CINAI.

Es de suma importancia disponer en la institución de medios digitales que faciliten el acceso y la disponibilidad de la información de las adolescentes madres beneficiarias y sus hijos, tanto a nivel local para la atención oportuna y para el seguimiento intra e



interinstitucional, como a nivel regional y nacional para la toma de decisiones referentes a programación y planificación respectiva.

### **MINISTERIO DE SALUD**

Implementar reuniones internas entre Coordinación de CIAMA, Coordinación Técnica de ISM y Coordinaciones Regionales de ISM, con el objetivo de revisar en el marco de la ejecución técnica detalles de la ejecución misma, vinculación Inter niveles, de procesos, líneas técnicas a seguir, detallando en las buenas prácticas obtenidas, así como nudos críticos.

Emitir mediante un reglamento, decreto o pronunciamiento institucional, la existencia y permanencia de las Unidades de Coordinación Local y las Unidades de coordinación Regional, la cual defina participantes, periodicidad de reuniones, roles de los participantes y los distintos niveles de gestión, además de la obligatoriedad de las instituciones de abordar esta temática, mediante la confección y ejecución de planes de trabajo

Mantener el rol de coordinación y asesoramiento por parte del Ministerio de Salud en la implementación de las diferentes instituciones, de acciones para la atención diferenciada de adolescentes y para los reportes respectivos

### **Directores Regionales de Brunca y Huetar Caribe (MS)**

Integración de las Unidades de Coordinación Local del Cantón de Guápiles y Limón a la ejecución del Modelo de Atención a las Personas Adolescentes, de forma progresiva iniciando con el proceso de sensibilización, capacitación y operativización por medio de indicadores de gestión alcanzables.

Las direcciones Regionales deben identificar indicadores de desempeño y sostenibilidad del modelo de atención ya implantado y así continuar en el desarrollo del monitoreo constante y regular de información para un análisis Regional que permita la direccionalidad de las acciones interinstitucionales en prevención y disminución del embarazo adolescente.

### **Sistema de Información Adolescentes (SINA).**

Considerar la curva de aprendizaje adquirida con la implementación de la iniciativa Salud Mesoamérica en las Regiones Brunca y Huetar Caribe como base para la elaboración de la normativa institucional de atención diferenciada para las adolescentes madres y/o para su implementación progresiva en el resto de las regiones programáticas de CEN CINAI.

Desarrollar, políticas y estándares que faciliten el intercambio de datos de salud a nivel interinstitucional relacionados al traslado de la información requerida para alimentar el sistema de información de manera oportuna y de calidad, esto como insumo y evidencia para la toma de decisiones en relación al monitoreo, intervención y seguimiento de la población adolescente.

Gracias a los excelentes resultados, como Ministro de Salud y Presidente Ejecutivo impulsé la institucionalización de la oferta de los anticonceptivos modernos ofrecidos por la Caja en todo el territorio nacional. De esta forma, se buscó multiplicar el efecto positivo en reducción de embarazo en adolescentes. Junto a otras medidas que habíamos tomado como la ampliación de horario de cuido de niños en los CEN CINAL y la Red de Cuido en general y la posibilidad de terminar los estudios secundarios y técnicos en horario vespertino, se buscó reducir la pobreza.

#### **7.43 Universalización de Anticonceptivo Intradérmico**

Con el objetivo de brindar mayores opciones de control de la natalidad a las aseguradas, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) por solicitud personal como Ministro de Salud en el un implante que se coloca bajo la piel del brazo dentro de su oferta anticonceptiva. El implante subdérmico consiste en una pequeña barra de 4 centímetros por 2 milímetros que contiene etonogestrel (hormona que previene la ovulación) y que se coloca, a través de un procedimiento sencillo, debajo de la piel del brazo de la mujer con el objetivo de prevenir el embarazo

Este método, posee una efectividad superior al 99.9% y funciona por un periodo cercano a los tres años. Este dispositivo ya se encuentra incluido en la Lista Oficial de Medicamentos de la CCSS y su puesta en uso será paulatina, pues primero debe capacitarse a personal de salud, sobre sus beneficios y su correcto uso. El elemento clave de este proceso es la consejería en métodos anticonceptivos y la libre elección informada del método anticonceptivo que mejor se adapta a las necesidades de las usuarias/os de los servicios de salud, lo que facilita la adherencia a la utilización del método elegido.

La capacitación está dirigida a personal médico, de enfermería, psicología, trabajo Social y farmacia que brindarán la consejería en métodos anticonceptivos, siendo que únicamente los médicos y enfermeras obstetras prescribirán y colocarán los métodos. La capacitación, que se realizará por regiones, dio inicio en el pasado 18 de julio e incluirá personal de las áreas de salud y de los hospitales periféricos, regionales, nacionales y especializados. «Este 2017 se inició con la capacitación de los funcionarios de la región Pacífico Central y el Hospital México y poco a poco lo iremos extendiendo a lo largo de todo el país», comentó la funcionaria. La capacitación estará a cargo de funcionarios del nivel central de la CCSS y de las regiones Brunca y Huetar Atlántica, quienes ya conocen el uso de este dispositivo por medio del Proyecto

Mesoamericano, y conforme avance en las diferentes regiones se irá poniendo en uso este método en todo el país.

La ampliación de la oferta se derivó del análisis técnico que realizaron funcionarios del Programa de Salud de la Mujer, el Programa de Atención Integral del Adolescente y el denominado Proyecto de Salud Mesoamérica, iniciativa que busca contribuir a la reducción del embarazo en la adolescencia y la atención a la maternidad y paternidad precoces, con modalidades diferenciadas de atención en las regiones Brunca y Huetar Atlántica.

De igual forma, en el Área de Salud La Cruz se ha realizado un proceso de introducción del implante, el inyectable mensual y una reintroducción de los métodos ya disponibles, desde la libre elección. Este proceso ha sido apoyado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y sus resultados preliminares muestran una aceptación favorable al implante, ya que, a dos meses del inicio del proceso, se colocaron más de 400 implantes.

Aunado al inicio en el uso del implante, la CCSS reforzó el conocimiento del personal de salud, principalmente de medicina y enfermería, en el uso de los diversos métodos anticonceptivos que posee la institución, principalmente del Dispositivo Intrauterino, conocido como DIU. En el caso del DIU, es refrescar los conocimientos del personal acerca de este dispositivo, que es de alta efectividad, de acción prolongada y de sencilla colocación. «A pesar de que es un muy buen método anticonceptivo, hemos observado una disminución en su uso, muchas veces por desconocimiento de sus bondades».

Esta capacitación se realizó de la mano de ginecólogos con amplia experiencia en su utilización e incluirá el uso de modelos anatómicos, lo que permitirá a médicos y enfermeras contar con todos los conocimientos que requieran para recomendar y colocar este dispositivo.

#### **7.44 CCSS multiplica Hospitales de Día**

Desde diciembre del 2017, nueve hospitales de día funcionan en el territorio nacional como parte de la estrategia de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) para que los pacientes puedan recibir una atención hospitalaria oportuna y de calidad, pero en forma ambulatoria, es decir sin que medie un internamiento.

Los hospitales de día reducen complicaciones, el riesgo de infecciones, el desarraigo familiar y comunitario y permite que los familiares se involucren activamente en el seguimiento y en el tratamiento que requiere el paciente.

Se trata de una modalidad de atención que comenzó a desarrollarse años atrás en el país, pero que, tomó fuerza en los últimos años, al punto que cada vez más hospitales

introducen esta forma de atención, incluso los nuevos hospitales que están en proceso de planeación se están dimensionando con el espacio para el establecimiento del hospital de día.

Para ofrecer diversos tratamientos a los pacientes tales como: curaciones, aplicación de antibióticos, transfusiones, procedimientos intravenosos, entre otros. Uno de los Hospitales de Día creado fue el del Hospital de San Carlos. Este nuevo hospital cuenta con tres camas y 10 sillones reclinables y funciona con el apoyo de personal de Enfermería y de un profesional en medicina. El espacio dispone de todas las comodidades y hasta con una pantalla de televisión. Este nuevo espacio surgió como parte del Concurso Buen Trato que ganó el Hospital San Carlos en la edición del 2016. En aquella oportunidad, ese establecimiento de Salud fue el ganador en la categoría de hospital y por ello obtuvo un premio de 30 millones de colones, que se invirtieron en el desarrollo de este nuevo servicio que pone a los pacientes en el centro de la atención.

Adicionalmente, el hospital inyectó más recursos para comprar otros equipos como monitores de signos vitales, así como en la construcción de un servicio sanitario con todas las especificaciones de la ley 7600.

En el marco del Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud, la institución está trabajando para estandarizar la organización de estos servicios de manera que todos funcionen de acuerdo con un manual de procedimientos y con los mismos criterios de inclusión. La propuesta ya está lista y será analizada en todos sus extremos por la Gerencia Médica.

#### **7.45 Plan de Acción de la Política Institucional del Adulto Mayor**

Para la atención de este grupo población vulnerable, se elabora en el año 2016 la Política Institucional para la Atención Integral a la Persona Adulta Mayor en la CCSS (Aprobada artículo 28 de la sesión N.º 8871, celebrada el 27 de octubre de 2016) y en el marco de esta, se generan los siguientes aportes:

En el periodo 2017 se elabora el Plan de Acción de la Política Institucional de Atención a las Personas Adultos mayores de la CCSS. Aprobación por parte de la Junta Directiva en el artículo 13º, acuerdo segundo de la sesión N.º 8915, celebrada el 13 de julio de 2017. Documento que actualmente está en la fase de implementación. En el 2018 se conformación del Consejo Intergerencial para la implementación del Plan de Acción de la Política Institucional para la atención integral de la persona adulta mayor en setiembre del 2017. Actualmente, dicho Consejo se encuentra consolidando la Agenda de implementación de la Política Institucional de Atención a las Personas Adultos mayores de la CCSS por proyectos con una visión a 5 años.

Elaboración de la Propuesta de Fortalecimiento de la Red de Atención Geriátrica y del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología, Dr. Raúl Blanco Cervantes, aprobada por Junta Directiva en el Artículo 13°, acuerdo segundo de la sesión N.º 8915, celebrada el 13 de julio de 2017.

### Capacitación

- Elaboración de módulo educativo para la formación de facilitadores para la capacitación a cuidadores/as de personas adultas mayores
- Se impartieron 74 cursos en la Plataforma Virtual del CENDEISS, en donde participaron un total de 1.405 funcionarios de la institución. Las temáticas desarrolladas en los cursos fueron las siguientes:
- Atención al usuario adulto mayor
- Valoración cuadrifuncional de la persona adulta mayor
- Abordaje farmacológico de la persona adulta mayor
- Introducción a la gestión en salud de las personas adultas mayores

### Comunicación

- En coordinación con la Dirección de Comunicación Organizacional se contó con espacios (una vez al mes) de forma anual en el Programa de Radio Salud para todos, para el desarrollo de temas relacionados con la persona adulta mayor, cuyo objetivo es educar en salud a esta población, así como a sus familiares, cuidadores y público en general.
- Publicación de la Revista Salud para Todos: “Vida sana, amor y plenitud”, en coordinación con la Dirección de Comunicación Organizacional, cuyo eje temático fue la Persona Adulta Mayor.
- Se publicaron un total de 20.000 ejemplares, los cuales han sido distribuidos a los diferentes establecimientos de salud para educación social en salud de la persona adulta mayor.

#### 7.46 CCSS extiende Red Geriátrica Nacional

Mientras que hace 10 años, solo los hospitales josefinos contaban con especialistas en Geriatria y Gerontología, en este momento, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) ofrece ese servicio en todos los hospitales nacionales, regionales y periféricos tres.

Solo queda pendiente la dotación de esos especialistas en los hospitales periférico 1 tales como: Upala, Los Chiles, Tomás Casas de Ciudad Cortés y Ciudad Neilly, sin embargo, estos hospitales cuentan con especialistas en medicina interna que pueden valorar a la población adulta mayor y además pertenecen a una red de servicios que dispone de otros profesionales como medicina familiar y comunitaria.



La CCSS también ha contratado profesionales en Geriátría para que ofrezcan ese servicio en el primer y segundo nivel de atención, tal es el caso de la clínica de Coronado, del Centro de Atención Integral en Salud de Desamparados, la clínica Carlos Durán en barrio Vasconia, la Marcial Rodríguez en Alajuela y la clínica Clorito Picado en Cinco Esquina de Tibás.

La institución ha hecho un gran esfuerzo para apoyar el posgrado que permite formar a los especialistas, contratarlos y este año se amplió el cupo de formación a seis médicos más, esto quiere decir que de 10 que ingresaban anualmente, este año ingresaron al proceso de formación 16.

El posgrado tiene 25 años de existencia y durante este periodo el proceso de formación ha ido creciendo con los años, sin embargo, reconoció que el mayor espaldarazo lo obtuvieron el 2017 bajo mi Presidencia Ejecutiva, cuando se obtuvo el respaldo de la Junta Directiva para ampliar el cupo de formación.

La formación de geriatras se prolonga durante cinco años, periodo en el cual los estudiantes tienen que rotar por los servicios de Medicina Interna en los tres hospitales nacionales de San José y los últimos tres años, el proceso de formación lo ejecutan en el Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología. La selección de los profesionales que ingresan a este posgrado es muy rigurosa, toda vez que son sometidos a un examen escrito, una prueba oral y una entrevista donde participan cinco geriatras.

Los hospitales se han ido fortaleciendo con este servicio en forma paulatina, pues inicialmente se dotó a los hospitales nacionales, posteriormente a los regionales como los son el Monseñor Sanabria de Puntarenas, Fernando Escalante Pradilla de Pérez Zeledón, Enrique Baltodano Briceño de Liberia, San Vicente de Paul en Heredia, Max Peralta de Cartago, Tony Facio en Limón y últimamente se ofreció a este recurso a los hospitales La Anexión, Guápiles y William Allen de Turrialba.

Este proceso de fortalecimiento es vital en virtud del envejecimiento de la población, pues en este momento hay 520 mil personas de más de 60 años y para el 2030, se espera que haya más de un millón de personas que superen esa edad. La CCSS tiene contratados 99 especialistas en geriatría.

#### **7.47 CCSS Aprueba la Política de Atención Integral a la Adolescencia**

La Junta Directiva, en el artículo 3º de la sesión N°. 8972, celebrada el 25 de junio de 2018, se aprueba la Política de Atención Integral a la Adolescencia, con oficio que suscribe la Gerente Médico, N°. GM-SJD-29576-2017, fechado 28 de setiembre del año 2017, cuando se instruyó su desarrollo.

La Gerencia Médica procede a presentar la propuesta de Política de Atención Integral a la Adolescencia, así como la propuesta de servicios hospitalarios diferenciados y amigables para personas adolescentes.

La Junta Directiva, en el artículo 6° de la sesión N°. 8884, acordó instruir a la Gerencia Médica que se avance en el desarrollo de una política para la atención integral del adolescente a nivel institucional y que en forma paralela y en concordancia con esa política se vaya trabajando en la elaboración del plan y la estrategia de abordaje.

La Gerencia Médica procede adjuntar la propuesta de Política de Atención Integral a la Adolescencia, así como la propuesta de servicios hospitalarios diferenciados y amigables para personas adolescentes ...”.

Basados en

1. El derecho a la salud es un derecho fundamental, se encuentra reconocido como tal por los instrumentos universales de protección de los derechos humanos.
2. La Caja Costarricense de Seguro Social busca fortalecer una gestión innovadora en la atención de la población adolescente, basada en evidencia y experiencias exitosas, con participación social y apertura al cambio desde nuevos paradigmas que promuevan mayor eficiencia y calidad en la prestación de los servicios de salud.
3. Necesidad de garantizar una atención diferenciada, amigable, oportuna y con calidad y calidez a la población adolescente.

#### **7.48 Fortalecimiento de los servicios de emergencias**

En atención a las necesidades de mejora institucional en los Servicios de Emergencias, se conformó en el periodo 2016 una comisión inter gerencial que realizó en primera instancia un análisis de estos servicios, documento que dio pie a la conformación de una Comisión técnica de profesionales en Emergencias Médicas, que visitó la totalidad de los Servicios de Emergencias de la CCSS, elaborando un diagnóstico de la situación de los Servicios de Emergencias en el Tercer y Segundo Nivel de Atención. (Informe técnico para el Fortalecimiento de la Atención de Emergencias en la CCSS-2017, oficializado por Gerencia Médica octubre 2017).

A partir de la elaboración de este diagnóstico, se elaboraron 13 recomendaciones puntuales, que se han venido abordando sistemáticamente para el fortalecimiento de los Servicios, obteniendo a la fecha los siguientes resultados puntuales:

- Estandarización, oficialización e implementación de definiciones y procesos en relación con los Servicios de Emergencias.

- Elaboración de una Campaña de sensibilización a la población en conjunto con la Dirección de Comunicación Organizacional, respecto al uso adecuado de los Servicios de Emergencias y Urgencias, que rige desde el periodo 2014 al 2021
- En relación al Expediente Digital Único en Salud (EDUS): se generaron las recomendaciones y se trabajó activamente con el Equipo Director del EDUS para realizar las mejoras al Módulo 1.0 con el fin de tener un producto que fuera más amigable y que permitiera la recopilación de información útil para la gestión de estos servicios.
- incorporación del sistema de clasificación canadiense dentro del módulo SIES-Emergencias con todas sus variables y algoritmos, permitiendo así una priorización objetiva de cada paciente.
- La totalidad de los centros están utilizando el CTAS como herramienta de priorización.
- Establecimiento de un conjunto de indicadores que permitirán la gestión, evaluación y planificación en los Servicios de Emergencias, los cuales fueron remitidos para su incorporación en los sistemas institucionales. Y se elaboró además el mecanismo de control y evaluación de estos.
  - Se creó un fondo de 3.000 millones de colones para el Fortalecimiento de los Servicios de Emergencias.
  - Definición de las características funcionales de los Servicios de Emergencias, de la siguiente manera: "Guía funcional para los Servicios de Emergencias en los establecimientos de salud de la CCSS".
  - Se está trabajando en los Protocolos de Seguridad para los Servicios de Emergencias en conjunto con la Gerencia Administrativa y el Ministerio de Seguridad Pública. Para lo cual, ya se han identificado las áreas de mayor peligrosidad.
  - Se trabajo con personal del Ministerio de Salud, en el desarrollo de la norma de habilitación de Servicios de Emergencias.

**Resultados puntuales:**

- Reducción de los tiempos de espera según tipo de clasificación.
- Disminución de la cantidad de pacientes no urgentes, elevando la capacidad de atención
- La totalidad de los centros cuentan con el CTAS
- Además, se han formado 993 funcionarios del 2012 al 2017 en CTAS
- Se estandarizo el proceso de los servicios de emergencias
- Identificación de las 10 principales causas de atención en los servicios
- Elaboración de los protocolos de atención de las 10 principales causas de atención en los servicios

- Generación de una batería de indicadores que nos permiten medir la calidad y oportunidad de la atención
- Automatización de los servicios (EDUS – CTAS)
- Se han elaborado una serie de lineamientos y equipos de trabajo a nivel de cada centro para mejorar el manejo de las camas en los Hospitales
  - Lineamientos para la Gestión de Camas Hospitalarias
  - Manual de Procedimientos: Alta Programada atención en red
  - Gestión de Camas Hospitalarias (Destrezas para la utilización, distribución y rotación
  - Análisis de unidades de corta estancia
- Establecimiento de estándares para la definición de los servicios de Emergencias según tipo 1, 2, 3 y 4 (equidad en la atención)
- Coordinación con el Ministerio de Seguridad para atención de eventos de emergencias
- Definición de zonas de mayor violencias y mecanismos de coordinación interinstitucional
- Revisión y fortalecimiento del recurso humano en la totalidad de los servicios de emergencias
- Identificación de expedientes de salud para priorización de la atención-Adulto Mayor

**Inversiones concretas en:**

- ₡2.328.757.640 invertidos del 2012 al 2017 en equipamiento.
- Además, se crea para el 2018 – 2019 un fondo adicional de ₡3.000 millones para Equipamiento y mejoras de la seguridad, tiene una ejecución 44%
- Mejoras sustantivas en infraestructura
  - ₡59.606.360.585 en construcción y mejoras de los Servicios de Emergencias
  - ₡261.000.000.000 Hospitales Nuevos con servicios de Emergencias
  - ₡30.240.000.000 Hospital San Juan de Dios
  - ₡460.000.000 Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia

- Coordinación con la JPS para la creación de un Fondo de ₡ 1,134 millones para el fortalecimiento de los servicios de emergencias y Hospitales de Día.

#### **7.49 Detección Temprana de Sordera Profunda Gracias a Tamizaje Auditivo**

La Ley 9142 de Tamizaje Auditivo Neonatal Universal fue aprobada en mayo del 2013 e implementada en la CCSS a finales del 2016 gracias a los Lineamientos de aplicación establecidos ese año, por el Ministerio de Salud y muy especialmente, por el Protocolo de vigilancia de microcefalia en el marco de la vigilancia del virus del Zika en Costa Rica oficializado por mi persona como Ministro de Salud en agosto del 2016.

La detección del primer caso de sordera profunda bilateral se dio en Grecia y se confirmó en el Hospital México. Gracias al diagnóstico temprano, se reducen significativamente las consecuencias que, para el desarrollo del paciente, tiene este problema de salud. El tratamiento consiste en colocar un implante coclear en el Hospital Nacional de Niños, con la participación de especialistas de ambos hospitales capitalinos.

Hasta la fecha, se han tamizado 52.800 niños y se ha detectado alguna alteración auditiva en cerca de 2 100. En el 2017, se confirmó el diagnóstico de sordera profunda bilateral del primer caso y existen tres casos en estudio.

#### **7.50 Detección Temprana de Cardiopatías Congénitas Gracias a Tamizaje de Oximetría de Pulso**

El 31 de octubre del 2016 se publicó el Reglamento para la realización del Oxímetro de Pulso impulsado y resuelto por mi como Ministro de Salud, de tal forma que se realizara la detección temprana de cardiopatías congénitas, y se pudieran resolver cuanto antes los casos disminuyendo la mortalidad por este grupo de problemas significativamente.

Tras la aplicación del tamizaje por oximetría de pulso para la detección temprana de cardiopatía congénitas críticas en el recién nacido, en agosto del 2016, algunas maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social detectaron 16 casos sospechosos y de ellos se han confirmado dos muy severos que han requerido la intervención de equipos especializados del Hospital Nacional de Niños.

La oximetría de pulso es una prueba que se realiza para medir la saturación de oxígeno en el recién nacido; si la prueba sale alterada es un indicador de alguna cardiopatía congénita crítica o de afecciones pulmonares.

Se trata de una prueba que dura apenas unos segundos, pero que permite tamizar a la población infantil y sospechar de cardiopatías congénitas en críticas que pueden



poner en riesgo la vida del recién nacido y tratarlos en forma oportuna, tal como se ha hecho hasta ahora.

Todos los niños de término, postérmino y pretérmino de 35 semanas de gestación que nacen en las maternidades institucionales, se tamizan entre las 12 y 36 horas después del nacimiento. En caso de que se detecte alguna sospecha, el menor debe quedar hospitalizado para que sea valorado por especialistas y se descarte o confirme el diagnóstico.

Con ese propósito, la CCSS realizó una inversión de aproximadamente ¢33 millones en el 2016 para dotar a 28 establecimientos de salud de estos equipos portátiles que se están empleando para efectuar la prueba a la población infantil después del nacimiento con excepción de aquella que están en aislamiento, en cuidados intensivos o intermedios pues ya esta ha sido diagnosticada con alguna lesión.

Esta prueba de tamizaje se efectúa en la cama donde se encuentra el recién nacido y cuando el pequeño está despierto, alerta y confortable. Esta prueba es universal en el primer mundo, por ejemplo, en Estados Unidos, Canadá y algunos países europeos y en Costa Rica no podía ser la excepción.

Gracias a este tamizaje, en el año 2016 lograron operar a un menor a quien se le confirmó una malformación congénita muy rara que por primera se detectaba en el territorio nacional.

Con base en revisiones de la literatura científica publicada en revista de gran prestigio internacional, la oximetría de pulso ha demostrado ser una estrategia costo-efectiva que tiene una especificidad del 99% y una sensibilidad del 76.5%. En Costa Rica las cardiopatías congénitas son las malformaciones más frecuentes y entre 1 y 2 de cada mil niños nacidos vivos presentan una cardiopatía congénita crítica. Se trata de niños aparentemente sanos, cuyos síntomas empiezan aparecer después de nacimiento.

La decisión Ministerio de Salud e implementada por la CCSS, procura la captación de esta población en forma temprana para ofrecerles un tratamiento también temprano. La puesta en marcha de tamizaje se incluyó dentro de protocolo de valoraciones que se le efectúa a todos los recién nacidos en las maternidades de la CCSS.

### **7.51 Material Educativo en Salud en Lengua Indígena**

Con materiales traducidos en su idioma, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) llevará mensajes educativos a los diferentes grupos indígenas que están distribuidos en la geografía nacional. Esta decisión forma parte de una estrategia institucional que tiene por objetivo reforzar las acciones de promoción de la salud y prevención de las diferentes enfermedades, pues el idioma constituye una barrera para que esa población pueda seguir las recomendaciones que ofrece el personal de salud

en la zona. Esta acción es un paso más en todos los esfuerzos institucionales para acercar los servicios a esas poblaciones y recordó que, en los últimos años, se ha tomado un conjunto de decisiones en esa dirección, entre ellas: mejoras y construcción de infraestructura sanitaria de los territorios indígenas, dotación con equipo móvil, el reforzamiento con más asistentes técnicos en atención primaria en salud (ATAPS), creación de un nuevo perfil ocupacional para la atención en zonas de difícil acceso geográfico y cultural, entre otras.

Esta iniciativa puso en sintonía a diversas instancias de la Gerencia Médica y de la Gerencia Administrativa, entre ellas el Programa de Normalización para la Atención en Salud de los Pueblos Indígenas, la Clínica Oftalmológica, la Dirección de Comunicación Organizacional y además se contó con el apoyo técnico de la Oficina Intercultural del Ministerio de Educación Pública (MEP).

Los materiales se adecuaron a las necesidades de esa población. En esta oportunidad, se trabajó en la preparación de un material educativo para promover el cuidado de los ojos y prevenir el avance de enfermedades, pues se ha identificado que estas poblaciones presentan afecciones oculares que son prevenibles, entre ellas las cataratas y que fue lo que motivó recientemente, a efectuar una jornada oftalmológica en la región Huetar Atlántica, mediante la cual se aproximó a los especialistas a la región y se atendieron cerca de 30 personas indígenas y se contó con un ATAPS indígenas para facilitar la comunicación entre los especialistas y los pacientes.

También se está trabajando con otros materiales relacionados con la prevención la leishmaniasis, infecciones respiratorias agudas, diarreas y se trabajará en una estrategia preventiva contra el cáncer de mama.

En Costa Rica están identificados ocho pueblos indígenas: los Bribris, Cabécares, Chorotegas, Huetares, Teribes, Borucas, Ngöbes y Malekus y según el último censo habitan 104 mil personas indígenas en el territorio nacional.

### **7.52 Nueva Vacuna contra Rotavirus**

En febrero del 2018 se aprobó la compra y aplicación de la vacuna contra rotavirus. La Caja Costarricense de Seguro Social aplicará la vacuna contra el rotavirus a partir del segundo semestre de este año. La Junta Directiva acordó la incorporación de esta inmunización dentro de su esquema básico de vacunación. La Dr. Olga Arguedas, directora del Hospital Nacional de Niños, se mostró satisfecha con la decisión del máximo órgano institucional. «La enfermedad diarreica y las infecciones respiratorias son las causas más comunes de consulta médica en niños menores de un año, por lo que esperamos que la introducción de esta vacuna impacte significativamente en la morbilidad; es decir en el número de consultas que recibimos por gastroenteritis».

### 7.53 Nueva Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano

En junio del 2018 Junta Directiva de la CCSS acordó la compra de la vacuna contra el virus del papiloma humano para evitar el cáncer de cérvix, la cual será aplicada a niñas a los 10 años a partir del 2019.

La decisión se basa en la aprobación de la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología, integrada por representantes de la CCSS, el Ministerio de Salud y las asociaciones de pediatría y de medicina interna, quienes determinaron la idoneidad de la vacuna, según los estudios internacionales de efectividad de acción y la experiencia reportada por los países con grandes cantidades de niñas vacunadas.

La vacuna elegida se aplicará en dos dosis con seis meses de diferencia entre la primera y la segunda. La vacuna previene el cáncer causado por cuatro serotipos del Virus que son los causantes del 70% de los cánceres de cérvix, según los estudios internacionales.

La inversión primaria que realizará la CCSS para vacunar a 35015 niñas durante el 2019 asciende a 980.420 dólares.

Entre 1990 y el 2016, según datos del «Proyecto de Fortalecimiento para la atención del cáncer» con base en los datos del Registro Nacional de Tumores, el cáncer de cérvix ha disminuido un 48% en incidencia y un 56% en mortalidad.

Sin embargo, todavía hay un amplio margen de mejoría en un esfuerzo que debe ser tanto institucional como personal. Durante el 2016, doce de cada cien mil mujeres recibieron el diagnóstico de cáncer de cérvix y cinco de cada cien mil mujeres fallecieron por esta causa.

La vacuna se aplicará a niñas antes de que comiencen la vida sexual porque se ha demostrado que es eficaz si la inmunización se produce antes del primer contacto con el virus.

El 19 de abril del 2016, como Ministro de Salud y según DM-FP-516-2016 junto al Presidente de la República acordamos declarar de Interés Público y Nacional el “ESCUDO” (Estudios Comparativos de una y Dos Dosis de la Vacuna Contra el VPH) a solicitud de la Fundación INCIENSA (FUNIN), entre el 2018 y el 2023.

2º—Que dicho estudio tiene como objetivos:

Evaluar el impacto financiero en el presupuesto de un pagador (es decir, la asequibilidad) de cada régimen y dosis de vacuna, bajo diferentes escenarios de cobertura, la eficacia a largo plazo, y los costos.

Evaluar el comparativo de salud a largo plazo, impacto económico y valor (costo- efectividad) de cada régimen y dosis de vacuna.

Por lo que se negoció con los científicos que efectuaran la investigación que se realice una evaluación económica para demostrar el beneficio o no del esfuerzo.

Artículo 2º—Las dependencias del Sector Público y del Sector Privado, dentro del marco legal respectivo, podrán contribuir con recursos económicos, en la medida de sus posibilidades y sin perjuicio del cumplimiento de sus propios objetivos, para la exitosa realización de las actividades indicadas.

La intención de este análisis económico radica en que si se llega a demostrar que la vacuna es eficaz, en Costa Rica podremos generar suficiente economía como para vacunar a la población masculina también, para evitar los cánceres vinculados al género masculino también.

#### 7.54 Vacunación histórica contra la influenza

La Influenza, es una enfermedad respiratoria infecciosa, de alta transmisibilidad, se presenta en forma estacional y provoca elevadas tasas de ataque, con el consiguiente incremento en las consultas y hospitalizaciones. La mortalidad por influenza se asocia no solo a la enfermedad ocasionada por el virus, sino a las complicaciones que provoca en personas con patologías crónicas y grupo de población vulnerables.

##### **Implementación de la vacuna contra virus influenza estacional:**

En el país, se inició la vacunación contra virus Influenza Estacional en enero del 2004 para adultos mayores de 65 años y niños entre 6 meses y menos 5 años con riesgo asociado para ambos grupos.

Se trató de una propuesta integral que incluyó tres elementos que se complementan para obtener una mejora en la salud de la población:

- La vacunación a grupos de riesgo
- El fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica
- La estandarización del protocolo para el manejo de la infección respiratoria en grupos de riesgo.

Los criterios para la vacunación de niños se han mantenido desde el inicio de esta intervención hasta la última jornada de vacunación en el 2014 (riesgo asociado y los niños que ingresan a la cohorte por riesgo se mantienen en la vacunación de años siguientes). No obstante, para los demás grupos de edad se fue modificando y en el año 2005, se incluyó a todos los adultos mayores y no solamente los de riesgo, además de personas VIH+ y funcionarios de salud en la CCSS.

- 2010: se incluyen los grupos definidos anteriormente más otros que han demostrado ser de riesgo (obesidad mórbida, enfermedades crónicas, embarazadas en el tercer trimestre).
  - Con relación al número de dosis también se ha aumentado las dosis, pasando de 90 mil dosis en el 2004, a 1.2 millones de dosis en el 2016 y 1.3 millones de dosis en el 2017.
  - **Para este 2018 se adquirieron 1.3 millones de dosis**, pero en respuesta al comportamiento de la circulación viral en el país, se va a adquirir la vacuna cuadrivalente, del hemisferio sur. Esto permite que ahora la población meta de la vacunación contra Influenza, este protegido contra dos cepas del Virus de Influenza B y 2 dos cepas del Virus de Influenza A

#### Acciones realizadas en el periodo 2017:

- Se dispuso de 1.3 millones de dosis, correspondiendo a 1.1 millones de 0.5ml que se aplican a la población a partir de los 3 años en adelante y 200 000 de 0.25ml para los niños de 6 meses a menores de 3 años.
- Se aplicaron un total de 1,189.123 dosis de vacunas, para un total de 93% de la totalidad de las dosis adquiridas
- Las dosis de 0.5ml aplicadas fueron 1,062.494 lo que corresponde a un 97% de cobertura de aplicación, mientras que la cobertura de aplicación para la vacuna de 0.25ml fue de 70% con un total de 126,629 dosis aplicadas a nivel del país
- El resultado de las coberturas alcanzadas en cada uno de estos grupos a nivel nacional fue:
  - Adultos de 60 a 64 años: 98%
  - Adultos de 65 y más años: 92%
  - Niños de 6 meses a menos de 3 años: 72%
  - Niños de 3 años a menos de 5 años: 88%
  - Embarazadas: 71%
  - Diabéticos: 64%
  - Cardiopatas: 36%
  - Obesidad: 66%
  - Respiratorios: 82%
  - Funcionarios de Salud de la CCSS: 63%



### 7.55 Registro de Accidente Ofídico de forma Obligatoria

Como Ministro de Salud y mediante un DM 1752-2016 del 10 de febrero de 2016 solicité a la Organización Mundial de la Salud (OMS), que se declarara de registro y reporte obligatorio al accidente ofídico o mordedura de serpiente en todo el mundo, por petición expresa del Instituto Clodomiro Picado de la Universidad de Costa Rica y la fundación británica Health Action International (HAI), entre otros.

Finalmente, se consigue y esta nueva resolución de la OMS, emitida el 09 de junio de 2017, permitirá el desarrollo e implementación una estrategia orientada a controlar y reducir la problemática de accidentes ofídicos a nivel global. Una condición de salud que afecta anualmente la vida de casi 2,5 millones de personas alrededor del mundo, de las cuales cerca de 120.000 fallecen, y 300.000 quedan con algún tipo de secuela física o psicológica.

Como declaró el Instituto Clodomiro Picado, “La incorporación se logró a través de un esfuerzo conjunto que inició desde el 2016 entre el Ministerio de Salud con la representación del Dr. Fernando Llorca Castro, la Misión Permanente de Costa Rica en Ginebra, encabezada por la Embajadora Elaine G. Whyte, y el Instituto Clodomiro Picado de la Universidad de Costa Rica mediante la gestión del Dr. José María Gutiérrez. Estas figuras fueron indispensables en la movilización política y científica del país, a fin de presentar ante la OMS una solicitud formal con un fuerte respaldo técnico y científico.”

Al reportarse dicho problema de salud de forma obligatoria, evidencia las dimensiones del problema a nivel mundial y obliga a los gobiernos de países más afectados a hacer algo. El tratamiento, es el suero en su aplicación rápida y Costa Rica se ha especializado en producirlos. Las patentes de dichos sueros desarrollados en Costa Rica están en manos del Instituto Clodomiro Picado de la UCR y si se consigue aumentar la producción, se puede suplir a esos países pobres del valioso suero.

La mordedura de serpiente o accidente ofídico es un problema de salud de pacientes pobres, campesinos, que trabajan en zonas rurales en labores agrícolas sin la adecuada protección. Costa Rica, puede negociar el uso de sus patentes por razones humanitarias con países africanos o del Asia, que son los más afectados. La única transnacional que producía sueros industrialmente, lo dejó de hacer ya que le generaba pérdidas.

Por esa razón, como Viceministro de Salud, leí el siguiente discurso el día que el Instituto Clodomiro Picado (ICP) cumplió 45 años y que entregué los planos de los terrenos traspasados por el Ministerio de Salud a la ICP-UCR en el 2015, para efectuar su ampliación en la capacidad de producción:

*El Programa de sueros antiofídicos, significó en los 60s, la mejor repuesta que el Estado costarricense, en la figura del Ministerio de Salubridad y la Universidad de Costa Rica, con la invaluable colaboración de la Embajada de los Estados Unidos de Norteamérica, podía ofrecer al enorme problema de salud pública, de lo que hoy denominamos en la actividad clínica, como accidente ofídico. La población costarricense y en especial los agricultores se ven expuestos al riesgo de mal encontrarse con una de las serpientes que la característica biodiversidad y evolución de nuestro país, produjo.*

*Dicho programa, alcanza su continuidad como Instituto Clodomiro Picado en los 70s, gracias a la participación de profesionales de la salud como el Dr. Álvaro Aguilar Peralta, Ministro de Salud de la época, Dr. Herschel Flowers, el Dr. Pedro Vieto Asch y el Dr. Roger Bolaños Herrera. Bajo el liderazgo de este último, su primer director, se consolidó la organización del Instituto, su proyección nacional e internacional y su papel como centro académico y de investigación por excelencia.*

*El impacto del Instituto, durante estos 45 años, bien podría simplificarse en pocas palabras: contribuir a salvar vidas. Harán falta muchas más, para describir en detalle el amplio espectro de influencia que ha causado sobre la calidad de vida de muchas otras personas alrededor del mundo, ya que se han visto beneficiados con los productos del trabajo que aquí se realiza. Investigadores, estudiantes y trabajadores han crecido en torno a este lugar y lo siguen haciendo, también.*

*Desde el Ministerio de Salud felicitamos al Instituto Clodomiro Picado y a la Universidad de Costa Rica, por el aniversario y por la posibilidad, hoy más cerca que nunca, de multiplicar ese impacto con los nuevos proyectos de carácter transnacional que impulsa la actual dirección. El Ministerio ha apoyado este esfuerzo y lo seguirá haciendo.*

Posteriormente, como Ministro de Salud, junto con Health Action International (HAI) y otros copatrocinadores, realizamos el miércoles 25 de mayo del 2016 el evento paralelo Ciencia, Estado y sociedad: una iniciativa mundial integrada para reducir las defunciones y la discapacidad causadas por mordeduras de ofidios, esto en el marco de la 69° Asamblea Mundial de la Salud, en Ginebra, Suiza.

Las mordeduras de serpientes se han convertido en una enfermedad tropical desatendida, por lo que este evento paralelo buscaba su reconocimiento como un problema de salud pública por parte tanto de los Estados Miembros, como de la Organización Mundial de la Salud y otros importantes actores presentes en la actividad.

La investigación científica de alto nivel sobre temas de serpientes venenosas, venenos, antivenenos, epidemiología de los envenenamientos permitió posesionar a Costa Rica en un lugar de liderazgo a nivel internacional en el tema.

Los envenenamientos por mordeduras de serpiente causan gran impacto en la salud pública mundial, afectando principalmente a personas en que viven en condiciones de pobreza en África, Asia y América Latina. Este problema genera anualmente alrededor de 5 millones de casos, con 2.5 millones de envenenamientos importantes y cerca de 125.000 muertes, a las cuales se suman 400.000 personas que quedan con secuelas física o psicológicas permanentes. A pesar de este sombrío panorama, los antivenenos o sueros antiofídicos constituyen un tratamiento eficaz y seguro para esta patología.

En el caso particular de Costa Rica, desde inicios del siglo XX el trabajo del Dr. Clodomiro Picado Twilight sirvió para generar conocimiento científico sobre serpientes, venenos y envenenamientos; quien a su vez impulsó la traída a Costa Rica de sueros antiofídicos de Brasil. Para hacer frente a la situación, el país adoptó medidas políticas para lidiar con el problema, esto mediante la promulgación de la Ley de Defensa contra el Ofidismo de 1926.

### **Una Historia Exitosa en Producción de Antivenenos**

Costa Rica ha logrado desarrollar un sistema sectorial e inter-institucional para el control del problema de los envenenamientos ofídicos, lo cual permitió reducir significativamente la mortalidad y las secuelas producto de estos envenenamientos en el país.

El sistema se fundamenta en el desarrollo tecnológico y producción de antivenenos, pues desde 1970 el Instituto Clodomiro Picado de Costa Rica producía 10.000 frascos al año, con los cuales daba abasto a las necesidades del país.

El incremento en la producción en años posteriores permitió cubrir las demandas de antiveneno de la región centroamericana, y en 1996 los Ministros de Salud de la región declararon al Instituto Clodomiro Picado como un centro de referencia regional para este tema. En años posteriores el Instituto ha iniciado la producción y suministro de antivenenos para otras regiones del mundo, como África Sub-Sahariana y Papúa Nueva Guinea.

Otra fortaleza que tiene el sistema costarricense es el entrenamiento y capacitación a los profesionales del sector salud en el correcto diagnóstico y tratamiento de los envenenamientos por mordedura de serpiente, tanto en facultades universitarias como en servicio de salud a lo largo y ancho del país.

Paralelamente a la capacitación, el país desarrolló programas permanentes de prevención del envenenamiento ofídico dirigida a la población de cómo proceder en caso de una mordedura

Como Presidente Ejecutivo de la Caja, he promovido el apoyo al Instituto Clodomiro Picado y hemos garantizado la continuidad del Instituto Clodomiro Picado y su sostenibilidad.

### 7.56 Atención de las enfermedades Zika, Dengue, Chikunguña y Malaria

Para el 2016, los expertos del Ministerio de Salud, esperaban en el mejor de los escenarios, 20 mil casos de Zika y en el peor, 60 mil enfermos ([La Nación, 29-01-2016](#)). Al final de ese año, se documentaron tan solo 1.652 casos. ¿Cómo se logró eso?

Como Ministro de Salud, me tocó liderar la lucha contra el virus e implementamos estrategias como campañas mediáticas financiadas por el sector privado y sus reconocimientos, abordaje agresivo de zonas con nuevos casos, diagnóstico por medio de laboratorio y algunas innovadoras como la declaratoria de emergencia por dengue y contra el zancudo Aedes, la elaboración del Boletín informativo diseñado para tal efecto o la protección de mujeres embarazadas durante su primer trimestre con la entrega de Kits preventivos financiados por la Comisión Nacional de Emergencias (CNE).

Una vez, como Presidente Ejecutivo de la CCSS, con los oficios P.E. 0372-2018, P.E. 1433-2018, P.E. 0659-2018, insistí en el análisis para la compra de kits preventivos contra el Zika para mujeres embarazadas, entre otras acciones, cómo promover investigaciones y seguimiento y documentación de los casos de Microcefalia que iban apareciendo.

La institución en atención de su mandato constitucional, esta alerta a la atención prioritaria de las enfermedades emergentes según su comportamiento, a continuación, se detalla las acciones realizadas para la atención prioritaria de estas enfermedades:

- Se elaboraron instrumentos técnicos que norman la atención y la Vigilancia Epidemiológica:
- Protocolo nacional para Dengue, Chikungunya, Zika, y Síndrome Congénito por Zika y malaria
- Elaboración de procedimientos técnicos dirigidos a los servicios para estandarización de acciones operativas en estos temas
- Participación en estrategias de comunicación con el equipo de comunicación institucional para el diseño de estrategias de comunicación a nivel de la población y de la red de servicios
- Fortalecimiento de capacidad diagnóstica y de manejo de pacientes con Dengue Zika y Chikuncunya
- Fortalecimiento de la atención clínica a través de procesos de educación continua, brindados a través de talleres dirigidos a profesionales de medicina, epidemiología, farmacia, enfermería y otros

- Definición de Criterios técnicos y asesorías directas a los servicios sobre Zika y síndrome congénito por zika, malaria y dengue
- Participación integrada en la formulación de estrategias conjuntas con otras instituciones como el ministerio de salud, ministerio de planificación en el abordaje de las arbovirosis
- Fortalecimiento de la Atención Integral: desarrollo de guías de atención integral para Zika y Síndrome congénito por Zika durante el 2017
- Fortalecimiento del sistema de alertas epidemiológica
- Elaboración de los perfiles epidemiológicos de las arbovirosis y malaria para conocimiento de los servicios y autoridades
- Desarrollo de set de indicadores de Vigilancia Epidemiológica de las arbovirosis que permite monitorear una serie de indicadores que evalúan el proceso de vigilancia con desagregación según provincia y cantón, región de salud, áreas de salud y red de servicios de salud con la determinación histórica de los mismos.
- Se promovió en el 2018 personalmente desde la Presidencia Ejecutiva para que se retomaran las buenas prácticas diagnosticas de Malaria, basadas en el análisis de la “Gota Gruesa” en el primer Nivel de Atención, de tal forma que se mejore la captación temprana y local de nuevos casos.

### 7.57 Investigación para la seguridad social

Actualmente en Costa Rica, impulsamos el desarrollo de la investigación biomédica nuevamente, como una de las actividades científicas más importantes de nuestro país. Pretendemos que el desarrollo de la actividad culmine, no solamente con la publicación de resultados de procesos de investigación que contribuyan al conocimiento biotecnológico mundial, sino que permitan que dicho conocimiento contribuya al desarrollo de patentes y propiedad intelectual, que pueda ser explotada comercialmente a nivel nacional e internacional.

Luego de casi 6 años de inactividad investigadora clínica oficial, hoy en día contamos con la Ley Reguladora de Investigación Biomédica (Ley 9234) y su Reglamento (Decreto 39061-S). El Consejo Nacional de Investigaciones en Salud (CONIS) se encuentra en pleno funcionamiento.

Como Presidente Ejecutivo de la CCSS, instruí al director del CENDEISS, por medio del oficio P.E. 15573-2017, dónde establecí las prioridades para su gestión

- Participación en el CONIS: Presentar reforma de Ley que beneficie a la CCSS, actualizar Reglamento de la Ley conjuntamente con el Ministerio de Salud, presentar propuesta de Reglamento de la CCSS alineado a la LEY a Junta Directiva, articular los CEC's de la CCSS, entre otros.



- Impulsar la creación de Unidades de Gestión de Investigación en los Hospitales de la CCSS y su articulación desde el CENDEISSS según su Reglamento
- Impulsar la coordinación de publicaciones en las Revistas Indexadas de todo el país (Salud Pública de ACOSAP, reactivar Gestión de la CCSS, otras del Colegio o de la U, etc.) e inclusive a nivel internacional, publicando en otros idiomas.
- Impulsar la Investigación Estratégica en la CCSS, hay que establecer lineamientos de las prioridades y la relación con los financiadores externos, garantizando el reconocimiento de la participación de la CCSS en las eventuales publicaciones o futuros desarrollos en materia de propiedad intelectual.
- Impulsar la nueva especialidad en Medicina Preventiva y Salud Pública; coordinar el desarrollo del programa de la nueva especialidad, asegurándose que al menos se formen unos 30 especialistas al año y podamos desarrollar un proceso de sustitución de los Directores Médicos y Jefaturas de la CCSS, Ministerio de Salud, etc. a largo plazo.
- Mantener un programa de capacitación constante o educación continua para la CCSS, especialmente en materia de Gestión Clínica, de la Investigación, entre otros.

Para regular adecuadamente la investigación biomédica, la Junta Directiva de la CCSS, en el artículo 15° de la sesión N°. 8980, celebrada el 26 de julio de 2018, que literalmente se lee en los siguientes términos:

“En relación con el Reglamento de Investigación Biomédica respecto del cual se tiene como referencia el oficio N° PE-2048-2018 que el Presidente Ejecutivo dirige a la Directora Dra. María Elena López Núñez y a los Directores: Dr. Álvaro Salas Chaves y Dr. Mario Devandas Brenes, así como el oficio N° GM-AJD-7792-2018, del 22 de junio del año 2018, que firma el doctor Fernando Llorca Castro, Presidente Ejecutivo con recargo de funciones de la Gerencia Médica (se presenta la propuesta de “Reglamento para la Investigación Biomédica en la Caja Costarricense de Seguro Social” y la derogatoria de la “Normativa para la aprobación de estudios observacionales en la CCSS”, aprobada en el artículo 20° de la sesión 8601, del 20 de setiembre del año 2012), la Junta Directiva ACUERDA conformar una Comisión ad hoc con Directora Dra. María Elena López Núñez y a los Directores: Dr. Álvaro Salas Chaves y Dr. Mario Devandas Brenes, para que analicen la citada propuesta de Reglamento y recomienden lo pertinente a la Junta Directiva, en un plazo de un mes.”

El país cuenta con la posibilidad de registrar los necesarios Comités Ético Científicos (CECs) que requiere y ya se han oficializado algunos. A largo plazo, el CONIS constituye la mejor garantía con que puede contar el paciente o participante de una investigación biomédica, sea esta intervencionista u observacional, de que el proceso

se apegue a las mejores prácticas ético científicas posibles y existentes en el resto del mundo.

Desde la Presidencia del CONIS, que asumí como Ministro de Salud, era consciente de la importancia de ese rol garante de los derechos fundamentales que debe amparar a todo ser humano que participe en investigaciones biomédicas y de la importancia del nivel de desconcentración máxima con que cuenta la nueva institución. Todos debemos cumplir con lo establecido en dicha Ley.

Como Ministro de Salud apoyé al Instituto Tecnológico de Costa Rica, y participé en la VI Edición de BioTica 2016, donde lanzamos el CLUSTER de biotecnología costarricense o CRBioMed de PROCOMER, que, sin duda, contribuye al desarrollo de convertir la actividad biotecnológica nacional en verdaderas oportunidades de emprendimiento y explotación comercial de propiedad intelectual y patentes.

La Institución ha venido realizando una serie de actividades que han permitido integrar de manera participativa aquellos esfuerzos que realizan diferentes unidades a nivel local, regional y central de acuerdo con la estructura organizacional y funcional. Esfuerzos que han resultado beneficiosos para el fortalecimiento de en los niveles de atención, redes de servicios y direcciones regionales, así como para las personas usuarias. En el desarrollo de estas actividades, han participado áreas de salud, direcciones regionales de servicios de salud, hospitales periféricos, regionales y nacionales e incluso EBAIS pagados a terceros (UNIBE, COOPESAIN), mostrando la capacidad de desarrollar proyectos innovadores y la preservación de las buenas prácticas en la prestación de servicios de salud.

La Gerencia Médica de la CCSS tiene en construcción el proceso de innovación en las redes de servicios de salud, identificando experiencias innovadoras en las redes de servicios, compartiéndolas con los equipos de salud a nivel nacional y motivando su replicabilidad.

A continuación, se detallan las experiencias participantes en este importante espacio de socialización de Buenas Prácticas, para el fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud, por año.

Tabla 51: Experiencias participantes en el Foro Innova Salud de la CCSS, del periodo 2017- 2018

PERIODO	TEMATICA	EXPERIENCIAS EXITOSAS	UNIDAD
2017 y 2018	Tecnologías De Información Y Comunicación Para La Gestión Hospitalaria	Avances y Retos del Programa de Tele salud en la CCSS,	Coordinación Subarea de Tele salud / Red de Servicios de Salud.
		Hospital de Día y Visita Domiciliar con Expediente Digital Único	Centro de Control del Dolor y Cuidado Paliativo
		Gestión de Referencias Automatizadas	Áreas de Salud y Hospital Monseñor Sanabria.
		Módulo automatizado en el Servicio de Emergencias	Hospital México

PERIODO	TEMATICA	EXPERIENCIAS EXITOSAS	UNIDAD
		ZONA DE EXPERTOS: La transformación Digital en el sector salud, Experto Internacional	
	Sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes a Medicina Especializada	Experiencia de trabajo de la red interniveles	Hospital Calderón Guardia.
		Uso de protocolos de referencia a las especialidades médicas en red noroeste.	Hospital México
		Gestión de la red de servicios para la atención de Diabetes Mellitus	Hospital San Juan de Dios
		ZONA DE EXPERTOS: Video conferencia "Transito del paciente en la red de servicios de salud de Santander España.", Dr. Julián Pérez Gil	
	Herramientas de la Gestión Hospitalaria	Gestión de Camas con EDUS-ARCA	Hospital San Vicente de Paul
		Cama hospitalaria en el Hospital México Equipo Gestor de Camas	Hospital México
		Mejoramiento en la gestión de los servicios de Emergencias Institucionales,	Comisión Institucional Servicios de Emergencias
		Mejora Integral de la visita médica hospitalaria. Programa institucional de calidad y seguridad del paciente, Comisión de Expediente Clínico y Visita Médica	Hospital Nacional de Niños
	Gestión Hospitalaria	Importancia y Avances en la atención ambulatoria del paciente Geriátrico	Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Dr. Blanco Cervantes
		Modalidades de Gestión Hospitalaria Ambulatoria. Hospital de Día	Hospital de Limón
		ZONA DE EXPERTOS: "Importancia de la atención ambulatoria en el adulto mayor con patologías crónicas"	
	Redes Integradas de servicios de salud. énfasis en cáncer y Cuidados Paliativos	ZONA DE EXPERTOS: "Importancia del Tamizaje en la detección temprana y prevención del Cáncer"	
	Énfasis en Salud Mental	Hospital Nacional Psiquiátrico	
		Hospital Calderón Guardia	
		SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA	Hospital de Limón.
		ZONA DE EXPERTOS: "Reinventando el modelo de atención de la salud mental"	

**Fuente:** Gestión Estratégica – Gerencia Médica

## VIII. Prestación de Servicios del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) <sup>25</sup>

El Régimen de Invalidez Vejez y Muerte (RIVM) es el Seguro de Pensiones más grande del país con un total de **1.550.642 personas afiliadas** a diciembre 2017 y es el Primer Pilar del Sistema Nacional de Pensiones, proporcionando protección económica y social a la población cotizante por medio de una pensión de invalidez, vejez o muerte, situación por la cual debe garantizar el equilibrio financiero del RIVM en el largo plazo, asegurando la rentabilidad de las inversiones.

Adicionalmente contribuye con las familias que cotizan para el régimen a obtener una vivienda digna por medio de la colocación de créditos hipotecarios, así como a realizar actividades tendientes a mejorar la calidad de vida mediante el desarrollo del Modelo de Prestaciones Sociales.

Como parte de los logros alcanzados, se aprobaron de marzo 2017 al 31 de enero 2018, un total de 21,028 beneficiarios de pensiones nuevas del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, distribuidas de la siguiente forma: 2,434 en invalidez, 5,957 en muerte y 12,737 en vejez, y se cuenta a enero del 2018 con un total de **258.645 beneficiarios**, de los cuales el 55% son hombres y el 45% mujeres, su distribución por riesgo se presenta en la siguiente tabla:

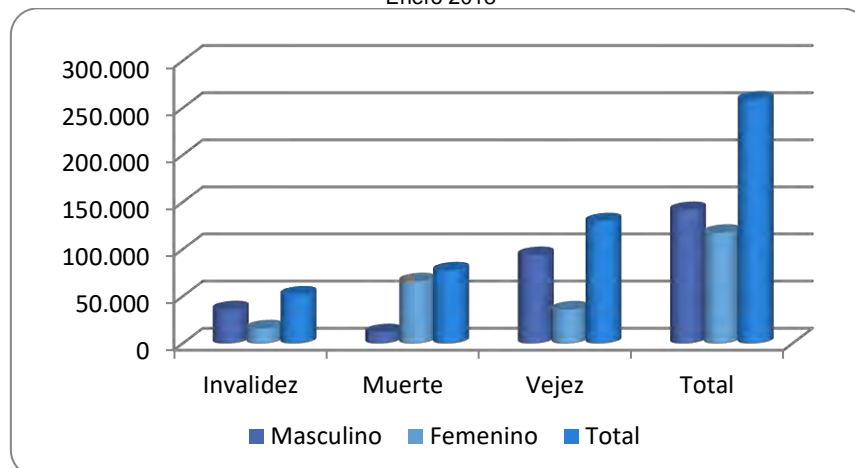
Tabla 52: Beneficiarios del RIVM,  
Al 30 de marzo 2013-2017 y enero 2018

Riesgo	Marzo 2013	Marzo 2014	Marzo 2015	Marzo 2016	Marzo 2017	Enero 2018	% crecimiento 2013-2018
Invalidez	49.252	49.728	50.296	51.006	51.484	51,799	5,17 %
Muerte	64.761	67.018	68.956	71.887	75,090	77,398	19,51 %
Vejez	83.925	92.699	101.036	110.641	120,517	129,448	54,24 %
Total	<b>197.938</b>	<b>209.445</b>	<b>220.288</b>	<b>233.534</b>	<b>247.091</b>	<b>258,645</b>	<b>30,67 %</b>

**Fuente:** Subárea de Investigación y Estudios Especiales, Gerencia de Pensiones, CCSS

<sup>25</sup> El tema de financiamiento y sostenibilidad serán abordados más adelante en el Apartado del Modelo de Financiamiento

Gráfico 11: Beneficiarios del RIVM  
Según Riesgo y Género  
Enero 2018



Fuente: Subárea de Investigación y Estudios Especiales, Gerencia de Pensiones, CCSS

Adicionalmente los beneficiarios de pensión por muerte están distribuidos de la siguiente forma:

Tabla 53: Pensiones en curso de pago por casos de muerte.  
Al 31 de enero 2018

Riesgo	Beneficiarios por caso de muerte	%
Viudas	54.987	71,04
Orfandad	18.802	24,29
Padres	3.089	4,12
Hermanos	420	0,54
<b>Total</b>	<b>77.398</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Subárea de Investigación y Estudios Especiales, Gerencia de Pensiones, CCSS

De acuerdo con la última revaluación realizada por la Junta Directiva, la pensión mínima se encuentra en un monto de ¢133.414,00 la pensión máxima sin postergación en ¢1.572.186 y con postergación en ¢2.224.643, según lo acordado en el artículo 9º de la sesión 8962 del 09 de marzo de 2018.



### 8.1 CCSS Ratifica Acceso a Pensión por Viudez a Parejas del Mismo Sexo

Las parejas del mismo sexo tienen desde ahora el mismo derecho a una pensión por viudez que las parejas heterosexuales, según un acuerdo por mayoría calificada de la Junta Directiva de la Caja en sesión No. 8913 del jueves 29 de junio del 2017.

La institución ya otorgó el beneficio del seguro de salud a esta población, en mayo del 2014 y según un estudio de la Dirección Actuarial, del 2016, para el 2020 unas 287 personas acudirían al beneficio de la pensión, con un gasto proyectado de ₡1.583 millones por año.

Recientemente, un criterio de la Procuraduría General de la República (PGR) concluyó que no existen razones para negar el beneficio de la pensión por viudez a las parejas del mismo sexo adscritas al régimen de reparto del Magisterio Nacional.

La Junta de Pensiones del Magisterio (Jupema) ya había aprobado, desde el año pasado, una reforma que extendía este derecho a las parejas del mismo sexo para los contribuyentes del sistema de capitalización

La decisión se tomó a partir de un estudio actuarial que demostró que la extensión de ese beneficio tendría poco impacto en las finanzas del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM).

La Junta Directiva encomendó a la Gerencia de Pensiones realizar una modificación al reglamento respectivo para incluir este cambio, la cual deberá ser presentada para su discusión y aprobación.

### 8.2 Histórica Pensión para personas con Síndrome de Down que han trabajado.

La Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) aprobó el 28 de agosto del 2017, otorgar la pensión por vejez a la edad de 50 a la población Síndrome Down trabajadora. El acuerdo se tomó luego de un estudio que se le pidió a la gerencia de pensiones en el cual se determinó que la mayoría de esta población trabajadora a los 40 años tienen síntomas de envejecimiento prematuro, lo cual es una condición genética. Lo anterior hace sumamente difícil que la edad de retiro de 65 años sea inalcanzable para la población que está trabajando y cotizando. Esta población tiene una esperanza de vida de alrededor de 60 años, según estudios realizados en países desarrollados.

La propuesta está basada en criterios médicos, actuariales y administrativos. La población con Síndrome Down trabajadora podrá solicitar la pensión por vejez a los 50 años con 180 cuotas. Según los estudios realizados por la gerencia de pensiones en

la actualidad se han identificado 15 trabajadoras Síndrome Down y se espera a futuro se vayan sumando otras personas.

De acuerdo con el reglamento del régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) la edad de retiro de la población costarricense, en general, es de 65 años con 300 cotizaciones aportadas; adicionalmente, existe la posibilidad de que los hombres se retiren a los 61 años y 11 meses que hayan aportado 462 cotizaciones y las mujeres a los 59 años y 11 meses las mujeres que hayan cotizado 450 cuotas.

Se trata de la primera vez que la CCSS ajusta el reglamento del IVM a la esperanza de vida de un sector particular de la población que tiene una esperanza de vida menor al promedio de la población general de Costa Rica y que por lo tanto enfrenta un envejecimiento prematuro.

Al respecto manifesté, que esta decisión institucional no constituye un trato especial para un grupo de trabajadores, pues su condición no es una elección, ni una condición social, ni producto de un estilo de vida, sino que se justifica por condiciones estrictamente biológicas y definidas genéticamente que hace que su expectativa de vida sea menor y su envejecimiento anticipado. Se trata, de **un acto de justicia por parte de la Junta Directiva de la CCSS al haber reconocido que estas personas merecen tener la esperanza de disfrutar una pensión por los menos 15 o 20 años**, en promedio, después de haber trabajado y cotizado.

El doctor Manuel Saborío Rocafort, jefe del servicio de Genética del Hospital Nacional de Niños, manifestó que se trata de un paso muy progresista de la CCSS y que expresa el compromiso de la población para con un sector que es minoría en la sociedad. El especialista destacó que en Costa Rica una de cada 800 personas que nacen cada año tiene Síndrome de Down y se estima que la población con esta alteración cromosómica asciende a unas cinco mil personas.

Se trata de una disposición afirmativa e inclusiva para un pequeño segmento de la población y es una muestra fehaciente de los pasos que está dando la institución para proteger a los diferentes sectores sociales, de acuerdo con sus particularidades.

La institución dio pasos similares para aprobar la pensión a personas del mismo sexo y para aquellas mujeres viudas divorciadas que recibían una pensión alimenticia. Las personas con Síndrome Down podrán optar por una pensión por vejez y no únicamente por Invalidez cuando sus condiciones de salud se encuentren muy deterioradas.

El régimen de Invalidez, Vejez y Muerte ha venido elevando la cobertura contributiva para que cada vez más personas formen parte de la masa de trabajadores cotizante y representa un estímulo en esa dirección. En este momento, el IVM cuenta con 240 mil beneficiarios, 1.5 millones de cotizantes y una reserva que alcanza los ¢ 2 billones.

### 8.3 Se Aprueba Informe de la Mesa de Diálogo u Hoja de Ruta para el Fortalecimiento de la sostenibilidad Financiera de Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM)

Sobre la necesidad de afrontar el cambio tecnológico que estamos experimentando desde hace tiempo y que nos reduce la cantidad de cotizaciones laborales, opine en un medio de comunicación masiva con el título, Tecnología, pensiones y dinamismo laboral.

*Maquinas. Estamos rodeados de máquinas. Las que nos ayudan en la cocina de nuestros hogares para picar, moler, etc. o en la industria para soldar, cortar, entre otros. Electrodomésticos o maquinaria industrial, siempre requieren de la manipulación de un ser humano, para completar el proceso.*

*Con la invención de los vehículos automotores, ya sean estos de vapor o de combustión de hidrocarburos, fue necesario desarrollar una nueva forma de medición que traducía la potencia de las nuevas máquinas en “caballos de fuerza”, haciendo referencia al poder que aportaban los corceles que tiraban de los carruajes y que han sido sustituidos por el automóvil.*

*Robots. Estamos rodeados de robots. No como los imaginamos en ciencia ficción, sino con otras formas menos espectaculares. Tejes que acomodan los bolos en el boliche, otras máquinas de juego en casinos, nuestros celulares o en nuestros hogares. Múltiples servicios en Internet. Cajeros automáticos, parquímetros, peajes y cobradoras en parqueos, para ordenar en algunos restaurantes de comida rápida, expendedoras de bebidas y alimentos o en pasos migratorios en puertos o aeropuertos. Conducen trenes, barcos, aviones, otros vehículos de transporte público o particular, sin garantizar la autonomía total, por el momento.*

*Cuando dicha tecnología es capaz de completar procesos de principio a fin o de forma autónoma, hablamos de robots. Si el proceso es laboral, dicho robot puede ser capaz de sustituir a un trabajador o a varios, en la cadena de producción o en el trabajo en general.*

*Los robots generan economías a largo plazo para las empresas que los implementan, pero al mismo tiempo, sustituyen poco a poco, mano de obra que se traduce en desempleo y en imposibilidad de mantener un sistema de pensiones balanceado y sostenible.*

*En el Sector Salud, Nutrición y Deporte, por ejemplo, tenemos el caso del hemograma completo que, procesado por un Microbiólogo Químico Clínico puede tardar bastantes minutos en hacerlo, con un costo estandarizado específico por prueba. Pero, si lo efectuamos en un procesador de laboratorio múltiple que es capaz de tramitar varias*

decenas a la vez y en pocos minutos, el costo neto de la prueba puede caer a menos del 5% del costo estandarizado específico mencionado.

*El propietario del procesador múltiple tiene impedimento legal de cobrar el costo neto señalado, más; costos indirectos y una razonable utilidad. El reporte que se le entrega al cliente final debe ir firmado por el Microbiólogo Químico Clínico debidamente colegiado.*

*Lo grave de todo esto, no es que la tecnología contribuya a acelerar estos procesos, eso es necesario e impostergable. Tampoco es, la defensa gremial del Microbiólogo Químico Clínico que luego de formarse durante 5 o 6 años, tiene derecho a una remuneración justa. Noble profesión de salud, que ha contribuido como pocas al desarrollo del sector y del quehacer científico nacional.*

*Lo grave radica, en que el beneficio de la tecnología en reducción de costos no siempre se le traslada al consumidor final y que los procesos de escala automatizados no contribuyan financieramente a las cargas sociales necesarias para la sociedad.*

*Parece que ha llegado la hora de medir las “horas trabajador” que son capaces de ser sustituidas por los robots u otras tecnologías con el producto de su quehacer y que estos, contribuyan solidariamente a los fondos de pensiones al menos; por parte del desempleo producto de ese imparable relevo.*

*Existe mucha evidencia internacional de que el fenómeno no se puede detener. Las olimpiadas internacionales o mundiales de robótica, literalmente; han llegado a nuestro país y lo celebramos. Organizaciones como la OIT, la OCDE, organismos de la seguridad social regional, continental e internacional, han estudiado el fenómeno identificando el grado y profundidad de lo que ya estamos afrontando.*

*Por ejemplo, el Instituto Global McKinsey ha publicado una cadena de documentos de análisis que demuestran el potencial de automatización actual por países y muy especialmente, en los Estados Unidos. Advierten, que el cambio no se dará tan rápido como pensamos. Otros, estamos convencidos de que la transformación nos acompaña desde hace mucho, como argumentamos al inicio.*

*Sabemos también, que como sociedad tenemos que encontrar la forma de resolver que las personas desempleadas producto de la evolución de sus profesiones y de la sustitución por sistemas automatizados o robots, puedan seguir laborando y contribuir al desarrollo de la comunidad y, sobre todo, realizándose como individuos según su elección posible y circunstancia.*

*La pregunta sería, ¿Cómo sociedad, seremos capaces de dar este primer paso voluntariamente o nos empujará la realidad a ser nuevamente reactivos? La*

*tecnología, las pensiones y el constante cambio del futuro, nos obligarán a hacerlo de todas formas.*

*Una de las propuestas que he impulsado como reciente Presidente Ejecutivo de la CCSS y complementaria a las recomendaciones de la Mesa de Diálogo de los Sectores Sociales para la Sostenibilidad del Seguro de Pensiones de La Caja, es la urgencia de iniciar la sensibilización de la sociedad costarricense sobre este asunto, debidamente liderada por una Gerencia de Pensiones fortalecida de la CCSS.*

### Mesa de Diálogo

Como antecedentes, se realiza un convenio con la Universidad de Costa Rica para la elaboración de una Valuación Actuarial del IVM, la cual es elaborada y rinde el informe a la Junta Directiva en diciembre del 2016, junto con el resultado de la valuación actuarial se presentan los escenarios de ajuste para su análisis.

En el I Trimestre del 2017, se presentan los escenarios de la Valuación Actuarial de la UCR-CCSS, en la Asamblea Legislativa, CEDESO, UCR, CGR, DH, CPCECR y se realizan diversas entrevistas en programas de televisión (canal 6, 7, 13) así como prensa (La Nación, El Financiero, etc.).

En marzo del 2017 la Junta Directiva Instaura a la “Mesa de Diálogo de los Sectores Sociales para la Sostenibilidad del Seguro de Pensiones de la CCSS”, con el objetivo de analizar los escenarios y hacer sus propuestas a la Junta Directiva de la CCSS iniciando sesiones en el mes de mayo.

Para el acompañamiento de la Mesa de Diálogo se contó con asistencia de la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social OISS, mediante la firma de un Contrato de Cooperación en Diciembre 2015 y un “Complemento al Contrato de Cooperación con la Organización Iberoamericana de Seguridad Social OISS” en marzo 2017, se realizan varias actividades las cuales culminan con la vista de un experto internacional en septiembre 2017, el cual se reúne con los sectores para aclarar dudas y participa en la sesión número 12 del 9 de septiembre 2017.

En el mes de noviembre 2017 luego de 19 sesiones la “Mesa de Diálogo” presenta el “Informe Final de Resultados” y se proponen 34 recomendaciones. Se solicita a la Gerencia de Pensiones y a la Dirección Actuarial, referirse a las recomendaciones, lo cual es cumplido en enero de 2018.

La Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), con votación unánime de los miembros presentes en sesión del 12 de Julio del 2018, aprobó la totalidad de las recomendaciones de la Mesa de Diálogo para dar sostenibilidad al régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) así como a las acciones para mejorar la gestión de los recursos de ese sistema de pensiones. La Mesa de Diálogo concluyó



funciones a finales del año anterior y entregó al órgano directivo un informe con 33 recomendaciones. Otro de los acuerdos tomados por la Junta Directiva es solicitar al Poder Ejecutivo que valore iniciativas de ley que inyecten recursos a IVM que hoy van al Banco Popular y al Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF), teniendo en cuenta que esas medidas requieren su intervención, así como la de la Asamblea Legislativa por tratarse de reformas de ley. En cuanto a las mediadas paramétricas relacionadas con edad, beneficios y nivel de cotización, se acordó acelerar el escalonamiento de las cuotas del régimen de IVM, que actualmente es de un 0,5% cada cinco años y, por otra parte, reconocer un 1% (cuantía adicional) cada veinticinco años y no cada veinte. Sobre el 1% adicional a los 20 años laborados, se está pidiendo a la Gerencia de Pensiones y a la Dirección Actuarial elaborar escenarios sobre posibilidades de gradualidad para ver su efecto en la población trabajadora. En cuanto a edad de retiro, la decisión fue que se mantenga en 65 años como está actualmente.

Y en otro foro de opinión masiva pude publicar al respecto bajo el título, Pensiones de la CCSS: ¿Ha cambiado el futuro?

*La respuesta es afirmativa. El futuro es dinámico y el presente lo modifica todo el tiempo. Nosotros, podemos influir en este proceso tratando de cambiar nuestra realidad en la medida de lo posible y deseable; o subordinarnos, a lo que viene con simples adaptaciones.*

*Un ejemplo típico de este constante cambio, son los sistemas de pensiones, que a nivel internacional están sujetos a estos vaivenes circunstanciales de cada país. El sistema de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) denominado; Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM), no es la excepción.*

*En el marco de este proceso de adaptación, la Junta Directiva de la CCSS decidió conformar la Mesa de Diálogo de los Sectores Sociales para la Sostenibilidad del Seguro de Pensiones de la CCSS, replicando la participación tripartita que constituye la propia Junta Directiva Institucional.*

*Luego, de al menos 20 sesiones de trabajo intenso, el 9 de noviembre del 2017, la Junta Directiva de la CCSS, recibió formalmente en sesión ordinaria, el informe final.*

*A pesar de algunas críticas que han surgido en torno a las 34 recomendaciones unánimes y resultados del ejercicio, es valioso rescatar aspectos sumamente positivos del proceso y del producto final. Se garantiza la estabilidad del fondo de pensiones durante una cantidad, nada despreciable de años, si se cumple lo sugerido.*

*Dicho informe, tiene una visión país, cuando reconoce que muchas de las medidas que tienen que ser tomadas, se tienen que dar en otros foros, más allá de la CCSS. Hay medidas fundamentales que deben discutirse y decidirse en la propia Asamblea*

*Legislativa, por ejemplo. Esperamos, que sus señorías parlamentarias, atiendan la solicitud planteada por la Mesa, en lo referente a modificaciones o replanteamiento de legislación vigente.*

*Finalmente, el ejercicio en sí garantiza la paz social y estabilidad política del país sobre este asunto, en medio del proceso electoral en que nos encontramos. La paz social entre los sectores representados en la Mesa es sin duda, uno de los activos más importantes de Costa Rica.*

*Un IVM fortalecido. Uno de los temas que siempre se ha hablado desde hace muchas décadas y que se agudiza en tiempos de crisis sobre la sostenibilidad del fondo de pensiones, es la necesidad de independizarlo del resto de quehaceres de La Caja y fortalecer su administración.*

*De hecho, hoy en día contamos con una Gerencia de Pensiones, pero su independencia es parcial. Existe evidencia, por ejemplo, de que le cuesta mejorar la capacidad técnica y profesional de sus funcionarios en la materia, ya que usualmente, otros intereses institucionales se imponen.*

*En otro orden de cosas, dicha Gerencia de Pensiones, actualmente debe asumir las denominadas Prestaciones Sociales, sin contar realmente con la posibilidad de administrarlas en toda su magnitud. El cambio demográfico y epidemiológico que experimentamos en nuestra sociedad es una impactante realidad. Seguir medicalizando la atención del adulto mayor; un error e insistir, en un enfoque de cuido-dependencia; el camino equivocado. La comunidad, no puede desligarse de este proceso.*

*Lo ideal, sería que el enfoque que se le dé a las Prestaciones Sociales vinculadas con el adulto mayor se acerque al de potentes Servicios Sociosanitarios como los conceptualizan en muchos lugares de la Europa mediterránea. Servicios de residencia monitorizada, servicios comunales, residencias de mayores y hospitales de día, usualmente; mantienen a los adultos mayores alejados de los tradicionales hospitales estrictamente clínicos.*

*En el marco del actual desarrollo de una propuesta de restructuración del nivel central de la CCSS, la Junta Directiva mediante acuerdo ratificado en firme en la sesión No. 8938 del 13 de noviembre del 2017, tomó la decisión de ajustar el acuerdo que aprueba la creación de la Gerencia General para sustituirla por una de Salud y Prestaciones Sociales. Dicho acuerdo se anuló con todos sus alcances a inicio del 2018 por parte de la misma Junta Directiva que cambio de parecer al encontrar peligrosa para la Seguridad Social, la separación de la administración de las Pensiones y los Servicios de Salud. Por lo que dicha gerencia hubiera tenido, la función de coordinación de las gerencias que existan en la Institución, excepto la Gerencia de Pensiones.*

*Ambas gerencias, la de Pensiones y la de Salud y Prestaciones Sociales hubieran sido las únicas dependientes directamente de la Presidencia Ejecutiva, manteniendo esta, la conducción estratégica de La Caja, con la Junta Directiva.*

*La Junta Directiva de la CCSS, para haber tomado tan importante decisión, se sustentó en numerables informes documentos que recomendaban separar la gestión de Pensiones de la de los Servicios de Salud, por la clara división de competencias y la necesidad de mejorar los resultados en ambas formas especializadas de gestión. Entre ellos; Informes de la Dirección Actuarial, Gerencia de Pensiones y la Auditoría Interna de La Caja, la Superintendencia de Pensiones (SUPEN), la Defensoría de los Habitantes, la Contraloría General de la República o la Sala Constitucional. En el fondo, en mi opinión, se regresó a la idea de la Gerencia General única y todo poderosa, para mantener la estructura de la Seguridad Social costarricense como se había concebido originalmente.*

*El futuro de las pensiones nos espera y está cambiando. Dependiendo de donde caigan las semillas, podremos cosechar o no, el día de mañana. Tenemos la oportunidad de implementar los cambios propuestos por la Mesa de Dialogo. En La Caja, no desaprovecharemos esta ocasión y confiamos, en que el resto de la sociedad se sume a la causa para conseguirlo.*

#### 8.4 Se Cumple Meta del PND sobre el Régimen No Contributivo (RNC)

Este programa es administrado por la Caja Costarricense de Seguro Social, acorde con lo dispuesto en la Ley 8733, “Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares”. Como uno de los principales logros, la Junta Directiva en artículo 21 de la sesión 8806 del 22 de octubre de 2015 acordó, revalorizar las pensiones de un **monto básico de ₡75.000 a ₡78.000** aplicados a partir del 01 de octubre de 2015.

A febrero del año 2018, la institución había adjudicado **818 nuevas pensiones del Régimen No Contributivo**, de las cuales aproximadamente el 59% se asignó a personas en condición de pobreza extrema y alrededor de un 40% a personas en condición de pobreza. Este incremento con respecto a marzo 2017 significa un **crecimiento del 4,14%**, dado que a marzo 2017 había un total de **112.948 pensionados** y a febrero de 2018 se tiene un total de **117.635**. Este beneficio viene a satisfacer al menos las necesidades básicas a esta población y su protección en la oferta de los servicios de salud, sumándose a su vez, a contribuir con uno de los pilares del presente gobierno “Combate a la Pobreza y reducción de la desigualdad”, así como la “Estrategia Puente al Desarrollo”, contando con el aporte conjunto de otras instituciones como IMAS, DINADECO, INAMU, CONAPAM, CONAPDIS, INA, JPS, CONAI, entre otras.

El detalle del crecimiento real por región, en la siguiente tabla:

Tabla 54: Distribución de pensionados por Región del Régimen No Contributivo de Pensiones

Crecimiento estimado a marzo 2013-2018.

Región	mar-13	mar-14	mar-15	mar-16	mar-17	feb-18
Oficinas Centrales	9.310	9.495	9.911	10.530	10.940	11.283
Central	26.891	27.754	28.731	29.823	30.505	31.426
Atlántica	11.373	11.910	12.436	12.905	13.362	14.087
Huetar Norte	16.127	17.054	17.484	18.158	18.800	19.714
Brunca	14.020	14.945	15.676	16.443	17.665	18.650
Chorotega	18.985	19.724	20.439	21.154	21.676	22.475
<b>TOTALES</b>	<b>96.706</b>	<b>100.882</b>	<b>104.677</b>	<b>109.013</b>	<b>112.948</b>	<b>117.635</b>

**Fuente:** Informes RNC a marzo de cada año. En el año 2018, información al 28 de febrero.

Adicionalmente se estima que, de las pensiones a febrero 2018, un 58% son otorgadas a mujeres y un 42% a hombres.

Para contribuir con el tema gubernamental sobre la reducción de la pobreza extrema se ha convenido entre el Gobierno y la institución una asignación adicional para incrementar las pensiones del Régimen No Contributivo **en 15.000** beneficios durante el periodo 2015-2018, lo que representa un promedio de **3.750 pensiones por año** y una erogación estimada de **¢4.500 millones** (gasto adicional al presupuesto del año anterior, corresponde al gasto de las nuevas pensiones) y un gasto total del periodo de **¢18.000 millones**, datos incluidos en el Plan Nacional de Desarrollo para ese período.

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) logró seis meses antes de lo establecido en el Plan Nacional de Desarrollo, la meta de otorgar 15 395 nuevas pensiones no contributivas, gracias a los esfuerzos realizados tanto por la institución como por el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) que impulsa el programa estratégico denominado Plan Puente para el Desarrollo. La concesión de esas nuevas pensiones, en el periodo 2015-2018, permitió que esa cantidad de costarricenses, especialmente adultos mayores que se encontraban en desamparo económico y sin redes apoyo hoy tengan en su mano este beneficio que consta de ¢78,000 mensuales para los casos de pensión no contributiva y de ¢274,500 para los beneficiarios de la Ley 8769. La meta propuesta fue de 3,750 pensiones nuevas anualmente, sin embargo, en años anteriores el FODESAF, entidad encargada del financiamiento del Programa Régimen No Contributivo realizó erogaciones extraordinarias que permitieron un crecimiento mayor por año.

Esto permite que en números globales las pensiones hayan pasado de 103903 en diciembre 2014 a 119,298 a junio 2018 impactando directamente en la pobreza del país.

Dado este importante logro se estaría a la espera de la definición de los nuevos objetivos gubernamentales que en esta materia se establecerán en el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2022, mientras tanto se mantendrá el número actual de beneficiarios de este Programa.



## IX. Eje Gestión Institucional

---

Este apartado comprende los principales alcances que se obtuvieron en materia de gestión institucional, es decir en las **actividades que son el soporte a la prestación de servicios** de salud y pensiones, como inversiones (infraestructura y tecnologías), gestión de recursos humanos y otros temas complementarios.

Se incluyen también los logros alcanzados en la implementación de las estrategias que fortalecen principalmente **el direccionamiento y la conducción institucional, la rendición de cuentas, la comunicación interna y externa, modelo de gobierno y administración, para la conducción estratégica** de la Caja Costarricense de Seguro Social.

### 9.1 Proyecto Reestructuración Organizacional y Funcional del Nivel Central

La Caja Costarricense de Seguro Social, constituye la institución fundamental del desarrollo económico y social del país, que, partiendo desde la década de los cuarenta del siglo anterior, ha llegado a su 75 aniversario, como la organización más grande y probablemente, de las más complejas. Lo anterior debido a su propia naturaleza y la de los servicios que presta a la población, así como a las condiciones en que los brinda: es la encargada de la prestación de los servicios de salud en el ámbito público y es de cobertura universal.

A través de todo este tiempo, la Institución se ha visto inmersa en diferentes situaciones que la han retado a mejorar, a ir creciendo y extendiendo sus prestaciones en volumen y variedad en todo el país. Ha sido objeto de diferentes momentos de cambio que la han hecho más grande y la han impulsado a adoptar nuevas condiciones, enfoques y formas de trabajar para poder atender su misión.

Como cualquier organización, la CCSS debe estar vigilante de lo que sucede en el entorno, y monitoreando su quehacer interno, para poder ir realizando los ajustes y mejoras, para que su gestión sea efectiva y acorde con la realidad del país y las necesidades reales de la población.

De tal forma, la Institución inició un proceso de transformación, que busca mejorar su gestión interna, su modelo de toma de decisiones, el uso de los recursos, y sobre todo, la calidad, efectividad y accesibilidad de sus servicios a la población, reconociendo que su razón de ser es la prestación de estos servicios a las personas, y por tanto, su cultura organizacional debe dar un giro radical, para centrar a las personas como eje del quehacer institucional.

Uno de los requerimientos para las organizaciones actuales, para hacer frente a los retos del contexto nacional y mundial, es la gestión ágil, ofreciendo servicios de calidad y oportunos, con el mejor uso de los recursos. De tal forma, según lo indica el informe,

es la reestructuración de sus procesos de trabajo, aunado a una eficiente distribución de los recursos y la redefinición del modelo de gobernanza, para mejorar la toma de decisiones y la asignación de responsabilidades.

Es así como en el año 2014, la Junta Directiva acordó que se debía llevar a cabo un proceso de reestructuración organizacional y funcional, para lograr una estructura organizativa ágil, simple, flexible, moderna, que permita el uso óptimo de los recursos y que, además, se defina un modelo de gobernanza efectivo. Más tarde, en el año 2015, se decidió que por vía de excepción se contratara al Centro de Investigación y Capacitación en Administración Pública (CICAP) de la Universidad de Costa Rica para que llevara a cabo este proyecto con una contraparte liderada por un director del proyecto y varios equipos de trabajo que se irían conformando, según fuera pertinente a cada momento.

De tal modo, el 21 de abril del año 2016 se dio inicio formal al Proyecto de Reestructuración Organizacional y Funcional, el cual, en la actualidad, se encuentra en el desarrollo de los productos 5 y 6 de la contratación: Plan de implementación, acompañamiento y preparación del personal para el cambio y Manual de Organización y Manual de Procedimientos. Es por esto, que a continuación se presenta un informe de lo que ha sido el proceso hasta el viernes 22 de diciembre de 2017.

Tabla 55: Cronología del Proyecto

12 noviembre 2015	Junta Directiva acuerda que se contrate al Centro de Investigación y Capacitación en Administración Pública (CICAP), por vía de excepción, para que acompañe el Proyecto de Reestructuración Organizacional y Funcional del Nivel Central
	Nombramiento de la directora para el Proyecto de Reestructuración
1 diciembre 2015	Dra. Julia Li asume la dirección del Proyecto y se inicia el procedimiento para la firma del contrato entre la CCSS y CICAP-UCR
21 de abril 2016	Se inicia formalmente la ejecución del contrato con la presentación de los grupos de trabajo del Proyecto definidos como contraparte institucional
17 de junio 2016	Se recibe a satisfacción del CICAP el primer producto de la consultoría: Plan general de trabajo, cronograma, plan de riesgos
16 septiembre 2016	Se recibe a satisfacción el segundo producto de la consultoría con el CICAP: Análisis de la situación actual
19 diciembre 2016	Se recibe por parte de la Junta Directiva la propuesta de la imagen objetivo o propuesta de direccionamiento institucional para el mediano plazo, y se instruye al Proyecto asumirla como uno de los insumos fundamentales para el diseño de la nueva estructura
13 y 27 de julio 2017	Se da por recibido y aprobado el producto cuarto del contrato por parte de la Junta Directiva, como una propuesta inicial, abierta y flexible y no definitiva; y se instruye participar en el proceso a gerentes y directores de los tres niveles para que realicen aportes técnicos sobre la propuesta.
21 de diciembre 2017	La junta Directiva acoge en definitiva uno de los escenarios alternativos de estructura organizacional del Nivel Central elaborado por el CICAP, a partir de los aportes técnicos recibidos por parte de gerentes y directores.

Fuente: Proyecto de Reestructuración

Para explicar mejor mi punto de vista sobre este asunto, publique un artículo en el diario La Nación titulado Un nuevo gerente para la Caja,

*La Caja Costarricense de Seguro Social es una institución fundamental para mantener la paz social de nuestro país. Con más de 4,8 millones de asegurados y una cobertura universal reconocida internacionalmente y definida por Ley, produjo más de 350 mil egresos hospitalarios y mucho más de 17 millones de consultas médicas y de urgencias en el 2016. Sin límite definido en la oferta de servicios, la convierten en la más querida institución y la mejor valorada por el pueblo.*

*Solo el presupuesto de la CCSS, supera los ₡3.7 billones (unos \$6400 millones) para el 2018 y la sitúan como una de las empresas más grandes de Latinoamérica.*

*Si añadimos, que “el hospital” es la unidad de producción más compleja que existe y que la Caja posee una red de servicios de salud enorme que incluye; 29 hospitales, a corte del 2016, 16 clínicas, laboratorios o centros nacionales, 7 áreas regionales, 104 áreas de salud y 1041 equipos básicos de atención en salud o EBAIS, sumado a las sedes centrales más las 79 sucursales administrativas, en esta ocasión, la convierten también en la organización más compleja en su conjunto.*

*El presupuesto asignado según tipo de servicio, excluyendo el monto de dinero que se distribuye en forma de pago por concepto de pensiones, revela un 78% para servicios de salud, 15% para pensiones y 7% para administración complementaria.*

*El ejercicio de análisis de distribución de presupuesto es importante, pero hay otro análisis mucho más representativo de la actividad de la CCSS y es el de distribución de procesos por unidad operativa de la alta dirección.*

*Basado en reportes de las propias unidades operativas, hoy en día sabemos que; de todos los procesos institucionales ponderados a la distribución de presupuesto, se confirma que el 85% pertenecen a procesos de servicios de salud, 13% a pensiones y 2% a procesos administrativos complementarios.*

*Si ponderamos esta distribución de procesos al número de acuerdos de la Junta Directiva que instruyen acciones concretas a unidades operativas de la alta dirección de la CCSS, desde las Gerencias hasta direcciones dependientes de la Junta Directiva o la propia Presidencia Ejecutiva, se confirma que el 76% pretende mejorar la prestación de servicios de salud, 18% a pensiones y 6% a procesos administrativos anexos.*

*Finalmente, la escasez de servicios de atención primaria con alta capacidad resolutive y servicios especializados en muchos rincones del país, es parte del problema de gestión integral del talento humano que contribuye a engrosar lo que alguna vez denominé La Caja y la espera que desespere (La Nación, 05/07/14). La ausencia de*

capacidad técnica de gestión de servicios de salud, planificación de la salud, logística hospitalaria y concretamente en gestión clínica suficiente, constituye un problema aún mayor.

De los cerca de 55 mil funcionarios de la CCSS, si ponderamos la distribución de procesos a la cantidad de trabajadores que destinan su tiempo a atenderlos, encontraremos que el 93% se dedican a brindar servicios de salud directa o indirectamente y el resto a servicios de pensiones o administrativos.

Presupuesto (78%), cantidad de procesos (85%), acuerdos de Junta Directiva (76%) o personal (93%) exponen porcentajes de esfuerzos institucionales sumamente altos destinados a brindar servicios de salud, como para ser ignorados a la hora de escoger al máximo coordinador operativo de la CCSS, como un nuevo gerente.

Nuevo gerente. Por esa razón, el perfil del nuevo gerente debe exigir educación formal y experiencia demostrada en administración de servicios de salud. Es inadmisibles, que la persona que alcance esa posición, no comprenda a profundidad; los procesos de promoción de la salud y de prevención, atención y rehabilitación de la enfermedad.

Debe conocer la organización de la Caja, su normativa y la operatividad de servicios en red, de lo contrario no podrá lidiar con los retos que Los mejores sistemas de salud (La Nación, 07/10/12) tienen. Debe entender de aseguramiento y sus repercusiones, para fomentar la justicia social y la solidaridad. De control de servicios de salud de calidad, para modular el crecimiento del gasto en salud. De gestión de proyectos en salud, persiguiendo óptimos y oportunos resultados.

Como sociedad costarricense, no queremos que esta nueva gerencia, se convierta en el trampolín de intereses de grupos particulares internos o externos, que se antepongan a los de pacientes y pensionados. No queremos que la posición, se transforme en botín político ni refugio de personas que cerca de su jubilación, pretendan decorar su CV o engordar su futura pensión. Requerimos también; compromiso, sacrificio y entrega por obtener resultados concretos.

La verdadera sostenibilidad de cualquier sistema de salud a largo plazo, no depende de engordar las cuentas bancarias de los prestadores de servicios, ni de buscar fuentes inagotables de financiamiento, realmente. Depende de decisiones de inversión en servicios de salud, pensiones y prestaciones sociales, basadas en evaluaciones económicas que demuestren efectividad, eficiencia, utilidad y beneficio, ojalá generalizado y contribuyan a racionalizar, el uso de los siempre limitados recursos con que contamos, sacrificando el menor costo de oportunidad posible. No en términos economicistas monetarios, sino en términos económicos que optimicen los Años de Vida Ajustados por Calidad (AVACs) que pueda financiar la sociedad y merecer la población.

Es importante recordar aquí, que como Presidente Ejecutivo de la Caja, tuve que enfrentar a tres grandes cambios organizacionales de alto impacto en los niveles más altos de la Institución:

1. Cambio de Gobierno de la República de Costa Rica
2. Cambio de 3 de los 6 Gerentes de la CCSS
3. Cambio de los miembros de la Junta Directiva de la CCSS

El traumático proceso desde el punto de vista político, operativo, de luchas de poder interno y externo de la Caja, de constante entorpecimiento en la toma de decisiones de la Alta Dirección produjo; el periodo más prolongado que se recuerde de interrupción del funcionamiento de la Junta Directiva de la CCSS, el recargo de las 3 Gerencias sobre los otros Gerentes y este Presidente Ejecutivo, convirtiéndose así, en el mejor escenario para invocar mecanismos extraordinarios de ejercicio de mando, saliendo más que airoso de dicha prueba extrema de capacidad de gestión.

### **Supervisión al proceso de selección de Gerente General**

En Julio del 2017, la Junta Directiva de la CCSS acuerda crear la Gerencia General, dentro del proceso de restructuración que había iniciado nuevamente en el 2015 en la sesión 8768. En acatamiento al Acuerdo 2 del artículo 23 de la sesión 8950 del 11 de enero del 2018, en el cual la Junta Directiva manifiesta:

“Instruir al Presidente Ejecutivo para que se proceda, de inmediato, con un nuevo levantamiento de la lista de candidatos para un nuevo llamado para el cargo de Gerente General, conforme con el perfil correspondiente de este puesto. Asimismo, que se invite a los participantes en el proceso realizado respecto del levantamiento de lista de candidatos para la Gerencia de Salud y Prestaciones Sociales, a manifestarse sobre si desean pertenecer a la lista de elegibles para el puesto de Gerente General”.

La Presidencia Ejecutiva remitió a Junta Directiva el listado de postulantes a Gerente General, sin embargo, luego de la renuncia del Directivo Oscar Fallas y la pérdida del Quorum Estructural, no se ha retomado el tema en Junta Directiva.

### **Supervisión al proceso de selección de Gerentes Financiero, Logístico y Médico**

En seguimiento al acuerdo 1 y 3 del artículo 24 de la sesión 8957 celebrada el 8 de febrero del 2018 y de conformidad con el artículo 15 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense del Seguro Social, se instruyó al Presidente Ejecutivo de la CCSS para presentar 5 candidatos por cada gerencia a saber, Gerencia Médica, Financiera y de Logística, y se cumple en tiempo y forma.

En sesión N° 8981, celebrada el 30 de julio de 2018, la Junta Directiva de conformidad con la facultad que le confiere el artículo 15 de la Ley Constitutiva de la Caja



Costarricense de Seguro Social acordó nombrar al doctor Roberto Cervantes Barrantes como Gerente Médico, a partir del 01 de agosto del año en curso y por un período de seis años, a partir del proceso de convocatoria y selección que lideré personalmente. La elección de los Gerentes Financiero y de Logística, quedo pendiente.

### 9.2 Mejora de los procesos de gestión de proyectos

En atención a la Política de Dirección y Gestión de Proyectos la Dirección de Planificación presentó a la Junta Directiva un reordenamiento integral de proceso de gestión de inversión donde se definen todas etapas del ciclo vida de los proyectos así que identifica las actividades, roles y responsabilidades que intervienen en las etapas desde la planificación hasta la puesta en marcha.

La Propuesta para la Integración del Proceso de Formulación de Proyectos de la CCSS fue finalmente aprobado por la Junta Directiva, en el artículo 13° de la sesión N.º 8978, celebrada el 19 de julio de 2018, donde la señora Gerente de Infraestructura y Tecnologías Arq. Gabriela Murillo a quien felicito y agradezco su diligencia y liderazgo en este campo.

### 9.3 Componente Infraestructura, equipamiento y Tecnologías<sup>26</sup>

Según datos de la Dirección de Presupuesto Institucional, las inversiones en equipamiento e infraestructura crecieron 18.2% y 9.1% en 2016 y 2017 respectivamente; asimismo, el gasto en mantenimiento se incrementó 4.2% y 6.3% en esos años, según se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 56: CCSS. Gasto en inversiones, periodo 2013-Presupuesto 2018  
- cifras en millones de colones -

Descripción	2013	2014	2015	2016	2017	Presup. 2018
<b>A. Inversiones</b>	<b>45,544</b>	<b>51,291</b>	<b>61,630</b>	<b>72,869</b>	<b>79,475</b>	<b>160,391</b>
Equipamiento	19,073	21,709	28,821	46,392	54,053	86,485
Infraestructura	26,471	29,582	32,809	26,477	25,422	73,906
<b>B. Mantenimiento <sup>1/</sup></b>	<b>27,406</b>	<b>30,429</b>	<b>33,953</b>	<b>35,389</b>	<b>37,605</b>	<b>69,264</b>
<b>Total</b>	<b>72,950</b>	<b>81,719</b>	<b>95,583</b>	<b>108,258</b>	<b>117,081</b>	<b>229,655</b>

<sup>1/</sup> El mantenimiento incluye las subpartidas de materiales y productos que se utilizan para el mantenimiento.

**Fuente:** Dirección Presupuesto Institucional, informes de liquidación presupuestaria y presupuesto ordinario 2018.

<sup>26</sup> Ver Anexo 13: Detalle de Portafolio de Proyectos 2014-2018

Para el año 2016, se ejecutó un total de ¢72.869 millones en la partida presupuestaria de bienes duraderos, monto que significó un crecimiento del 18,2% con respecto al gasto del año 2015.

### Aprobación del Portafolio de Inversiones, 2019-2023

En el artículo 11° de la sesión de Junta Directiva N.º 8981, celebrada el 30 de julio de 2018, se aprueba la actualización del Portafolio de Proyectos de Inversión en Infraestructura y Tecnologías de la Caja Costarricense de Seguro Social, para el Quinquenio 2019-2023, el cual formará parte de la formulación del presupuesto de inversión del Plan Presupuesto Institucional 2019, en los términos contenidos en el documento anexo a la nota GIT-1125-2018. Sobresaliendo la incorporación del Nuevo Hospital de Limón.

#### CCSS: Proyectos de Nuevo Ingreso al Portafolio

1. Plan de Abordaje Hospital Nacional de Niños	10. Reforzamiento Lavandería Central
2. Fortalecimiento de los servicios de Geriátría y Gerontología (Etapa 1)	11. Programas centrales de monitoreo
3. Remodelación y Ampliación Anatomía Patológica Hospital México	12. Unidad médica móvil
<b>4. Nuevo Hospital de Limón</b>	13. Rehabilitación Modulo Lavandería, Casa de Máquinas y Lavandería del Hospital Tomas Casas
5. Puesta a Punto Área de Salud San Rafael de Heredia	14. Puesta a Punto de Hospital San Francisco de Asís, Grecia Reforzamiento Estructural Edificio CENDEISSS.
6. Adquisición Edificio para traslado (reforzamiento Oficinas Centrales)	15. Puesta a Punto Área de Salud Belén Flores.
7. Centro Tecnológico y de Telecomunicaciones	16. Cincuenta y cinco EBAIS
8. Acelerador lineal monoenergético Hospital México	
9. Remodelación Clínica Oftalmológica	

### 9.4 CCSS firma convenio con Municipalidad de Escazú para nueva Clínica

El Área de Salud de Escazú, será ampliada de tal forma que cuente con servicios especializados, servicio de urgencias y de rayos X entre otros. Esto reducirá los desplazamientos de los escazuseños a San José.

Las antiguas instalaciones del Country Day en Escazú albergarán al Centro Municipal de Formación para el Empleo e instalaciones de los servicios de salud. El recinto fue adquirido por la Municipalidad de Escazú y gracias a la firma en el 2018, de un convenio por mi parte y en representación de la Caja Costarricense de Seguro Social

como su Presidente Ejecutivo, sus habitantes contarán con mejores servicios de salud, horarios ampliados y especialidades médicas.

La Municipalidad de Escazú construirá complejo comunitario de \$9 millones. El convenio firmado comprende dos etapas. La primera se estipula para el primer semestre de 2019, cuando se abra un servicio vespertino para abarcar más población. Y la segunda, fase se construirá una clínica de segundo nivel de forma conjunta con la Caja. Por otra parte, las instalaciones también alojarán a la escuela de Artes, la biblioteca pública y el Centro Diurno de Atención al Adulto Mayor.

#### **9.5 Aprobación del fideicomiso para el fortalecimiento de los servicios de salud en el primer nivel y los servicios financieros**

Continuando con las acciones de desarrollo de infraestructura física, equipo y servicios de mantenimiento, que reúna las condiciones de seguridad, salubridad, comodidad y otras condiciones que conformen un medio ambiente sano, necesarias para mejorar los servicios de salud, la CCSS aprobó la suscripción de un Contrato de Fideicomiso Inmobiliario con el Banco de Costa Rica, (artículo 49º, Sesión N° 8900, del 20 de abril de 2017).

El *“Programa de Mejoramiento de los Servicios, Infraestructura y Equipamiento de los Centros de Salud, Logísticos y Financieros de la CCSS”*, dentro de sus alcances comprende el desarrollo de 53 obras de infraestructura física, relativas a 30 Áreas de Salud, 18 Sucursales, 4 Direcciones Regionales de Sucursales y un Centro de Logística, cuyo objetivo es aumentar la capacidad instalada institucional mediante el desarrollo de infraestructura física de altísima prioridad e impacto.

El 26 de octubre del 2017, a Contraloría General de la República mediante oficio DCA-2580 (Oficio N°12590) refrendo el Fideicomiso. Y la Junta Directiva de la CCSS, en el punto 3 del artículo 13º de la sesión N° 8938, celebrada el 13 de noviembre 2017, instruyó:

*“...3) La Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, como Gerencia Coordinadora del Fideicomiso CCSS-BCR, deberá tomar las medidas requeridas a partir de este acuerdo, para la atención de los alcances y responsabilidades adquiridas con el contrato de fideicomiso, y conformará la unidad del programa dedicada 100% a ser la contraparte institucional y nombrará un Director de la Unidad Ejecutora que ejerza todas las labores de administración del contrato de fideicomiso (entiéndase un director de Proyecto), junto con el equipo de trabajo que le brinde apoyo a su gestión.”*

El 21 de diciembre de 2017, en oficio GIT-55375-2017, se presentó para toma de decisión de la Junta Directiva la propuesta de Reglamento para la Adquisición de

Bienes y Servicios del Fideicomiso Inmobiliario CCSS/BCR, conocido por las Autoridades Superiores en el artículo 19° de la Sesión N.º 8953 de fecha 25 de enero de 2018.

El 16 de febrero de 2018 se presenta a la Junta Directiva el oficio GIT-224-2018; la Propuesta de Normativa para la Implementación del Contrato de Fideicomiso (Reglamento para la Adquisición de Bienes y Servicios, Reglamento Comité de Vigilancia y Política de Inversión del Fideicomiso) que de acuerdo con el artículo 12 inciso F del Contrato, el Fideicomitente debe aprobar la Política de Inversión de los recursos del FIDEICOMISO, el Reglamento para el Comité de Vigilancia y el Reglamento de Adquisiciones de Bienes y Servicios del FIDEICOMISO, que le presente el FIDUCIARIO. La política y normativa antes mencionadas deberán estar aprobadas de previo a dar inicio a las contrataciones que requiere el FIDEICOMISO. Se cuenta con el cartel para la contratación de la Unidad Técnica Contraparte, se espera la aprobación por parte de la Junta Directiva, de la Normativa para la Implementación de este.

En cumplimiento de lo anterior, se está organizando la Unidad que será la Contraparte Técnica para asegurar el cumplimiento de los objetivos pactados en el Fideicomiso. Se están realizando los estudios técnicos de propiedades para posible adquisición del Centro de Logística.

#### **9.6 A. Aprobación por parte de Junta Directiva del “Reglamento del Artículo 42 de la Ley Constitutiva de la institución”.**

CCSS oficializa reglamento que regula un monitoreo constante del seguro de Salud y Pensiones. La Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) aprobó el reglamento del artículo 42 de la Ley Constitutiva de la institución, lo cual permitirá garantizar la sostenibilidad de los dos seguros, la transparencia institucional e impulsa la cooperación internacional.

Este reglamento viene a marcar la cancha para la realización de estudios actuariales tanto para el seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM) como el de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM). Según lo acordado por el máximo órgano institucional, la pretensión es redefinir la metodología, la periodicidad, la obligatoriedad y las responsabilidades de las valoraciones actuariales.

En mi opinión, el acuerdo viene a robustecer e impulsar una cultura de monitoreo y la evaluación permanente por parte de la CCSS, adoptando prácticas y estándares de calidad internacionales, que permitan garantizar en tiempo oportuno la sostenibilidad. De acuerdo con el reglamento, los estudios actuariales pueden ser internos con una periodicidad de al menos de dos años, y externos con una periodicidad de al menos cuatro años.

Este acuerdo impulsará también la incorporación y utilización de los más altos estándares internacionales en materia de evaluación y fiscalización de los dos tipos de aseguramiento que ofrece la entidad, mediante aplicación de estudios de organizaciones internacionales como la Organización Panamericana de Salud (OPS) u Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional de Trabajo (OIT). Esta aprobación se dio en la sesión 8980 del 26 de julio de 2018.

### 9.7 Expediente Digital Único en Salud (EDUS y EDUS-ARCA)

Mi visión sobre el EDUS se resume en un artículo publicado en un medio de comunicación masiva y que reproduzco a continuación.

*Despierto por la mañana un día cualquiera en el futuro y tengo un mensaje en el teléfono celular que me recuerda tomar la medicación. Veo que la dosis ha cambiado, ya no debo tomar media pastilla, sino tres cuartos de la misma. Se acompaña de un mensaje del médico tratante que me dice que el último reporte de laboratorio ha motivado el cambio de la dosis y que él, ha registrado la modificación en mi expediente digital único en salud o EDUS. Mis hijos han recibido también el mensaje y se cercioran de que yo también lo he recibido y, sobre todo, de que lo he comprendido. En el EDUS, ellos se encuentran registrados como mis cuidadores y, por lo tanto, reciben mensajes complementarios a los que yo suelo recibir, por seguridad. Posteriormente y de forma independiente, ellos al igual que yo, grabamos un mensaje en un video que se incorpora al EDUS comentando algunos posibles efectos secundarios de la nueva dosis y que el mismo médico los ve y valora en un instante. 5 años atrás, había que sacar varias citas con el médico para hacer todo esto.*

*Previo a ducharme, un aparato electrónico, ya ha registrado en el mismo EDUS la toma de signos vitales y otros datos predeterminados por el médico o por políticas públicas de salud establecidas y automáticamente, se suman a la base de datos personal, los registros nacionales agregados y a la de un ensayo clínico o de investigación biomédica en el que voluntariamente había decidido participar.*

*Por la tarde, otro mensaje me recuerda que la cita para el ultrasonido que tenía para la otra semana, es posible adelantarla ya que ha quedado un espacio libre de alguien que ha salido de la lista de espera correspondiente. Decido aceptar el cambio con un “clic” luego de haber verificado mi agenda. Como paciente, compruebo en el EDUS, la nueva posición en que me encuentro en dicha lista de espera.*

*El mismo día del ultrasonido, luego de realizarlo el especialista, mi médico tratante recibe el reporte y junto a resultados de otras pruebas, determina que no hay que hacer más cambios en el tratamiento ni en la cita anual de control programada como rutina. Para obtener una segunda opinión médica, consulto de forma privada con otro profesional al que autorizo acceso completo a mi EDUS y concuerda con mi médico tratante, dejando constancia en el sistema.*



*Antes de que llegue la cita de rutina, una serie de mensajes automáticos enviados por EDUS me la han venido recordando y por mi parte, he confirmado mi asistencia según lo planificado, de lo contrario, EDUS tomará nota de la reprogramación y se asegurará de que otro paciente aproveche el espacio. Para el EDUS, la agenda de citas es dinámica y se autorregula constantemente, con el fin de alcanzar un óptimo de aprovechamiento de uno de los recursos más valioso y escasos con que contamos; el tiempo.*

*Y es precisamente el factor tiempo, un elemento vital muchas veces cuando hablamos de nuestra salud. Gracias al tiempo que me ha ahorrado el buen uso del EDUS, es que pude aprovechar un espacio que alguien había dejado libre para adelantar una cirugía menor, para biopsiar, una mancha que me había aparecido en la piel y que gracias al uso de la tecnología; las imágenes histológicas y filmación de la intervención, donde participaron cirujanos a kilómetros de distancia que se apoyaron en robots que utilizaron medidas y características anatómicas milimétricamente documentadas en el expediente; fueron valoradas por varios patólogos en Costa Rica y otros países del mundo basados en convenios internacionales, que confirmaron la malignidad y agresividad del cáncer que fue removido y tratado oportunamente. El EDUS bien utilizado, no solo reduce distancias geográficas entre profesionales de varios rincones del mundo o morfológicas entre pacientes, sino que; distancias temporales entre un diagnóstico y su adecuada intervención, serán cada vez menores.*

*En ese mundo de un futuro no muy lejano, la consulta con el médico tratante utilizando el EDUS será personalizada, rescatando lo mejor de la relación médico-paciente tradicional, no una relación institución-paciente. El profesional de salud le hablará naturalmente al individuo mientras dicta los hallazgos clínicos o de interés, fotografía o filma lesiones o características físicas.*

*La consulta, debe ser la consecuencia de dos grandes registros vinculados entre sí, el que el médico considere justificado, siempre apegado a las Buenas Prácticas Médicas o de Salud y el que el paciente autorice directa o indirectamente. El EDUS debe ser siempre el producto de una cadena de autorizaciones que da el paciente o su representante legal, único y legítimo dueño de su información en salud, a que profesionales accedan dicha información y la enriquezcan con el registro de sus observaciones e intervenciones clínicas. Los pacientes, no pueden ocultar, seleccionar, parcializar, eliminar o modificar, la información clínica de su expediente. Las personas debemos aceptar que, si bien es cierto, la información personal contenida en el EDUS pertenece a cada uno de nosotros, existen principios de salud pública que deben ser respetados y regulados por el Estado o inclusive, los convenios internacionales vigentes.*

*A todos nos gusta imaginar cómo vamos a utilizar el EDUS en el futuro. El ejemplo que les propuse es tan solo una visión de lo que puede llegar a ser. De hecho, no*

*puede concebirse como un proyecto con inicio y una fecha final. El EDUS es un desarrollo que nunca llega a estar listo por completo y al mismo tiempo, debe estar listo al día, todos los días. Se mantienen en constante dinamismo y como tal, se debe concebir como un programa permanente, que garantice su existencia a largo plazo.*

*Su desarrollo, puede ser contratado a terceros o externalizado, siempre y cuando, este se adapte a las necesidades del país que lo impulsa y no viceversa, donde suele pasar, que se termina adaptando el uso del mismo, a las posibilidades que ofrece el sistema. De hecho, los sistemas rígidos no son convenientes. Si no es un sistema que permita importantes modificaciones en su desarrollo, no servirá a largo plazo.*

*El primer paso, debe ser garantizar la seguridad jurídica en el país donde se quiere implementar. Para eso, hay que aprobar el marco legal y reglamentario necesario para ofrecer tranquilidad a los pacientes de que su información va a estar protegida y a los profesionales de salud, de que sus intervenciones van a estar debidamente administradas. Las Instituciones y en general los profesionales de salud, no somos los propietarios de la información de salud de los pacientes, somos los responsables de su custodia.*

*La única forma de que EDUS sobreviva el paso del tiempo, es que sus principales defensores sean sus usuarios. Los profesionales de salud deben defenderlo como si estuvieran convencidos de que es la mejor herramienta para facilitar su trabajo y los pacientes, deben defenderlo como si de su propia salud dependiera. Los pacientes deben estar convencidos de la utilidad de acceso a su información, ver el lugar en la lista de espera en que se encuentran para un procedimiento, mantener recordatorios programados, poder sacar citas o reprogramarlas, etc. El EDUS, debe defenderse por sí mismo.*

## **I Nivel de Atención**

Se logró **mantener** el 100% de la implementación del EDUS en el primer nivel de atención gestionado por la CCSS, en sus tres módulos: Sistema de Identificación, Agendas y Citas (SIAC), Sistema Integrado de Ficha Familiar (SIFF) y el Sistema Integrado de Expediente de Salud (SIES), según lo programado y en cumplimiento de la Ley N.º 9162. Esto significa que 94 Áreas de Salud del país cuentan con el EDUS para facilitar la gestión.

Según lo anterior, de los 1039 EBAIS que integran el primer nivel de atención, 899 utilizan el EDUS. Adicionalmente 140 EBAIS que son administrados por terceros organizados en 10 Áreas de Salud, utilizan su propia solución digital de expediente electrónico, a saber: Barva, San Pablo, San Francisco-San Antonio, San Sebastián-Paso Ancho, Carpio-León XIII, Desamparados 2, Escazú, Pavas, Santa Ana y Tibás.

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

- Que la información registrada por lo profesionales en salud pueda ser consultada en línea y en tiempo real desde cualquier parte del país.
- Independientemente del centro de salud, el médico tratante puede ver las atenciones que ha recibido un paciente en cualquier centro de atención de la CCSS, incluyendo los hospitales que ya cuentan con el sistema.
- Base de datos que registra toda la información de las diferentes atenciones en salud que recibe un paciente.
- Sistema de información enlazado que incorpora los tres niveles de atención y facilita el tránsito de la información tanto de las referencias como las contrarreferencias.
- Identifica al paciente por su número de cédula o asegurado, por lo tanto, evita las duplicaciones en los registros.
- Evita la generación de expedientes en diferentes centros.
- Elimina la posibilidad de extravío de información.
- Garantiza que todos los pacientes sean atendidos con los mismos parámetros, por lo que se brinda una atención integral, oportuna y de mayor calidad.
- Permite que los profesionales en ciencias médicas puedan conocer la historia clínica de los pacientes, así como su perfil terapéutico, alergias, reacciones adversas a ciertos medicamentos, tratamientos farmacológicos, entre otros.
- El paciente puede tener acceso a la información del Expediente Digital, la cual puede realizarla descargando la aplicación EDUS en forma gratuita. Esta aplicación ya cuenta alrededor de 85 mil descargas.
- El paciente puede solicitar su cita a través del call center *905-misalud*.
- Con el módulo SIFF, se registran las viviendas para obtener la información sociodemográfica de la población: condiciones de la vivienda, situación de salud de los miembros de la familia, padecimientos crónicos para determinar condiciones de riesgo e identificar acciones de intervención para garantizar la salud.
- Como parte de los beneficios del EDUS, la Institución simplificó los trámites de atención eliminando el requisito de presentación de la orden patronal desde enero del 2017.

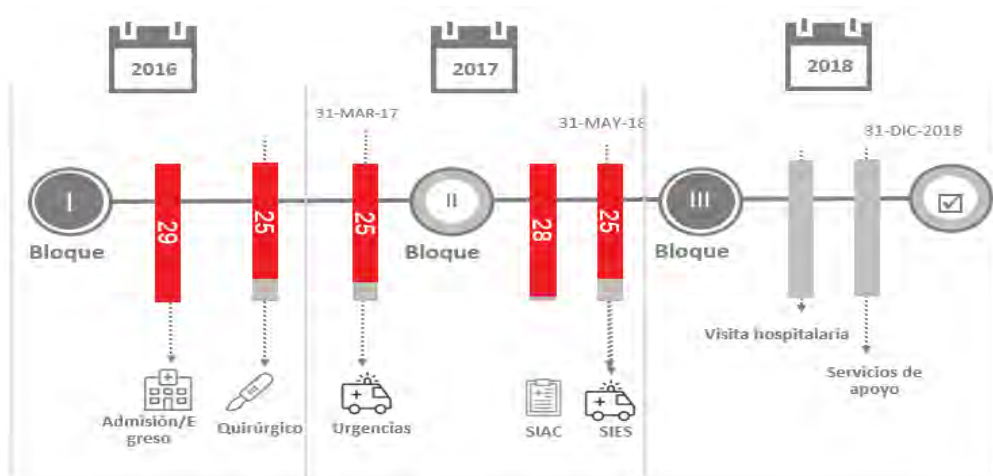
### **EDUS-ARCA nivel Hospitalario**

Se logró cumplir en un 100% la implementación en cuatro de los módulos EDUS-ARCA, en 27 Hospitales, a saber: 1-Hospital de Guápiles, 2-Hospital Tony Facio, Limón, 3-Hospital Carlos Luis Valverde Vega, 4-Hospital de Upala, 5- Hospital La Anexión, 6-Hospital Dr. Enrique Baltodano, 7-Hospital Los Chiles, 8-Hospital Max Terán Walls, 9-Hospital San Carlos, 10-Hospital de Puntarenas, 11-Hospital Manuel Mora Valverde, 12-Hospital Tomás Casas, 13-Hospital Ciudad Neilly, 14-Hospital San

Vito, 15-Hospital Dr. Escalante Pradilla, 16-Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres, 17-CENARE, 18-Hospital de las Mujeres, 19-Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología, 20- Hospital de Turrialba, 21-Hospital Max Peralta, Cartago, 22-Hospital Calderón Guardia, 23-Hospital San Francisco de Asís, 24-Hospital Heredia, 25-Hospital de Alajuela, 26-Hospital México, 27-Hospital San Juan de Dios.

Asimismo, la siguiente figura muestra los avances en el proceso de implementación del EDUS-ARCA, en el nivel hospitalario:

Figura 23: CCSS: Proceso Implementación EDUS-ARCA



Fuente: EDUS 2017

Como parte del proceso de implementación del EDUS-ARCA, se han logrado las siguientes gestiones:

Se firmó contrato con el Instituto Costarricense de Electricidad (ICE) para la dotación de toda la solución tecnológica necesaria para implementar el EDUS en el Nivel Hospitalario, incluyéndose dentro de este contrato el equipo de cómputo y telecomunicaciones necesario. Permitiendo con esto actualizar tecnológicamente, equipamiento y redes de telecomunicaciones de los establecimientos de salud a nivel nacional.

Se logra que la información de cada paciente se encuentre en una base de datos completa y segura, esto se traduce en importantes beneficios gracias a la trazabilidad de la información e historia clínica, mejor gestión de los servicios de salud, generación de manera fácil de información estadística, epidemiológica y actuarial, estandarización de protocolos de registro y mejor comunicación entre los diferentes servicios y unidades de centros de salud, entre otras. Un ejemplo, es el registro obtenido de

diferentes etnias indígenas y población adolescente, de la cual se obtiene información valiosa para toma de decisiones y seguimiento de problemáticas.

Entidades gubernamentales, así como otras instancias de esta Institución, obtienen información que sirve de referencia en la toma de decisiones. De manera general se ha evidenciado una reducción en la brecha digital; con la optimización de procesos y la inclusión en el acceso a los servicios de salud integrales en todas las regiones del país, incluyendo zonas rurales e indígenas.

La promoción de los servicios de valor como el APP, citas web y telefónicas, recordatorios mediante mensajería de texto (entre otros) y el esfuerzo por incluir nuevas funcionalidades en los aplicativos, han permitido el posicionamiento de estas herramientas tecnológicas en la población usuaria, gracias a su comodidad, facilidad y en ahorro de tiempo.

El EDUS es una experiencia nacional que está al servicio de la población de frontera a frontera y de océano a océano y permite a los sectores público y privado y a la sociedad civil potenciar las oportunidades y las posibilidades de la transformación digital, puesto que, según la OCDE, Costa Rica será uno de los primeros países en digitalizar su sistema de salud, pues integra en este momento el historial médico de asegurados en el 90% de los centros de salud del país.

EDUS cubrirá todo el sistema de salud del país antes de finalizar el 2018, pues en este momento digital integra historial médico de asegurados en 90% de los centros de salud del país. Actualmente, se implementa en los principales hospitales del país, incluidas algunas especialidades médicas y en el 2016 se completó la implementación de esta plataforma tecnológica en el primer nivel de atención.

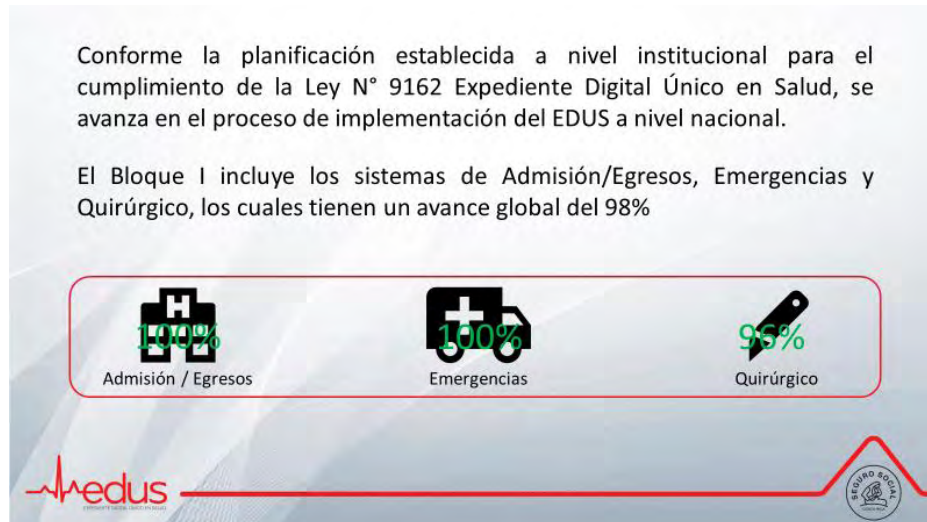
EDUS permite acceder a la información clínica de cada asegurado (datos personales, medicamentos, citas, diagnósticos, validación de derechos, alergias y ruta quirúrgica), desde cualquier centro de salud del país y en la aplicación móvil, además, ofrece la gestión de citas.

Felicitó al Dr. Mario Ruiz Cubillo, coordinador del Comité Estratégico del Proyecto EDUS – ARCA y responsable de emitir el informe para este Boletín, junto a todo el equipo de trabajo, por haber liderado el cambio necesario para que se implementara esta valiosa herramienta a nivel Hospitalario.

El EDUS se está convirtiendo en la mejor herramienta de los profesionales de salud para brindar servicios de calidad a los pacientes, por su parte, la población lo debe proteger como si su salud y su vida dependieran de ello. El EDUS se defiende solo.



Figura 40: CCSS: **98%** de Implementación en Hospitales al 30 de Julio 2018



Fuente: EDUS 2018

Además, en el 2 Boletín insistí “con este Boletín periódico de AVANCE en la implementación del EDUS que se actualizará y se publicará todos los lunes, la CCSS busca comunicar con exactitud a toda la población los obstáculos que se van superando poco a poco, con la intención de reconocer y felicitar a los Hospitales que lo van consiguiendo. La meta es alcanzar el 100% de implementación cuanto antes.”

El módulo de Patología se encuentra implementado en

- Hospital Nacional de Niños
- Hospital de San Rafael de Alajuela
- Hospital Fernando Escalante Pradilla (Pérez Zeledón)
- Hospital San Vicente de Paul (Heredia)
- Hospital de las Mujeres (Carit)
- Hospital México
- Hospital Monseñor Sanabria
- Hospital Enrique Baltodano (Liberia)

El módulo de Patología únicamente está pendiente de implementar en los Hospitales

- San Juan de Dios
- Calderón Guardia
- San Carlos
- Max Peralta (Cartago)
- Actualmente se trabaja en conjunto con el Instituto Costarricense de Electricidad (ICE) en la habilitación de la infraestructura electromecánica y tecnológica necesaria para la implementación del Expediente Digital Único en Salud, en los Hospitales Max Peralta, San Carlos y Grecia

### **Capacitación y Gestión de Cambio**

La implementación del Expediente Digital Único en Salud (EDUS), es uno de los mayores retos a los que se ha enfrentado la Institución, por ser un proyecto que tiene un alcance país y también al ser un proyecto que involucra tecnologías, procesos y personas.

En la actualidad la gestión de cambio es reconocida como un factor crítico de éxito para la aceptación de iniciativas de cambio o procesos de transformación organizacional como el que se está viviendo en la Institución. Es por esto por lo que tanto en el I Nivel de Atención como en el Nivel Hospitalario se han construido Redes de Gestión de Cambio, Capacitación y Comunicación, cuya función primordial es empoderarse del proceso de implementación del Expediente Digital Único en Salud para así garantizar la sostenibilidad en el tiempo de tan importante proyecto.

Algunas de las funciones que han desarrollado las Redes son:

- Capacitación en la Metodología de Gestión de Cambio propia de este Proyecto.
- Identificación de las posibles resistencias y los motivos que las generan.
- Implementar diferentes estrategias de sensibilización, comunicación, capacitación y acompañamiento para los diferentes interesados del Proyecto.
- Posicionamiento del proyecto en todos los centros de salud de la Institución.
- Comunicación constante y abierta con la Unidad de Proyecto.

Algunas de las características de los gestores de cambio que conforman estas redes son las siguientes: proactividad, liderazgo y asertividad, influir en los demás, trabajo en equipo, delegación, resolución de conflictos y comunicación asertiva.

Con el fin de involucrar a los diferentes actores que participan en la implementación del EDUS, estas redes están conformadas por funcionarios con diferentes perfiles como Directores Médicos, personal de enfermería, médicos especialistas, funcionarios de registros y estadísticas en salud, trabajadores sociales, personal administrativo,

personal informático, entre otros, con las modalidades de capacitación presencial y virtual de los diferentes aplicativos.

## Equipamiento

Se han dotado de equipo de cómputo, a diferentes Centros de Salud a nivel nacional, EBAIS, laboratorios y Hospitales, miembros de los equipos regionales; que forman parte del proceso de implementación, distribuidos en las siete Direcciones Regionales de Servicios de Salud de la CCSS.

Los equipos han sido distribuidos entre personal de Registros Médicos, Enfermería y Medicina, para uso exclusivo de los sistemas de información que conforman el Expediente Digital Único en Salud, así como personal del EDUS y redes de apoyo para el desarrollo de sus labores. Entre los equipos otorgados, se encuentran 5.433 computadoras y 1.549 impresoras. Adicionalmente, se recibió por parte del Fondo Nacional de Telecomunicaciones (FONATEL), una donación de 1.500 Tablets, para apoyar en la gestión que realiza el EDUS y que se hizo efectiva en el 2018.

Estos 1.500 dispositivos donados a la CCSS forman parte de los 40.000 que fueron entregados a las escuelas y colegios públicos, a los centros inteligentes, a los Centros de Educación y Nutrición (CEN) y de Centros Infantiles de Atención Integral (CINAI), entre otros, durante el 2017 especialmente. El costo de la inversión total llega a los 20 millones de dólares.

## Datos de Producción

Tomando como referencia el avance en el proceso de puesta en marcha del EDUS, se realizó un importante avance en torno a la producción registrada en dichos sistemas de información, como se muestra a continuación:

Tabla 57: Datos de Producción EDUS I, II y III Nivel de Atención

Descripción	Total
Citas Presenciales	21.524.005
Citas Telefónicas	1.137.189
Citas Web	899.627
Citas de procedimiento	1.227.099
Atenciones de urgencias	6.009.143
Atenciones médicas	14.267.972

Descripción	Total
Recetas de productos (cupones)	96.589.069
Solicitudes de exámenes de laboratorio	7.288.874
Solicitudes de exámenes de imágenes	1.144.856
SMS para recordatorio de citas	8.542.146
SMS Dirección EDUS	378.370
Adscripción adscritos	4.725.806
Adscripción identificados	1.061.810
SIFF miembros	2.972.297
SIFF viviendas	1.316.095

Fuente: Proyecto EDUS, con datos a diciembre 2017.

### Datos de Producción Nivel Hospitalario

En cuanto a la producción del EDUS a nivel Hospitalario, se tienen los siguientes datos: **13.901.410** atenciones con SIES, **25.658.407** citas con SIAC, **3.603.122** atenciones con módulo urgencias y **314.765** procedimientos realizados con el módulo quirúrgico.

### Recordatorio de Citas Vía Mensaje de Texto (SMS)

Se han remitido a los usuarios 8.542.146 mensajes de texto, recordando la fecha y lugar de su cita médica.

### Recordatorio de Retiro de Medicamentos vía Mensaje de Texto (SMS)

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

Se han remitido a los usuarios un total de 660.275 mensajes de texto, recordando el retiro de sus medicamentos.

### Uso de la Sala virtual o EBAIS Virtual

Una sala virtual es un entorno que permite que múltiples usuarios interactúen e intercambien audio, video, chat, documentos, entre otros, facilitando la realización de reuniones, conferencias, docencia, coordinaciones de proyectos, sesiones médicas,

tele consultas, entre otros; a través de herramientas tecnológicas sin importar su ubicación geográfica.

Como parte del plan piloto desarrollado en el Área de Salud de Santo Domingo, se logró llegar a los asegurados a través de la tecnología de una manera más rápida y eficaz, asimismo; está a disposición de la comunidad la consulta virtual para colaborar con las actividades cotidianas que se realizan en el Área, en especial en materia de postparto, donde se contó con la disposición de un especialista sin necesidad de trasladarse a la Clínica, buscando ayudar a prevenir enfermedades y adquirir conocimiento relacionado en materia de postparto.

Se brindaron los seguimientos de casos con la red intersectorial de atención (CCSS, MEP Y CENCINAI), educación dirigido a usuarias y usuarios en período posparto, capacitación al personal de salud (lactancia, atención al recién nacido, estimulación temprana), en el Área de Salud de Santo Domingo, así como en el Hospital México, donde se logró iniciar con el servicio de Trabajo Social. Para el 2018, se tiene planificado en el Área de Salud de Santo Domingo, agregar análisis de casos entre los pediatras de la región y la psiquiatra del Hospital San Vicente de Paúl, bajo el proyecto RISA, así como en el Hospital México con el servicio de cuidados paliativos y otros establecimientos que han mostrado interés.

#### Resultados del plan piloto:

- Las aseguradas recibieron educación e información que le permitan identificar por medio de la estimulación de las terminaciones nerviosas del bebé posibles problemas de desarrollo, haciendo más efectivas las consultas de crecimiento y desarrollo, al comprender mejor el desarrollo normal de un niño, en ocasiones los participantes mencionaron que no sabían que debían llevarlo a la consulta de crecimiento y desarrollo.
- Prevención de la salud: madres que a partir de los ejercicios de estimulación notó que su hijo no seguía la luz como se indicaba, acudió al centro y está siendo tratado.
- En cuanto a la vacunación se tiene el impacto mencionado por las madres, que gracias al apoyo virtual se tiene presente la importancia de las vacunas y la edad en que deben llevar al bebé.
- Se disminuyó al menos en 5 oportunidades la visita de madres, pues las consultas no ameritaban visitar el centro de salud, cólicos, falta de estimulación, aún no le tocaba la vacuna, lo que descongestiona los servicios y elimina el riesgo de adquirir enfermedades contagiosas.

#### Vínculo EDUS-Joven Salud

Se encuentra en ejecución un plan piloto en coordinación con la organización sin fines de lucro TeenSmart Internacional, en el Área de Salud Desamparados 3, el cual busca



aumentar la captación de la población joven que son alrededor de 17 mil personas y cuyo ausentismo ronda el 40%. El objetivo es brindar una atención integral haciendo uso de la plataforma JovenSalud.net para obtener información valiosa sobre este segmento de la población, así como aumentar la prevención y promoción de la salud.

Además, con el proyecto se podrá incorporar a la plataforma JovenSalud.Net y al material publicitario a utilizar la información de los servicios de valor del EDUS, con el objetivo de que los jóvenes y sus familiares lo conozcan y al ser complementarios de dicha plataforma puedan ser conocidos y utilizados aprovechando los beneficios por ellos y sus familiares.

### **SIFF Móvil**

Se han logrado avanzar en los siguientes objetivos del proyecto SIFF Móvil:

- Construcción de una aplicación móvil para dispositivos con sistema operativo Android, que permita la incorporación de la información que se genera en el proceso de visita domiciliar realizada por los ATAP.

En relación con este objetivo, se ha realizado el diseño completo de toda la aplicación y se ha confeccionado toda la estructura y entorno gráfico de la solución. En base al prototipo de diseño propuesto y aceptado se han implementado las pantallas de inicio, autenticación, agenda, vivienda y casi en su totalidad familia. Además, se mantiene el avance en los tabs de actividad y prioridades.

- Homologación de la aplicación móvil con la plataforma web del Sistema Integrado de Ficha Familiar. (SIFF)

La homologación con la aplicación SIFF, es un proceso que avanza gradualmente conforme a los diferentes tabs de la aplicación. Se realizaron las validaciones y consideraciones necesarias para la homologación con SIFF Web, en las diferentes pantallas.

- Implementación del módulo Sync para la aplicación móvil.

El modo offline ya se encuentra habilitado con sus respectivas bases de datos locales. Tanto el diseño de sincronización inicial como el nuevo escenario de sincronización, está en confección de servicios por parte de la CCSS. El detalle de estos servicios se encuentra en el documento de estimación de esfuerzo adicional para SIFF Móvil.

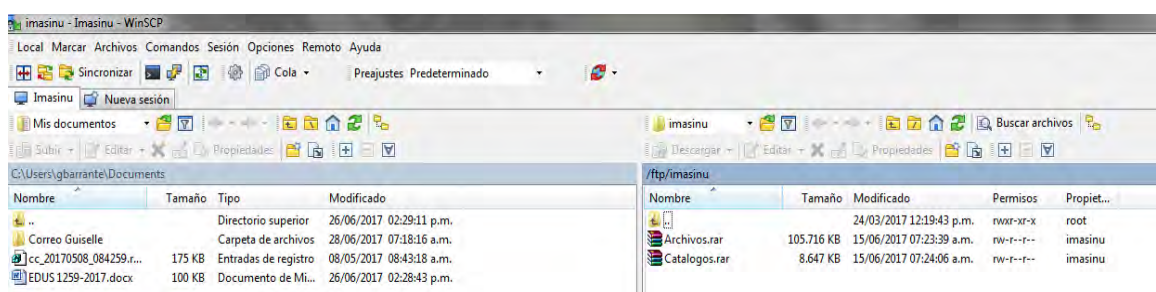
Beneficios:

- Información actualizada y disponible.
- Optimización del tiempo que se dedica al registro de la información.
- Información de las vacunas disponibles.

- Mayor rapidez a la hora de querer consultar alguna información o recibir la atención de los miembros de familia.
- Información disponible para la toma de decisiones en salud pública, a nivel nacional, regional y local.

## SINIRUBE

El convenio de cooperación entre la CCSS y el IMAS, consiste en la coordinación de acceso e intercambio de información, por medio del Sistema Nacional de Información y Registro Único de Beneficiarios del Estado (SINIRUBE). Se logró la homologación de variables a compartir y se cuenta con un enlace FTPs.



## Evaluación de impacto EDUS

En ejecución la evaluación participativa ciudadana inclusiva del EDUS en las 7 regiones y en los 3 niveles de atención para recuperar aprendizajes, buenas prácticas, transformaciones y lecciones aprendidas con el objetivo de mejorar el funcionamiento e integrar nuevos desarrollos de este sistema informático, que permita generar insumos y propuestas para nuevas aplicaciones del EDUS, especialmente aplicaciones móviles con el propósito de fortalecer el enfoque de E-Salud del EDUS, con una metodología que es reutilizable en futuras evaluaciones.

El principal valor diferencial de dicha evaluación es:

- Participación ciudadana en los asuntos públicos y en la toma de decisiones que le atañen (Plan Nacional de Desarrollo), que complementan evaluaciones como la de HIMSS.
- Evaluación permanente de las nuevas tecnologías en salud (Plan táctico GIT);
- Transparencia en la gestión;
- Evaluación en un punto medio de la implementación;
- Sentido de pertenencia y posicionamiento del EDUS como proyecto país por parte de la ciudadanía y funcionarios al ser tomados en cuenta.

## Envío correos electrónicos masivos

Se logró enviar a los trabajadores del Hospital de Guápiles, mediante correo electrónico, mensajes referentes a estilos de vida saludables, en total más de 300 funcionarios recibieron correos por día con recordatorios e información de pausas activas y estilos de vida saludable con el objetivo de promover un sano y correcto modo de vivir en la población laboral. Se logró enviar más de 5 mil correos mediante esta plataforma.

Adicionalmente, entre otros logros el EDUS-ARCA ha avanzado en:

- Se logró concluir la primera versión del software Hospitalario que incluye los módulos de urgencias y consulta externa.
- Se logró implementar el sistema de laboratorios (SILC) para una parte de las cooperativas y áreas de salud.
- Se logró disminuir la cantidad de incidencias a través del procedimiento de control de cambios.
- Se concluyó el procedimiento de contratación y entrega de equipo de cómputo para continuar con la implementación de nuevas funcionalidades del EDUS, en la Dirección Regional Huetar Atlántica, el Hospital de la Anexión, Área de Salud Peninsular, Dirección Regional Brunca, Dirección Central Norte, Dirección Central Sur, Dirección Chorotega, Dirección Huetar Norte, Dirección Pacífico Central, Hospital México y Clínica Oftalmológica.
- Se inició el procedimiento de contratación para formalizar con el ICE los servicios de enlaces de comunicaciones a nivel nacional.
- Renovación y actualización tecnológica en la plataforma de alta disponibilidad para soportar el sistema centralizado de recaudación (SICERE) y el EDUS (Consolidación).
- Renovación y Actualización tecnológica en la plataforma de seguridad perimetral.
- Renovación y Actualización tecnológica en la plataforma de Respaldo a Disco.
- Se finalizó el proceso de contratación para contar con equipo que permita replicar las bases de datos del EDUS a un sitio diferente al Data Center alterno (Recuperación de Desastres).
- Se habilitó una red inalámbrica local (WLAN) para los Edificios Laureano Echandi y Jenaro Valverde de Oficinas Centrales.

- La nueva versión del SIFA quedó instalada en 121 de las 124 unidades ejecutoras del país.
- Se implementó la receta electrónica en el servicio de urgencias del Hospital Monseñor Sanabria, Puntarenas.
- Actualización tecnológica del SIES
- Avance en el desarrollo de la primera etapa del SIES-Hospitalario
- Gestión de citas por terceros autorizados por los padres en el módulo de adscripción y citas web.
- Desarrollo del Módulo de Gestión de Citas Grupales y Multidisciplinarias
- Desarrollo de Mejoras y Manteniendo Evolutivo del Módulo de Urgencias, SIAC y SIES.

### **APP del EDUS ocupa el segundo lugar en descargas**

Según el sitio el internet [www.similarweb.com](http://www.similarweb.com), que es la plataforma que permite conocer los datos más importantes de un determinado sitio en internet, relativos a su posicionamiento, público y tipo de tráfico, al día de hoy la aplicación del Expediente Digital (EDUS) de la Caja Costarricense de Seguro Social, se ubicó en segundo lugar en el país, en el apartado de salud y forma, muy por encima de aplicaciones como Nike Training Club – Workouts & Fitness Plans, ubicada en el lugar 23 o bien Huawei Health en el 33.

En la tienda Google Play se encuentra en tercer lugar, con 183.210 descargas y de número 12 en la tienda de Apple con 9.314, lo que conlleva a un total de 192.524, esto quiere decir que los usuarios de nuestros servicios disponen de mayor información referente a sus atenciones en salud, de forma segura y oportuna, pudiendo en cualquier momento y lugar desde su teléfono celular, conocer sus diagnósticos, medicamentos, citas médicas, entre otros, lo cual facilita su tratamiento y por ende la atención de sus enfermedades.

En teléfonos con sistema operativo Android y IOS, ingrese a la tienda virtual, digite la palabra EDUS y presione buscar, o bien a <http://www.ccss.sa.cr/appedus/>, y de igual manera la puede descargar. Los asegurados pueden encontrar en la APP del Expediente Digital, datos personales registrados en el establecimiento de Salud, alergias, perfil de medicamentos, citas médicas (pasadas y futuras), diagnósticos, condición de aseguramiento e información de su Cirugía, en caso de que posea una programada.

De las novedades que vienen para la aplicación están., entre otras, mayor información de las atenciones recibidas por los usuarios, la gestión de servicios como, por ejemplo, la solicitud de citas a través del App.

La adopción de más tecnologías llevará gradualmente a la aplicación a incorporar más servicios, en línea con la simplificación de trámites, que faciliten las diversas solicitudes de un usuario cada día más informado.

Por solicitud expresa durante el 2017 de este Presidente Ejecutivo, se encuentra en desarrollo la funcionalidad para obtener **Citas Médicas en el APP**, la cual permitirá al asegurado conseguir, cancelar o reprogramar una cita mediante este medio, tanto para el mismo, como para las personas que están bajo su responsabilidad, sin tener que visitar el sitio web, así como la mensajería tipo “Push” la cual permitirá enviar mensajes de forma inteligente a los asegurados que tengan descargada su aplicación según su perfil de salud.

### **Primeros Recién Nacidos con EDUS**

En mayo de 2018 se registraron, los primeros costarricenses que nacieron con todo su expediente digitalizado desde que sus madres fueron valoradas en su consulta prenatal por el EBAIS, hasta la atención del parto y las primeras atenciones que recibieron tanto las madres como ambos bebés en el hospital San Juan de Dios. Ellos forman parte de una nueva generación que tendrán todo su historial en formato digital, tras la implementación del Expediente Digital Único en Salud (EDUS), en el sistema hospitalario nacional, cuyo proceso de implementación se espera completar al concluir septiembre del 2018.

Mediante el uso de esa plataforma tecnológica, los servicios de salud se están transformando para beneficio de la población costarricense pues ahora tanto médicos como pacientes podrán tener en línea todo el historial clínico que incluye los padecimientos, las atenciones, el perfil farmacológico, entre otros detalles fundamentales para el diagnóstico y el tratamiento.

El EDUS se empezó a implementar recientemente en la sala de partos y post parto del hospital San Juan de Dios para aquellos casos de labor avanzada (pacientes con más de seis centímetros de dilatación) y en hospitalización de alto riesgo. Al incluir las áreas de partos y hospitalización se logra tener la trazabilidad de los recién nacidos, en algunos casos incluso desde antes de nacer, esto debido a que las pacientes han llevado el control prenatal en el EBAIS o en la clínica. Esto permite al médico-obstetra analizar la evolución del embarazo.

Según datos del área de Estadísticas de la Salud de la CCSS en 2017 hubo 4862 nacimientos en este centro médico.



## EDUS ejemplo para Latinoamérica

Como un caso de éxito en el país y un referente para la región latinoamericana fue considerado el Expediente Digital Único en Salud (EDUS) en el marco del V Encuentro Costa Rica 2018, que se desarrolló esta semana en el territorio nacional.

Los detalles de cómo opera esta plataforma tecnológica fueron expuestos durante el conversatorio Tecnología y Gobierno: La transformación digital obligada para el Estado. Felicito, especialmente a Manuel Rodríguez Arce, director de EDUS y a todo su equipo, por el trabajo realizado.

Este encuentro congregó a más de 30 líderes del sector público, empresa privada, organizaciones civiles, academia y organismos multilaterales, entre otros, con el objetivo de evaluar la situación del país y ofrecer herramientas para la toma de decisiones.

Es una experiencia nacional que está al servicio de la población de frontera a frontera y de océano a océano y permite a los sectores público y privado y a la sociedad civil potenciar las oportunidades y las posibilidades de la transformación digital, puesto que, según la OCDE, Costa Rica será uno de los primeros países en digitalizar su sistema de salud, pues integra en este momento el historial médico de asegurados en el 90% de los centros de salud del país.

EDUS permite acceder a la información clínica de cada asegurado (datos personales, medicamentos, citas, diagnósticos, validación de derechos, alergias y ruta quirúrgica), desde cualquier centro de salud del país y en la aplicación móvil, además, ofrece la gestión de citas.

**La CCSS y el Grupo ICE, han fundado lo que denominé en 2018, la Alianza Estratégica Pública – Pública más importante de la historia de Costa Rica** y por lo tanto, para nosotros en la Caja, el ICE se ha convertido un verdadero socio estratégico de largo plazo, como existen en otros países como en el Reino Unido donde el *National Health Service* o NHS tiene como socio estratégico a British Telecommunications o Grupo BT, o en España donde el Sistema Nacional de Sanidad tiene como su socio a Telefónica. Costa Rica no es la excepción, pero es un ejemplo para Iberoamérica en general.

El Grupo ICE opera y da mantenimiento a la infraestructura tecnológica local del Expediente Digital, integrando las redes de infocomunicaciones a nivel nacional con las redes internas y aplicaciones de la Caja. Para garantizar su continuidad y calidad, se le brinda monitoreo durante las 24 horas.

Finalmente, por insistencia y solicitud expresa de este servidor como Presidente Ejecutivo de la CCSS, se encuentra en desarrollo el marco jurídico y técnico informático, para registrar legalmente a nombre de la CCSS, TODOS los componentes del EDUS, como propiedad intelectual socialmente explotable por el Estado costarricense.

### 9.8 Modelo de Gobernanza y Gestión de las TIC

El proyecto Modelo de Gobernanza y Gestión de las Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC), basado en las mejores prácticas de la industria, tiene como objetivo permitir a la Institución hacer un mejor uso de sus recursos tecnológicos y alinear los servicios con las estratégicas definidas por las autoridades institucionales, incluidas en el Plan Estratégico Institucional.

Se inició un proceso licitatorio para adquirir una consultoría que apoye el establecimiento de un Modelo meta para el gobierno y gestión de las TIC en la Caja Costarricense de Seguro Social, así como un programa de proyectos y acciones para su implementación que facilite el alineamiento entre la gestión de TIC, las necesidades de la institución y las mejores prácticas del mercado.

Con dicho proceso se espera poder afrontar la demanda de servicios de TIC debidamente coordinados y optimizados para aprovechar al máximo los recursos humanos y tecnológicos con que se cuenta actualmente, máxime que la demanda de los servicios de TIC aumenta constantemente.

El Modelo de Gobernanza y Gestión de las TIC y la Seguridad de la Información, involucra el desarrollo de seis fases, cuyas actividades y logros, se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 58: Logros Modelo de Gobernanza y Gestión de las TIC

FASE	Resultados ya logrados	Observaciones
1. Planificar el proyecto	Se elaboró el documento del plan de proyecto y se aprobó por la contraparte <sup>1/</sup> Institucional.	
2. Entender el contexto del negocio	Se ejecutó las actividades del plan relativas a entender el contexto del negocio, se elaboró el documento y se aprobó por la contraparte institucional	
3. Definir el modelo meta integral de Gobierno de las TIC y Gobierno de la Seguridad de la Información	Se ejecutaron las actividades del plan dirigidas a definir el modelo meta integral de Gobierno de las TIC y Gobierno de la Seguridad de la información, se elaboró el documento respectivo y se aprobó por la contraparte institucional y fue presentado a los Gerentes, que manifestaron estar de acuerdo con el planteamiento.	Está pendiente de aval por la Junta Directiva e instrucción de líneas de acción por su parte.

FASE	Resultados ya logrados	Observaciones
4. Analizar las brechas Integrales de Gobierno de la TIC y de la Seguridad de la información	Se ejecutaron las actividades relacionadas a análisis de brechas integrales respecto del modelo meta de Gobierno de las TIC y de la Seguridad de la Información, se entregó el documento respectivo y se aprobó por la contraparte institucional.	
5. Definir el Plan de Acción para cierre de las brechas de Gobierno de las TIC y el Gobierno de la Seguridad de la Información	Se ejecutaron las actividades del plan dirigidas a definir el plan de acción para cierre de brechas, se elaboró el documento respectivo y se aprobó por la contraparte institucional	
Presentación del proyecto ante la Junta Directiva	Mediante lo dispuesto por la Junta Directiva, en el artículo 28° de la sesión 8953, celebrada el 25 de enero de 2018 se conoce el proyecto y se toma decisiones para la continuidad e implementación del Plan de Acción.	Se recibe el informe, se ordena la reactivación del Consejo Tecnológico, se instruye la colaboración por parte de las Gerencias al Proyecto, se habilita de nuevo la Comisión de Tecnologías para la Junta Directiva y se instruye a la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías y a la DTIC organizar un taller a la Junta Directiva para presentar los modelos y contar con una visión unificada.
6. Definir el Plan de Intervención Inmediata	Se ejecutaron las actividades del plan y se presentó un primer borrador que está siendo valorado por la Administración del Proyecto	

<sup>1/</sup> La contraparte de los trabajos contratados a la empresa Price Waterhouse Cooper, corresponde al Equipo de Proyecto más el Equipo de apoyo intergerencial.

**Fuente:** Gerencia Infraestructura y Tecnologías, 2018.

## 9.9 Plan de Innovación para la Mejora de los Procesos Financieros, Administrativos y Logísticos

Con la determinación de trabajar bajo la visión de colocar a la persona en el centro de las decisiones, las autoridades institucionales definieron el Plan Estratégico Institucional 2015-2018, en el que se identificaron tres ejes fundamentales: el Modelo de prestación de servicios de salud y pensiones, el Modelo de gestión y el Modelo de financiamiento. Específicamente para el Modelo de Gestión, se definieron varios proyectos, dentro de los cuales destaca el Plan de Innovación para la Mejora de la Gestión Financiera, Administrativa y Logística, que busca mejorar la gestión mediante la identificación de un modelo de operación futuro.

### a. Año 2017

De acuerdo con lo planificado, el proceso de trabajo de la Fase Cero “Diseño e Implementación del Plan de Innovación” culminó de forma exitosa y se presentaron los resultados ante Junta Directiva, acordándose, en el artículo 25° de la sesión N° 8901 del 27 de abril del año 2017 lo siguiente:

*“ACUERDO SEGUNDO: Instruir a la Gerencia Financiera y a la Dirección del Plan de Innovación para que, con la colaboración de las restantes Gerencias y dependencias técnicas competentes, continúen con la ejecución de las actividades y acciones en los diversos ámbitos, que permitan la implementación efectiva de las soluciones definidas en el Plan de Innovación”.*

A partir de la instrucción referida, se realizaron una serie de actividades, llegándose a realizar una Audiencia Previa, donde se desarrolló en un marco de transparencia e igualdad entre todos los interesados / participantes, las aclaraciones de dudas con respecto al proceso de contratación para implementar la solución del ERP.

#### **b. Año 2018**

En la actualidad, se encuentra en proceso de iniciar la publicación del cartel para llevar a cabo el proceso de contratación de la solución del ERP, trabajo que se ha realizado con la colaboración del Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios, unidad adscrita a la Dirección de Aprovisionamiento de Bienes y Servicios de la Gerencia de Logística, para su posterior publicación oficial, e iniciar con la contratación denominada: “Adquisición e Implementación de una Solución Tecnológica Tipo ERP de Clase Mundial para la CCSS”.

#### Gestión para Resultados

En el año 2017 la Caja inicia el diseño de la “Metodología de Gestión para Resultados en Planificación- Presupuesto”

La aplicación de este enfoque en la institución constituye un proceso de mediano plazo y que conlleva inicialmente el trabajo conjunto de las Direcciones de Planificación Institucional y Presupuesto para el logro de la vinculación plan-presupuesto, con la coordinación y apoyo de la Gerencia Financiera.

Para tal propósito, se conformó un equipo técnico conformado inicialmente por funcionarios de las dependencias citadas en el párrafo anterior, quienes con conjunto con la empresa Pricewaterhouse Cooper, desarrollaron el trabajo de elaboración de la metodología de Gestión para Resultados (GpR) en la CCSS. Esta actividad se desarrolló entre los meses de febrero a mayo del 2017.

Como parte de ese trabajo se realizó una revisión del proceso de planificación y presupuestación institucional, considerando el enfoque de Gestión para Resultados. Como producto de ello, se estableció una propuesta metodológica, herramientas y requerimientos que servirán de base para la implementación paulatina y ordenada de este enfoque en la gestión institucional. Debe mencionarse el análisis y revisión de las

herramientas a través de una prueba piloto realizada en la Región Huetar Atlántica, tanto de servicios de salud como de sucursales financieras.

Para la formulación del plan – presupuesto del periodo 2018-2019, se incorporó a la “matriz de justificaciones de presupuesto” la vinculación con los objetivos de los Planes Tácticos Operativos Gerenciales, esto con el propósito de lograr un adecuado alineamiento entre los planes.

Producto del trabajo realizado la CCSS define como Gestión para resultados:

*“Marco referencia dinámico cuya función es coordinar y facilitar a la CCSS el cumplimiento de los objetivos, para la generación de valor público, entendido este como los cambios sociales observables susceptibles de medición, producto de las intervenciones de manera transparente y sostenible.”*

El abordaje del proyecto en la institución implica las siguientes actividades:

- a) Sensibilización en el tema de GpR: se requiere que toda la institución conozca del proyecto, en qué consiste, cuáles son las etapas, dónde nos encontramos, cual es el fin de la gestión para resultados, y generar una conciencia sobre la importancia de su aplicación para el progreso institucional y del país.
- b) Establecimiento de equipos de trabajo: inicialmente se trabaja con un equipo técnico conformado por las direcciones de planificación, presupuesto y la gerencia financiera; posteriormente se incorporarán otras gerencias, las direcciones regionales y unidades ejecutoras con el propósito de avanzar en la implementación del proyecto a través de capacitaciones y tareas de trabajo en equipo.
- c) Revisión de la metodología actual (Plan estratégico institucional, Plan táctico operativo gerencial, Plan presupuesto y Proyectos): se dará una revisión de los planes institucionales actuales y la mejora-continua en la administración de proyectos institucionales.
- d) Documentación del modelo de GpR: implica la generación de nuevos instructivos, procedimientos, instrumentos y herramientas para la asignación de recursos y vinculación de planes y presupuesto; asimismo se requiere de sistemas de información para facilitar la gestión del proceso.

Una vez desarrollada la metodología, ésta se implementará progresivamente y de forma ordenada, iniciando con la revisión de los planes y su vinculación con el presupuesto; entrando en un proceso de mejora continua, hasta lograr un nivel de madurez deseado.



### 9.10 Medición de la satisfacción de los usuarios

La Caja Costarricense de Seguro Social para dar respuesta a las demandas de salud de la población, busca constantemente formular y renovar estrategias para fortalecer los principios de equidad, universalidad, eficiencia y calidad.

Es por lo anterior, que a la Institución en la búsqueda de las estrategias que le permitan fortalecer la calidad en los servicios brindados, le es de vital importancia conocer la satisfacción de sus usuarios sobre los servicios de salud recibidos; lo cual se logra a través de la realización de encuestas de satisfacción, las cuales se efectúan en las unidades prestadoras de servicios de salud en todo el país, en los servicios de Consulta Externa y Hospitalización.

Se busca además de conocer el grado de satisfacción de los usuarios con respecto a los servicios de salud brindados, fortalecer la prestación de servicios y la búsqueda de la mejora continua de la calidad de las atenciones e instalaciones físicas, donde se desarrollan la prestación de servicios de salud a la población

La metodología utilizada para conocer la percepción de los usuarios de los Servicios de Salud a nivel nacional, tanto en Hospitalización como en Consulta Externa, está basada en el Modelo SERVQUAL adaptado a las necesidades institucionales, mismo que segmenta la percepción de los usuarios en cuanto a la satisfacción, en cinco dimensiones, como lo son:

1. Elementos tangibles.
  2. Confiabilidad.
  3. Capacidad de respuesta.
  4. Certeza, seguridad y confianza.
  5. Empatía.
- **Elementos materiales o tangibles:** relacionados con la apariencia de las instalaciones físicas, equipo, personal y material de comunicación. Son los aspectos físicos que el cliente o usuario percibe de la organización; cuestiones como la limpieza y la modernidad son evaluadas en los elementos, personas, infraestructuras y objetos.
  - **Confiabilidad o Fiabilidad:** habilidad de desarrollar el servicio prometido precisamente como se pactó o se creó con exactitud.
  - **Responsabilidad o Capacidad de respuesta:** voluntad de ayudar a los clientes o usuarios y brindar los servicios lo más rápido posible, siendo oportunos.
  - **Seguridad:** conocimiento de las personas prestadoras de servicios sobre lo que hacen o la información que brindan, su cortesía y la capacidad de transmitir confianza en los usuarios o en los clientes.
  - **Empatía:** capacidad de brindar atención y cuidados personalizados a los clientes o usuarios, con la capacidad de sentir y comprender los deseos o necesidades de los mismos, mediante un proceso de identificación de la atención.

Figura 24: Ciclo para la medición de la calidad en los servicios, modelo SERVQUAL



Los ítems evaluados, se detallan en la siguiente tabla:

Tabla 59: Ítems evaluados en la encuesta de satisfacción

Dimensión	Sub-dimensión	Áreas de evaluación	Criterios	Categorías
1- Elementos tangibles	Infraestructura	1. Recepción  2. Salas de espera  3. Pasillos  4. Servicios sanitarios  5. Consultorios	Comodidad  Ventilación  Iluminación  Limpieza  Accesibilidad  Señalización  Mobiliario  Distribución física  Privacidad	Clasificación: Satisfecho/ insatisfecho
	Signos externos del personal en salud y recepción	Presentación personal  Identificación	Vestuario  Uso de gafete	Clasificación: Satisfecho/ insatisfecho

Dimensión	Sub-dimensión	Áreas de evaluación	Criterios	Categorías
2-Confiabilidad	Tiempos para la atención	Tiempos de espera	Duración	Clasificación: Satisfecho/ insatisfecho
		Cumplimiento de horarios	Puntualidad	
	Comunicación / información	Interés de respuesta	Claridad / Interés	
		Evacuación de dudas		
		Comprensión necesidades		
		Claridad información		
	Contraloría de servicios	Existencia Contraloría virtual	Conocimiento	Clasificación  si/no
		Planteamiento de inconformidades		
		Existencia contraloría en el centro		
3-Capacidad de respuesta	Voluntad de ayudar	Solución a padecimientos	Eficacia/Eficiencia	Clasificación: Satisfecho/ insatisfecho
		Exámenes incluidos en expediente salud		
	Atención ágil	Preconsulta	Disposición	
		Disponibilidad expediente salud		
4-Certeza, seguridad y confianza	Conocimiento y cortesía	Satisfacción con el personal y la atención brindada	Nombre y saludo	Clasificación: Satisfecho/ insatisfecho
			Cortesía	
			Respeto	
			Amabilidad	
	Credibilidad y confianza	Satisfacción y credibilidad	Satisfacción servicio	Clasificación: Satisfecho/ insatisfecho
			Satisfacción preconsulta	
			Satisfacción respeto	
			Medicamentos recetados	
			Diagnóstico	
			Mejora en estado de salud	

Dimensión	Sub-dimensión	Áreas de evaluación	Criterios	Categorías
5-Empatía	Atención individualizada	Particularidad y condición del paciente	Opciones para espacio en consultas	Clasificación: Satisfecho/ insatisfecho
			Opciones en horarios para obtención cupos	
			Obtención de cupos por necesidad	
			Citas por requerimiento horarios de trabajo personal	
			Satisfacción proceso de obtención de citas	
	Alimentación*	Alimentación*	Presentación, alcance, horario	Clasificación: Satisfecho/ insatisfecho
	Vestido*	Ropa de cama* Vestuario personal*	cambio diario, limpieza, existencia, alcance, talla	Clasificación: Satisfecho/ insatisfecho

Fuente: Dirección de Contralorías de Servicios

Para entender mejor los resultados obtenidos por las unidades, se determinaron los siguientes parámetros de satisfacción:

Grado de satisfacción	Rango
Muy satisfactorio	90-100
Satisfactorio	80-89
Poco satisfactorio	70-79
Insatisfecho	60-69
Muy insatisfecho	59 y menos.

La calificación final es un promedio ponderado de los resultados de las cinco dimensiones contempladas en el modelo SERVQUAL, teniendo en cuenta lo siguiente:

**Numerador:** la suma de cada calificación de la dimensión por el número de sub-dimensiones que la componían.

**Denominador:** la suma de todas las sub-dimensiones que aportaron a las Dimensiones.

Actualmente en el marco de la aprobación del contrato de préstamo N°. 8593-cr y sus anexos entre la República de Costa Rica y el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento

(BIRF), para financiar el programa por resultados para el fortalecimiento del Seguro Universal de Salud en Costa Rica, se incluye un indicador ligado a desembolso que debe ser cumplido por la Institución y el cual plantea el **“Rediseño, implementación y uso de los datos recolectados en la nueva encuesta anual para medir el impacto de las nuevas intervenciones para mejorar la satisfacción de los pacientes”**.

Este indicador (ILD # 6), está bajo la responsabilidad de la Dirección Institucional de Contralorías de Servicios de Salud, por lo que, según los requerimientos del contrato, durante el año 2017 se procedió al rediseño de la encuesta y a partir del presente año y hasta el 2022, se realizará la aplicación anual de la misma.

Una vez aplicada la encuesta y obtenidos los resultados, otro componente del indicador de satisfacción del Banco Mundial (ILD#6) es que las unidades elaboren un plan de mejora y se dará seguimiento y se medirán los avances y mejora en la satisfacción de las personas usuarias cada año, hasta el año 2022.

La Caja como miembro del Consejo de la Auditoría General de Servicios de Salud (AGSS), Institución de desconcentración máxima y adscrita al Ministerio de Salud, y en calidad de Ministro de Salud con recargo de funciones como el primer Auditor General de Servicios de Salud de la historia, promovimos la realización y sistematización de encuestas de satisfacción de los usuarios que impulsaran la mejora continua y se implementase un verdadero sistema de garantía de calidad del servicio que reciben los pacientes.

### **Encuestas de Satisfacción de los Usuarios en Servicios de Emergencias**

Entre el 2 y el 13 de abril del 2017, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) midió la satisfacción de los pacientes que han acudido a los servicios emergencias, con la finalidad de conocer si los cambios adoptados, en los últimos años, han impactado la calidad del servicio.

La consulta estará a cargo de la Dirección de Contraloría de Servicios de la institución y la pretensión es determinar puntos de mejora. La Directora de Contralorías de Servicios o Superintendente de la CCSS es la representante oficial y permanente según la Ley N°. 8239, sobre los “Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados”, del 02 de abril del 2002 y su Reglamento, ante la Auditoría General de Servicios de Salud. Felicito y agradezco a la Dr. Ana Patricia Salas Chacón, por su colaboración de siempre durante mi gestión.

Se llamarán telefónicamente a pacientes que recibieron atención en los servicios de emergencias, entre los meses de diciembre del 2017 a febrero del 2018, en los 25 hospitales que brindan ese servicio. Se excluye de esta lista los dos hospitales psiquiátricos (Manuel Antonio Chapuí y Roberto Chacón Paut), el Centro Nacional de Rehabilitación y el Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología.

Los pacientes seleccionados en la muestra, la cooperación respectiva, con el propósito de obtener información que permita evaluar si los ajustes tuvieron el impacto deseado.



Un trabajo similar, se está realizando esta semana, con los funcionarios de los mismos servicios, toda vez que sus observaciones son muy importantes para efectuar modificaciones que satisfagan las expectativas tanto de los pacientes como de los funcionarios.

Cabe destacar, que, en los últimos años, la CCSS ha venido trabajando para transformar los servicios de Emergencias. Como parte de los cambios que han venido impulsando, se pueden citar la aplicación de protocolos, estandarización de procesos, mecanismos de clasificación de pacientes, convenios con otras dependencias gubernamentales, establecimiento de un fondo especial por un monto de ¢3 000 millones para equipamiento y modernización de la infraestructura, de los cuales se ejecutó ya el 44%.

Se están implementando tras una serie de propuestas elaboradas por una comisión especial nombrada por la Gerencia Médica en el 2016, las cuales están en ejecución desde marzo del 2017. Las propuestas están basadas en un diagnóstico que comenzó a realizarse en noviembre del 2016, como parte de las acciones institucionales para mejorar y monitorear la calidad y la oportunidad de la atención.

Los cambios que se están realizando son múltiples y apuestan a mejoras en la gestión, la capacitación, protocolización de procedimientos estandarización de procesos, fortalecimiento de infraestructura y equipamientos, entre otros. Entre las transformaciones más significativas está la incorporación de un sistema de clasificación de pacientes conocidos CTAS y que permite atender a los pacientes de acuerdo con sus condiciones de salud y no por orden de llegada.

Prácticamente todos los servicios de Emergencias serán fortalecidos y se suma una inversión que ascienden a los ¢358. 549 millones. Todo este proceso, procura descongestionar los servicios de Emergencias, que la institución tiene ubicados en todo el territorio nacional. En el 2017, la CCSS atendió 5.547.707 emergencias.

### **9.11 Implementación de la modalidad laboral de Teletrabajo**

Mediante la circular PE-13360-2017/GA-41972-2017 del 1 de junio del 2017, la Institución autorizó el teletrabajo en forma permanente y designa al Área de Dotación de Personal para que coordine y asesore la implementación de esta modalidad laboral. Seguidamente se hace un recuento de los logros obtenidos a partir del año 2017:

- Publicación de los instrumentos técnicos para la aplicación del teletrabajo permanente mediante el link: <https://rrhh.ccss.sa.cr/> y en la web institucional. Para el diseño de estas herramientas, se contó con la asesoría de la Comisión Nacional de Teletrabajo, en su momento, y del Programa Nacional de Teletrabajo del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, actualmente.

- Divulgación del plan de acción y atención de consultas mediante el sistema institucional de videoconferencia y sistema de tele consulta.
- Pre-mapeo de los puestos más representativos potencialmente tele trabajables (15.070)
- Campaña de comunicación en la Web Master institucional y Portal de Recursos Humanos, para la publicación de gotas informativas diarias con las mejores prácticas para el teletrabajo, así como testimoniales con experiencias exitosas en el diferentes Centros de Trabajo, particularmente en Hospitales.
- Capacitaciones realizadas: Durante el período entre agosto 2016 y febrero 2018, se impartieron 51 talleres de sensibilización dirigidos a 1055 funcionarios de las 6 Gerencias, Jefaturas del nivel central y Hospitales Nacionales, Hospitales Periféricos y Regionales, específicamente de los Servicios de Anatomía Patológica, Citología, Radiología y Clínica Oftalmológica.
- Cantidad y tipos de teletrabajadores: al mes de febrero del 2018, se cuenta con un total de **221 teletrabajadores** pertenecientes al Nivel Central, Dirección Central de Sucursales y Dirección de Servicios de Salud Central Sur, Hospitales Nacionales. Se incorporan perfiles como: médicos patólogos, radiólogos, médicos evaluadores, inspectores, trabajador social, Jefes de Área, profesionales, analistas de sistemas, ingenieros informáticos, industriales, civiles, en electrónica, electricista y electro medicina, dibujante arquitectónico, asesores legales, medico jefe, físico médico, farmacéuticos, terapias de la salud, diplomado radiaciones ionizantes, ingenieros ambientales, químicos, arquitectos, administradores, médico asistente general, médicos epidemiología, oftalmólogos, entre otros.
- Elaboración de la “Guía Condiciones Mínimas de Salud Ocupacional para la Prevención de Riesgos y Protección de la Persona Trabajadora que ejerce el Teletrabajo”. En proceso de aprobación.
- Incremento de la productividad: Según los reportes de producción, durante el período de junio a agosto del 2017, el Hospital Calderón Guardia reportó un 12% en el inicio de la aplicación, el Hospital San Vicente de Paul un 25%, Hospital San Juan de Dios un 11.58%, Dirección Central de Sucursales: 26%, Subárea Financiera Administrativa un 42% (Ingeniería de Sistemas) desde que arrancó a la fecha, Dirección de Arquitectura e Ingeniería: tiempo de entrega de proyectos disminuyó en un 50%, Centro Nacional de Resonancia Magnética: mejora en la producción y ampliación de las estaciones de visualización. Adicionalmente, conciliación de vida laboral y personal, mejora en el clima laboral, optimización del espacio físico, mayor concentración mental, mejora en la calidad y el servicio que se presta a los usuarios.
- En setiembre 2017: Se capacitaron a 15 funcionarios de la DAGP en el tema de mapeo de puestos y diseño métricos para el teletrabajo.
- En enero 2018 se elabora la “Guía para la medición de desempeño del teletrabajo”, con la intención de brindar una herramienta que guíe a las jefaturas

en la elaboración de controles útiles del desempeño laboral. En trámite de aprobación,

- En enero 2018, mediante el oficio DAGP-N°0100 se remite a la Gerencia Administrativa, el proyecto denominado “Directrices para regular el teletrabajo en la CCSS”, lo anterior para valoración y aprobación
- En febrero 2018, en coordinación con el Área de Seguridad Informática, se programa la aplicación de una encuesta de satisfacción acerca del uso de la VPN (red virtual de acceso privado).

### 9.12 Mejora e innovación en la Gestión Jurídica

Quiero reconocer la importante labor que efectuó la Subgerencia de Asuntos Jurídicos en el campo de modernizar la gestión jurídica de procesamiento y seguimiento de casos o denuncias y felicito y agradezco muy especialmente al Lic. Gilberth Alfaro Morales por su liderazgo y compromiso.

#### Resolución Alternativa de Conflictos (RAC)

Es importante aclarar que adelante, nos referiremos a la implementación de MAPA, toda vez que corresponde al concepto real utilizado, derivada de una tropicalización de la Ley de Resolución Alternativa de Conflictos, adaptada a las necesidades reales de la institución.

Una vez explicado este dato, de conformidad con lo instruido por la Junta Directiva, en el artículo 30° de la sesión N° 8878, celebrada el 8 de diciembre 2016, se presentó el primer informe sobre la Implementación de los Mecanismos Alternos al Procedimiento Administrativo en la Caja Costarricense de Seguridad Social, en el que se desarrolló la estrategia de capacitación realizada, las herramientas tecnológicas desarrolladas por la institución para su registro, el estado actual de la aplicación del MAPA, así como la propuesta de continuación de asesoría y acompañamiento de las Unidades para su utilización, finalizando con unas recomendaciones para la mejora y seguimiento de los Mecanismos Alternos.

#### ▪ **Antecedentes:**

- *DÉCIMO*: El 28 de julio de 2017, se publica en la Web Master oficio DBL-0546-2017 Recordatorio sobre la importancia del Registro institucional de mecanismos alternos al procedimiento administrativo disciplinario y/o patrimonial (MAPA).

#### ▪ **Capacitación e implementación.**

- El 04 de agosto de 2017, el Sindicato Nacional de Administradores de Servicios De Salud y Afines del Seguro Social, invito a uno de los capacitadores MAPA a una

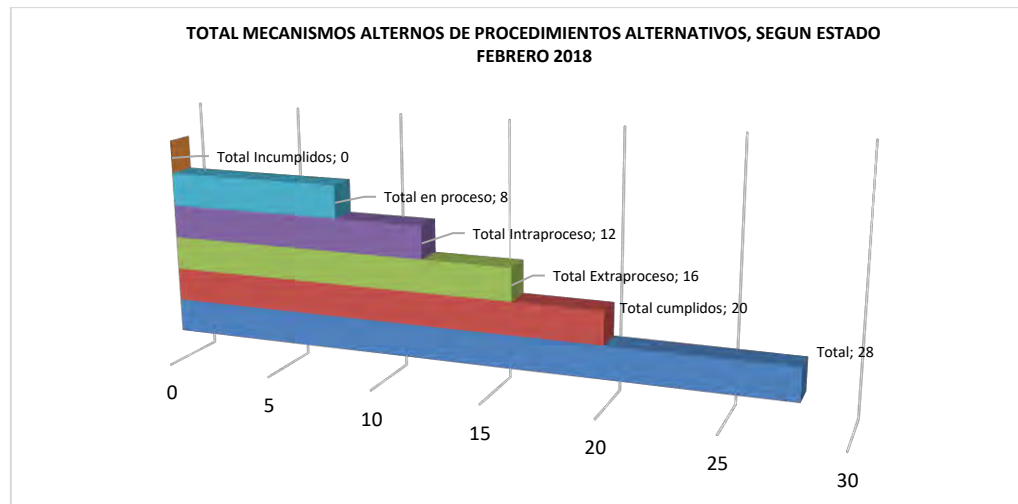
Jornada de Capacitación de temas de interés para nuestros afiliados, en el que se expuso la capacitación que se ha venido desarrollando en las Unidades de la Institución, situación que se repitió el 11 de agosto del mismo año, sólo que en esta ocasión la invitación se realizó por parte de la Asociación Costarricense de Directores Médicos ACODIMED.

- Aparte de las capacitaciones, se les ha informado a los funcionarios que la institución cuenta con una cuenta de correo exclusiva para consultas sobre los mecanismos alternos al procedimiento, [mapa@ccss.sa.cr](mailto:mapa@ccss.sa.cr), en donde tanto las jefaturas como los funcionarios en general pueden realizar cualquier tipo de consultas desde solicitud de capacitaciones en los centros de trabajo, hasta consultas sobre la aplicación de los mecanismos a casos específicos.
- Se desarrolló el “Manual de Usuarios” para la herramienta MAPA, el cual es un documento que detalla el paso a paso para el uso de la herramienta módulo Mecanismos Alternos al Procedimiento Administrativo.
- Paralelamente, se desarrolló en Microsoft SharePoint el Formulario para Registro y Actualización de Usuarios MAPA, el cual al estar disponible en la Intranet Institucional es de fácil acceso para cualquier usuario en cualquier momento, y permite a la Dirección Jurídica, como administradora del sistema, llevar un mejor control de todas las solicitudes que ingresen (pendientes, en atención, finalizadas) así como el respaldo de las mismas.

#### ▪ Situación actual de los MAPA

- Tal y como se detalla en el gráfico número uno, a febrero del 2018 se ha implementado la herramienta en 28 casos, 12 de ellos se hizo uso de la herramienta, existiendo un procedimiento administrativo de por medio (interproceso) y 16 de ellos, no requirieron abrir un procedimiento (extraprocesal), ahorrando a la institución inversión en tiempo y recursos del talento humano en la presentación de traslado de cargos, instauración de un procedimiento administrativo, etc.
- Nótese que, de los 28 procedimientos, ninguno se ha incumplido, 20 están totalmente cumplidos y 8 todavía están en trámite, por lo que indica que su aplicación ha generado beneficios a la institución.

Gráfico 12: Total de mecanismos alternos de Procedimientos alternativos



Fuente: CGI base de datos a 19 de febrero de 2018

▪ **Propuesta de continuación de capacitación y acompañamiento de las Unidades**

Se identificaron las siguientes posibles alternativas a las que pueden acceder los diferentes funcionarios para la divulgación, consulta y capacitación relacionada con la herramienta:

- Capacitación en las unidades: como se indicó se incorporará dentro del rol de capacitaciones que está definido por parte de la Dirección Jurídica a las diversas unidades de la institución, el tema de los mecanismos alternos, cuando se está capacitando sobre el procedimiento administrativo disciplinario en general.
- Tele consulta: en la actualidad la Dirección Jurídica cuenta con la programación de un ciclo videoconferencias, que pretende ofrecer una alternativa para la administración para que evacuen consultas de tipo jurídico, por lo tanto, se podría incluir dentro de este ciclo una sección específica donde se evacuen temas relacionados con estos mecanismos alternos.
- Consultorio Jurídico en línea: Uno de los productos del Consultorio Jurídico Virtual es la consulta jurídica virtual, la cual, pretende atender a los usuarios que no tengan asesoría local abrir un espacio virtual que permita compartir video-consulta, archivos y mensajería en tiempo real, se puede valorar dar apoyo a los Superiores Jerárquicos a través de esta alternativa.
- Correo electrónico: actualmente habilitado en donde los funcionarios pueden realizar consultas sobre casos específicos o solicitar cualquier tipo de documentos relacionado con los mecanismos alternos.



- Boletín de distribución Digital: Para los próximos meses se va a programar realizar un Boletín de distribución Digital, en donde se incorporen las respuestas a las preguntas más frecuentes realizadas en las capacitaciones.
- Videoconferencia: Se tiene programada la grabación de una videoconferencia donde se va exponer la presentación que ha sido impartida en las capacitaciones en las Unidades, con el temario establecido en la sección arriba desarrollada como: contenido de las capacitaciones.

### Procesos judiciales derivados de la atención de recursos de amparo 2017-2018

Resulta necesario aclarar que, en cuanto a este apartado, la atención de procesos judiciales derivados de recursos de amparo, por sí mismo no es un indicador que pueda dar resultados de los logros obtenidos en esta materia.

Partiendo de lo anterior, es que, en este tema nos referiremos a los resultados reales y objetivos de la Gestión Jurídica, basado en las sentencias que ingresan a la Dirección Jurídica, a partir del 2015; anterior a esta fecha, la Dirección Jurídica no contaba con los resultados reales y exactos de la información, por lo cual no se puede referir a ellos

En la siguiente tabla se detalla la cantidad de sentencias registradas en la Dirección Jurídica en el período 2017:

Tabla 60: Cantidad de sentencias ingresadas por año

Año	Cantidad
2017	4450

Fuente: Dirección Jurídica, Área Gestión Judicial

Tal y como consta en la información anterior, en el año 2017 se duplicó la cantidad de sentencias ingresadas con respecto a los dos años anteriores, esto por cuanto en el 2017, se resolvieron todos los casos de Carrera Hospitalaria, que sumaban alrededor de dos mil procesos judiciales.

En lo que respecta a los resultados del 2017, éstos no se incluyen por cuanto, a la fecha de elaboración del presente informe, se encuentra en elaboración el documento oficial que muestra los resultados obtenidos en la gestión durante el año pasado.

Para una mejor comprensión, seguidamente se presentará un gráfico, para el cual, los resultados de las sentencias se dividieron en las tres categorías principales, sea, con lugar, parcialmente con lugar y sin lugar. Para tales efectos, se utilizan los colores del semáforo para indicar la afectación a la institución según los resultados obtenidos, tal y como se explica a continuación y en la siguiente figura:

- El color rojo indica que las pretensiones del actor fueron totalmente otorgadas a su favor, lo cual representa las sentencias en las que la institución tuvo

resultados que afectan de manera directa sus intereses, ya sea por desembolsos económicos o de cualquier otra índole.

- El color amarillo se ha designado para las sentencias parcialmente con lugar, es decir, pretensiones del actor otorgadas de forma parcial; para efectos de la institución, se consideran favorables en términos de la afectación que esta pueda sufrir producto del resultado, pues si bien es cierto, son sentencias cuyo resultado implica el pago de ciertos extremos, otorgar beneficios y otras condenatorias a favor de las partes vencedoras, son sentencias en las cuales no se otorgan la totalidad de las pretensiones solicitadas por los actores, evidenciado la falta de derecho existente en la mayoría de los casos, así como la importante labor de defensa institucional que ejerce la Dirección Jurídica.
- Finalmente, el color verde se utilizará para las sentencias cuyo resultado fueron declarados Sin Lugar y Otros resultados, en las cuales se denegó la totalidad de las pretensiones de los actores y cuyos resultados, para efectos de la administración, se consideran favorables, en algunos casos particulares condenan a la parte vencida, es decir a los actores, a pagar montos económicos a favor de la Caja, tal y como se evidenciará a lo largo del informe.

Figura 25: Tipo resultado recursos de amparo



Fuente: Dirección Jurídica

Tomando en consideración los resultados de años anteriores, tal y como consta en la gráfica anterior, y tomando en cuenta los factores adicionales que se dieron en el año 2017, tales como la resolución de dos mil juicios de carrera hospitalaria, que valga mencionar, se resolvieron con resultados favorables para la gestión, ya que todos fueron declarados sin lugar, más el logro de conciliar procesos en Seguridad Social, que también representa resultados favorables, se puede afirmar que se mantiene la relación 75-25 a favor de la CCSS, es decir, que la institución gana tres de cuatro procesos judiciales, tal y como se ha dado en los últimos años.

### 9.13 Mejora en la cadena de abastecimiento

#### 9.13.1 Normalización de los procesos de la Cadena de Abastecimiento Institucional

Este componente vital para el desarrollo del talento humano, sus destrezas y el mejoramiento de la eficiencia y eficacia del proceso de contratación, mediante la normalización y estandarización de los procesos y procedimientos, la capacitación a las unidades de compra autorizadas en la normativa institucional en materia de abastecimiento, la evaluación de la gestión de abastecimiento (planificación, adquisición, ejecución contractual, almacenamiento y distribución) que realiza la Institución por medio de las unidades de compra autorizadas, así como el desarrollo de proveedores para el aumento de la competencia.

Logros:

- Implementación del Sistema de Aseguramiento de la Calidad en la Cadena de abastecimiento y construcción de indicadores que permitan fomentar el control de los resultados y alinear los procesos y subprocesos hacia una cultura de calidad.
- 108 normas que regulan la materia de la cadena de abastecimiento actualizadas con el objetivo de mantener vigentes las mismas.
- 350 evaluaciones en materia de contratación administrativa en los establecimientos de salud con competencia a realizar compras públicas para fortalecer la gestión local en dicha materia.
- 3217 funcionarios capacitados en la red de servicios de salud con competencia a realizar compras públicas a nivel institucional, fortaleciendo conocimientos en esta materia.
- 1706 invitados de la institución y del sector empresarial (cámaras empresariales), para el análisis de temas como: Precalificación de medicamentos, registro sanitario en línea- sistema de calidad costarricense y evaluación de la conformidad, exploraciones de mercado y colusiones, entre otros, para promover la transparencia y desarrollo de la competencia. Se tiene registrado una disminución de 14 medicamentos y 14 insumos médicos con proveedor único.
- Propuesta entregada a Junta Directiva del Modelo de Distribución de competencias actualizado, acorde a normativa nacional dictada por la Contraloría General de la República y el Ministerio de Hacienda, la cual fomenta la simplificación de trámites en procesos licitatorios, con una transformación gradual para la economía de escala y procesal de las compras públicas en toda la RED de servicios de salud.
- Se administra el Catálogo General de Suministros, eliminando la creación de códigos genéricos, orientando hacia la creación de códigos específicos, siendo vital para la trazabilidad a los bienes y servicios adquiridos en la Red de

Servicios Institucional. Del año 2011 a la fecha se crearon 22,972 códigos específicos, anteriormente con un solo código se podía comprar varios tipos de insumos, con los códigos específicos le podemos dar trazabilidad a los inventarios de la RED

#### 9.13.2 Implementación de soluciones tecnológicas integradas

A partir del 2012 se inicia la implementación gradual del SIGES iniciando con el pedido electrónico gestión de inventarios, permitiendo ahorros en papel y viáticos, a la fecha hay 140 proveedurías y 122 establecimientos de salud con gestión de inventario, 36 establecimientos con módulo de compras. Antes del 2012 se utilizaba el sistema llamado SIPRO, diseñado en lenguaje de programación CLIPPER de años 80s en los establecimientos de salud sin conexión entre los mismos.

Se detecta un hallazgo durante la implementación del SIGES, la codificación hospitalaria en los establecimientos de salud no es estándar, a la fecha ya se tiene la propuesta para estandarización y homologación de la Codificación Hospitalaria para toda la institución con más de 400 códigos hospitalarios estandarizados. Propuesta entregada a la Presidencia Ejecutiva.

Paralelo a lo anterior se trabaja inter-gerencialmente para el desarrollo de las interfases para los sistemas SIGES-SIFA y SICS para darle mayor trazabilidad a los medicamentos e insumos médicos, se diseña un módulo de inteligencia de negocio, logrando actualizar los registros de inventarios de la red de servicios todos los días a media noche. SIGES (SISTEMA DE GESTIÓN DE SUMINISTROS), SIFA (SISTEMA DE FARMACIA) Y SICS (CONTABILIDAD).

- Se migra de un sistema SIGES cliente servidor a un SIGES/WEB, que permite generar las transacciones de la Cadena de Abastecimiento y firmarlos digitalmente en el mismo sistema.
- Módulo de consignación de ortopedia en el SIGES que nos permite llevar registro y control desde la cirugía hasta tramite de facturación. En esta transformación del SIGES también se desarrolló el módulo de convenio marco, donde se administra actualmente el convenio marco de llantas y muy pronto el de útiles de oficina.
- Implementación de compras electrónicas 2013-2016- COMPRARED. Ahorros registrados por Hacienda y la CCSS de \$41,7 millones. **Para el segundo trimestre de 2018 se proyecta incluir a la CCSS en el plan de implementación del SICOP**, con el apoyo e insistencia del Presidente Ejecutivo en persona. Con las negociaciones se ha pasado de un costo proyectado anual de \$5 millones para el ejercicio 2014 a una nueva oferta 2018 de \$1,3 millones anuales. Se registran más de 4000 potenciales usuarios para el uso del sistema.

- Impulsar con prioridad la creación de códigos específicos en el Catálogo General de Bienes y Servicios. Del 2011 a la fecha se crearon 22,972 códigos específicos, anteriormente con un solo código se podía comprar varios tipos de insumos, con los códigos específicos le podemos dar trazabilidad a los inventarios de la RED, además se facilita la siguiente etapa para la implementación de SICOP y diseño de interfases para la conexión entre la codificación institucional y la utilizada en el sistema integrado de compras públicas SICOP

#### 9.13.3 Gestión de abastecimiento de bienes y servicios

Este componente tiene como líneas principales la implementación de un sistema de control que permita medir los resultados de la gestión, realizar el proceso de programación, adquisición y ejecución contractual, en el sistema electrónico definido y fortalecer el proceso de programación de bienes y servicios, de manera que se utilicen las herramientas informáticas disponibles, promoviendo la capacitación y la homologación de los procedimientos.

Logros:

- Participación en la Negociación Conjunta de Precios y Compra de Medicamentos, una iniciativa de salud regional con participación en seis eventos de negociación, los cuales han generado ahorros en el orden de US \$22,54 millones.
- Con la Implementación del modelo de compras consolidadas se obtienen importantes ahorros en economía de escala y procesal en el orden de 1287 millones y 246 millones respectivamente, además de los beneficios: equidad, estandarización, disminución del riesgo en el proceso de contratación, mejor aprovechamiento del talento humano, calidad de los insumos que requieren los pacientes con un enfoque centrado en las personas.
- Ejecución presupuestaria de la unidad ejecutora de las compras públicas de 98.96%.
- Índice de Abastecimiento contemplando los inventarios de la red de establecimientos de salud, en un rango superior al 97%.
- Desde el año 2011 el Catálogo General de Bienes y Servicios ha venido experimentado un crecimiento de más de 22mil códigos de genéricos a específicos para la descripción de los bienes y servicios que adquiere la institución, con el objetivo de darle trazabilidad a los inventarios en la red de servicios de salud, ya que anteriormente se compraba con código genéricos varios productos. Ejemplo Válvulas según características y especificaciones.
- Acreditación del Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos conforme a la norma INTE-ISO-IEC-17025-2005. Lo anterior se observa en las páginas 6 a la10 de este informe.



- Premio de Buenas Prácticas de la AISS CONCURSO PARA LAS AMÉRICAS 2017. CERTIFICADO DE MÉRITO CON MENCIÓN ESPECIAL OTORGADO A: CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL, COSTA RICA; por Calidad en el suministro de medicamentos en la CCSS: programa de evaluación de la conformidad de la calidad para detectar y prevenir medicamentos falsificados y/o no conformes mediante la creación y fortalecimiento del Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamento.

#### 9.13.4 Optimización del modelo de almacenamiento y distribución institucional

Este componente se plantea como meta mejorar la infraestructura de la Cadena de Abastecimiento. Contempla como estrategia prioritaria contar con una infraestructura propia para albergar el Centro Logístico para el almacenamiento y distribución de bienes, así como, implementar estrategias en el proceso de aliste, despacho y distribución, que permitan mejorar la oportunidad y eficiencia en el abastecimiento de los bienes de la red de salud.

Logros:

- Estudio técnico que respalda la selección de la zona del Coyo de Alajuela para la construcción del Centro de Distribución de la CCSS, el cual permitiría la distribución de productos sin tener que pasar por el Área Metropolitana.
- El dimensionamiento del plan funcional tiene un grado de avance de aproximadamente un 60%, se propone incluir las áreas de planificación, formalización de la compra, ejecución contractual para liberar espacios de oficinas centrales, lo que permitiría que más de 100 personas salgan de Oficinas Centrales a las nuevas instalaciones. Su construcción se realizará por medio del fideicomiso del BCR debidamente autorizado por la Junta Directiva de la Caja.
- Como resultado de la revisión de los procedimientos internos en el ALDI (Área de Almacenamiento y Distribución), se obtiene un cumplimiento del 100% del cronograma de entregas, lo que genera mayor certidumbre y confianza a la Red sobre el servicio brindado.

#### 9.13.5 Eficiencia en la gestión de producción industrial

En este componente, las principales líneas fueron planteadas a realizar estudios de costo beneficio de cada uno de los centros productivos adscritos a la Dirección de Producción Industrial, abastecer de manera oportuna y de conformidad a las necesidades y requerimientos de la red de servicios, evaluar y dar seguimiento a los procesos de la inversión en equipos en las unidades de producción con el fin de plantear un plan de acción que permita priorizar y maximizar las inversiones en aras del mejoramiento del servicio que se presta en la red de salud.

#### Logros:

- Seis estudios de costo beneficio en las plantas de producción de la gerencia con el fin de respaldar la inversión de equipo industrial de más de 4000 millones de colones, rescatando los equipos industriales obsoletos con 30 años o más optimizando: tiempos de trabajo, eficiencia en la gestión de los recursos humanos (lo que permite abrir una nueva línea de producción con los mismos funcionarios), control de materias primas, trazabilidad del producto durante la manufactura, mejora tecnológica, buenas prácticas de manufactura, disminución de tiempos de esterilización y salud ocupacional para los trabajadores.
- Inversión de poco más de \$500 mil en equipos tecnológicos para fortalecer los procesos de compras públicas, vehículos para la distribución de insumos y medicamentos, remodelaciones varias e instalación de sistema de alarmas para protección de áreas en bodegas con medicamentos controlados (Drogas).
- Proyectos para remodelar las instalaciones del área de manufactura, tales como: Taller de Ortopedia, Fábrica de Ropa y Óptica, entre otros. El Taller de Ortopedia ya inició el proceso licitatorio, con un costo proyectado de 300 millones de colones, lo que va a generar mejores condiciones para los trabajadores y los pacientes con discapacidad. Además, dos funcionarios del taller de ortopedia cursando beca en El Salvador.

#### 9.13.6 Acreditación del Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos

En el 2017 y en el 2018, se ha mantenido lo que en el año 2016 se consiguió. El Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos, recibe por parte del Ente Costarricense de Acreditación, la acreditación en la Norma ISO/IEC 17025: "Requisitos generales para la competencia de los laboratorios de ensayo y de calibración". Esta acreditación es un reconocimiento formal por parte de un ente evaluador acreditado, que se le otorga a un laboratorio que demuestre el cumplimiento de todos los requisitos establecidos en las normativas establecidas para tal fin.

La acreditación del Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos en esta norma, tiene su impacto en promover la confianza en la operación, competencia e imparcialidad del Laboratorio, demostrar que éste opera de forma competente y que tiene la capacidad de generar resultados válidos y de aceptación internacional, aplicados a la detección activa de medicamentos inconformes, riesgos, falsificaciones y demás fallas de calidad para continuar estableciendo acciones necesarias que contribuyan a garantizar y mejorar la calidad del servicio de suministro de medicamentos que reciben los pacientes de la CCSS.

Además, permitió cumplir con lo establecido en la Ley 8279 “SISTEMA NACIONAL PARA LA CALIDAD” Capítulo VIII Disposiciones transitorias, Transitorio II Sobre el ECA, donde se establece que: “...Los laboratorios oficiales, estatales o privados que brindan servicio al Estado y hayan operado antes de la entrada en vigencia de la presente ley, deberán acreditarse ante el ECA ...”.

Por otra parte, la acreditación obtenida fue clave para que el Jurado de La Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS) concediera el Certificado de Mérito con Mención Especial: Calidad en el suministro de medicamentos en la CCSS: programa de evaluación de la conformidad de la calidad para detectar y prevenir medicamentos falsificados y/o no conformes mediante la creación y fortalecimiento del Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos.

El anterior premio, permite reconocer la buena práctica puesta en funcionamiento por la Caja Costarricense de Seguridad Social y brinda la oportunidad de presentar a un público internacional, al LNCM como brazo técnico trascendental para nuestra institución benemérita, apoyando su gran labor en el campo de la salud pública, la seguridad y la paz social al ser una fortaleza que contribuye a hacer única la seguridad social de Costa Rica.

La acreditación del Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos en la Norma ISO/IEC 17025 se obtiene como resultado del trabajo efectuado desde el año 2014. En el cuadro No. 1 se presenta un resumen de las actividades realizadas para obtener la acreditación.

Tabla 61: Resumen de actividades para la acreditación del Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos de la CCSS

Actividades	Año
Mantenimiento de la Acreditación	2017

Fuente: Gerencia de Logística

Cabe agregar que el programa planteado es único en la Seguridad Social de Costa Rica, ya que se plantea un enfoque de vigilancia siempre activa en toda la cadena de abastecimiento con involucramiento del personal de salud de la institución y con una visión claramente establecida. Cuando hablamos de Gestión de la Calidad, se entiende que éste integra el conjunto de acciones, planificadas y sistemáticas, que son necesarias para proporcionar la confianza adecuada de que un medicamento va a satisfacer los requisitos dados sobre la calidad. El LNCM ha planteado su visión hacia un mayor impacto y reconocimiento no sólo nacional, sino que es necesario un reconocimiento internacional debido a los desafíos que involucra la gestión, compra e importación de grandes volúmenes de medicamentos para la institución.

La mejora continua, basada en valores y en competencia técnica, asesoría e investigación responde a las exigencias del área farmacéutica donde las tecnologías de control y verificación de la calidad internacionales cambian

rápidamente y exigen un personal altamente competente y una infraestructura óptima para brindar un servicio de excelencia.

Para lograr la acreditación fue fundamental la inversión durante el año 2015 de aproximadamente 250 millones de colones, que permitió la actualización de diversos equipos de análisis, así como la mejora en la calidad del agua que usa el Laboratorio para sus análisis y que por el tipo de actividad se convierte en un reactivo.

Al mismo tiempo, cabe destacar las principales actividades de mejora que han sido implementadas en el LNCM con el fin de mantener la acreditación en la norma ISO 17025:2005, así como para el control y mejora de los procesos y actividades internas:

- Implementación de un Cuadro de Mando Integral (CMI) vinculado a los objetivos de calidad del LNCM: La instauración de dicha herramienta ha permitido cuantificar mediante indicadores, la gestión y seguimiento del laboratorio en cuanto al alcance de los objetivos estratégicos relacionados con la calidad del servicio brindado, permitiendo centralizar y por ende integrar, el avance en la consecución de dichos objetivos. Cabe destacar que tales objetivos, así como sus indicadores asociados, fueron diseñados para el cumplimiento tanto de los requerimientos de control interno como de los requisitos establecidos en la norma ISO 17025:2005 lo que ha permitido centralizar y por ende optimizar los recursos empleados.
- Implementación y optimización de herramientas operativas vinculadas al CMI: Con el fin de optimizar las actividades operativas del laboratorio en procura de un servicio oportuno y confiable, se han desarrollado, modificado e implementado una serie de herramientas de trabajo en formato Excel que permiten facilitar y ordenar el control, registro y posterior análisis de la información generada en el laboratorio por las distintas actividades operativas. Dichas herramientas han permitido estandarizar la dinámica de trabajo relacionada con las actividades de control.
- Implementación de una herramienta de control de ejecución de compras de la unidad GIC: Esta iniciativa ha permitido optimizar la elaboración oportuna del plan presupuesto, plan de compras y gestión de las mismas (solicitudes de autorización de compra, estudios de mercado, recomendaciones técnicas, emisión de solicitudes de prórroga de contratos, control y gestión de fechas de entrega de bienes y/o servicios, trámite y gestión de compras imprevisibles, entre otros) por parte de la unidad de Garantía Interna de la Calidad (GIC) que cabe destacar, es una de las unidades del LNCM con mayor participación en los procesos de compra lo que ha permitido optimizar el tiempo operativo de la unidad y por ende, orientar esfuerzos en los

procesos relacionados al Aseguramiento de la Calidad de los procesos internos.

- Implementación de una herramienta de distribución de trabajo tipo matriz “Importante-Urgente / Importante-No urgente” en la unidad operativa de GIC, lo que ha facilitado el orden y priorización en la asignación de tareas del personal de la unidad, de igual manera, permite identificar tareas requeridas a corto y mediano plazo lo que resulta fundamental para el seguimiento oportuno.

Como parte de la mejora continua, se han optimizado procedimientos internos tanto de gestión, como de carácter técnico, entre ellos:

- Revisiones por la jefatura: Se logra sistematizar las revisiones por la dirección de manera expedita y concisa (optimización de tiempo), orientadas en la toma de decisiones oportunas ante eventuales cambios relevantes en el volumen de trabajo del laboratorio, así como en el comportamiento de los indicadores de gestión ligados al CMI.
- Sistema de Gestión Documental: Se han logrado optimizar una serie de actividades operativas entorno a la gestión del sistema documental de calidad del laboratorio, entre ellas, la migración paulatina de documentos físicos a documentos digitales lo que ha reducido notablemente la generación de papel y una mejora considerable en cuanto al control y custodia de los documentos oficiales, de igual manera se han optimizado tiempos de respuesta al simplificar actividades de carácter operativo requeridas para la oficialización y control de documentos.
- Identificación y gestión de Trabajos No Conformes (TNC) y Oportunidades de Mejora: Se optimiza el proceso de identificación y gestión de TNC mediante un enfoque sistemático de esfuerzos y recursos sobre situaciones prioritarias desde el punto de vista de riesgo, empleando para ello la cuantificación de cada situación identificada a través de herramientas de evaluación de riesgo.
- Gestión y cálculo de incertidumbres: Dicho proceso resulta fundamental para la evaluación y gestión de los procesos de medición (análisis) que se llevan a cabo en el LNCM, particularmente en cuanto a las tolerancias de variación de los resultados emitidos.
- Gestión del Control metrológico: Se han desarrollado e implementado una serie de herramientas y políticas en torno a la centralización del control metrológico de equipos en la unidad GIC, lo que ha permitido fortalecer los controles de ejecución y seguimiento.

En cuanto al programa de Sustancias de Referencia, se han implementado mejoras de carácter operativo que han permitido el respaldo de personal en el programa de confirmación metrológico, además se han implementado controles adicionales que



han reducido de manera significativa los tiempos de respuesta por parte de los proveedores en cuanto a la entrega de sustancias de referencia.

Aunado a lo anterior, se han implementado una serie de controles internos adicionales para las distintas actividades clave del LNCM, por ejemplo:

- Implementación de controles de ejecución presupuestaria de la unidad GIC
- Control de ejecución del programa de Confirmación Metrológico
- Optimización en el Control de la calidad del agua purificada empleada en los análisis
- Control de TNC y Acciones Correctivas identificadas en los distintos procesos del laboratorio
- Control de evaluaciones de riesgo tanto para TNC como para la autorización de desviaciones
- Control de Capacitaciones obligatorias y complementarias
- Control de ejecución de auditorías internas
- Control de preevaluaciones de Proveedores del servicio de estudios interlaboratoriales

Por otra parte, resulta importante mencionar que el primero de diciembre del 2017, la Organización Internacional de normalización ISO, publicó la norma ISO/IEC 17025:2017 la cual consiste en la actualización de la norma en la que se encuentra acreditado el LNCM. Dado lo anterior, el Ente Costarricense de Acreditación (ECA) estableció un periodo de transición de tres años (noviembre 2020) para que todos los Organismos de Evaluación de la Conformidad (OEC) incluido el LNCM, demuestren conformidad con la nueva versión de la norma. A raíz de este cambio en la normativa internacional, el LNCM debe establecer un plan de migración que permita adecuar el sistema de gestión de manera que pueda cumplir con lo establecido en esta nueva normativa, lo anterior con el fin de facilitar el proceso de transición y por ende planificar oportunamente los cambios a los que será sometido el mismo. Aunado a lo anterior, el ECA establece una serie de plazos para la ejecución de sus evaluaciones de seguimiento lo que implica a su vez el cumplimiento por parte del LNCM de una serie de requisitos adicionales previo al vencimiento del plazo de tres años, entre ellos:

Haber realizado una auditoría interna y una revisión por la dirección, que cubran todos los requisitos de la Norma ISO/IEC 17025:2017 antes de la evaluación del ECA para la transición.

La primera evaluación con la norma ISO/IEC 17025:2017, debe cubrir todos los requisitos de la norma indicada, aunque sea una evaluación de seguimiento.

A partir del 01 de abril del 2019, todas las evaluaciones del ECA iniciales, seguimientos, ampliaciones y reevaluaciones se deben realizar con la norma ISO/IEC 17025:2017.

Si se presentan no conformidades con los requisitos de la norma ISO/IEC 17025:2017, las mismas deben ser resueltas completamente en el tiempo que ECA tiene establecido en sus procedimientos internos, de acuerdo al tipo de evaluación y cuando aplique no debe sobrepasar el plazo del 01 de noviembre del 2020, para que sea considerado un proceso exitoso de transición.

Después del 01 de diciembre del 2020, las acreditaciones otorgadas, que no hayan demostrado el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO/IEC 17025:2017 serán suspendidos de forma inmediata.

Por las razones expuestas anteriormente, el LNCM buscará mediante la orientación de esfuerzos y recursos no solo mantener la acreditación en la norma, sino también lograr la migración exitosa del sistema de gestión en un plazo transitorio de tres años.

Ahora bien, para mantener la acreditación a través del tiempo, es necesario destinar recursos financieros para modernizar la infraestructura del Laboratorio, lo cual permitirá atender con eficiencia la demanda futura, incrementar la eficacia del sistema de gestión, lograr mejores resultados y cumplir con las normativas técnicas internacionales en Materia de Calidad y Control de Medicamentos exigidas por la OMS, así con las exigencias del Ministerio de Salud para establecimientos farmacéuticos que realizan control sanitario de medicamentos registrados. Es por ello que la Gerencia de Logística ha propuesto como parte del proyecto de construcción del nuevo Centro Logístico, que se incorpore la construcción de una nueva infraestructura para el LNCM, lo cual está siendo valorado por las instancias técnicas correspondientes.

Finalmente, cabe agregar que el LNCM cuenta con dos indicadores de tiempos promedio de respuesta, el primero pretende medir el porcentaje de órdenes de trabajo que son cumplidas en un tiempo menor a 22 días naturales para medicamentos con menos de un mes de inventario en el ALDI, el cual tiene como meta un 90%; mientras que el segundo indicador mide el porcentaje de órdenes de trabajo cumplidas en un tiempo menor a 30 días naturales para medicamentos con más de mes de inventario, el cual tiene como meta el 80%. En ambos indicadores se obtiene un cumplimiento aproximado de 90% de los tiempos de respuesta meta.

#### **9.14 Creación de la Comisión de Grandes Datos**

En seguimiento a la implementación de los Decretos 40200-MP- MEIC-MC Transparencia y Acceso a la Información Pública y 40199-MP Apertura de Datos

Públicos, la Presidencia de la Republica mediante el oficio DVMP-AGZA-500-2017, del 3 de octubre del 2017, como Presidente Ejecutivo solicité la creación de un equipo de datos abiertos, con el fin de seguir los lineamientos de los decretos anteriormente mencionados, es decir, cumplir efectivamente con el derecho humano de acceso a la información pública, de forma proactiva, oportuna, oficiosa, completa, accesible y abierta.

Par lograr lo anterior, se solicita a la Presidencia Ejecutiva la conformación de un equipo multidisciplinario conformado por los siguientes funcionarios:

- Funcionario designado como Oficial de Acceso a la Información
- Funcionario de Tecnologías de Información
- Funcionario de la Contraloría de Servicios
- Funcionario de Comunicación
- Funcionario de Planificación Institucional
- Funcionario de la Gerencia Administrativa Financiera
- Funcionario del despacho del Jerarca

En el caso de la Caja Costarricense del Seguro Social, mediante el PE-14707-2017 se designó el siguiente equipo de trabajo:

Funcionario	Competencia
Ana Patricia Salas Chacón	Oficial de Acceso a la Información
Jorge Peñaranda Guerrero	Tecnologías de Comunicación
Mauricio Chacón Sánchez	Contraloría de Servicios
Ramsés Román Sánchez	Comunicación
Héctor Rubén Arias Mora	Planificación Institucional
Sergio Chacón Marín	Gerencia Administrativa
Luis Rivera Cordero	Gerencia Financiera
José Mario Marín Rivera	Despacho de Jerarca

Actualmente la Dr. Ana Patricia Salas junto con el equipo de trabajo, está planteando proyectos para mejorar la transparencia institucional basadas en la creación de un portal de datos abiertos. Simultáneamente se están realizando reuniones para ver la experiencia de otras instituciones, recientemente se realizaron reuniones con el equipo de la Contraloría General de la República, el cual es una de las instituciones líderes en la materia.

Cabe destacar que la Dr. Salas está realizando un informe de los principales avances que se han tenido a nivel institucional, así como los planes que se realizarán.

Asuntos que requieren seguimiento:

El nombramiento de la persona que por parte de la Presidencia Ejecutiva que continuará desempeñando como parte del equipo institucional de datos abiertos y la subsecuente capacitación en datos abiertos que tendrá dicho funcionario.

#### **9.15 SICERE recibe certificación ISO 9001 en todos sus procesos operativos**

El Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE) de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), obtuvo la certificación internacional INTE/ISO 9001-2008 para todos sus procesos operativos. Con ello se ha logrado mejorar la satisfacción de los patronos, de los trabajadores, de las operadoras de pensiones, de instituciones públicas y otros usuarios relacionados con el SICERE, mediante la mejora continua en los procesos operativos de facturación, de distribución de cuotas y aportes, y el control de la cuenta individual, entre otros.

Disponer de un sistema de gestión de la calidad y la correspondiente certificación Internacional ISO 9001, le ha permitido al SICERE a través del tiempo, modernizar la operación de todos sus procesos mediante esfuerzos de mejora y de simplificación, adoptar las mejores prácticas a nivel internacional y establecer acciones encaminadas a mejorar tanto la eficacia como la eficiencia, en beneficio de los usuarios.

El SICERE disponía de la norma ISO 9001:2008 para sus dos principales procesos desde el 2010, pero ahora se aplicó para todos los procesos que operan actualmente. Están realizando las gestiones necesarias para dar un nuevo paso y adaptar el sistema de gestión de calidad a la norma 9001-2015, la cual integrará la evaluación de riesgos y oportunidades, un estricto control operacional, el control extremo de la provisión de bienes y servicios externos y la evaluación del rendimiento y la eficiencia.

La certificación INTE/ISO 9001-2008 es una distinción internacional que toma en cuenta las actividades de una organización, se concentra en la satisfacción del cliente y en la capacidad de proveer productos y servicios que cumplan con exigencias internas y externas. La norma ISO 9001 es la norma de mayor renombre y la más utilizada alrededor del mundo.

El SICERE es la entidad encargada en la CCSS de facturar mensualmente, las cuotas y aportes de patronos y trabajadores de todo el país, para luego realizar su distribución y traslado al Seguro de Salud e Invalidez, Vejez y Muerte de la institución, al Instituto Mixto de Ayuda Social, al Instituto Nacional de Aprendizaje, al Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, al Banco Popular y a las Operadoras de Pensiones, efectuando en estas últimas, la correspondiente acreditación de aportes en las cuentas individuales de cada trabajador, tanto al Fondo de Capitalización Laboral (FCL) como al Régimen Obligatorio de Pensiones Complementario (ROPC).

### 9.16 CCSS inaugura Oficina Virtual

Con la intención de reducir la necesidad de que los usuarios se desplacen a las ventanillas de la Caja, se han venido impulsando iniciativas que permiten la realización de trámites de forma virtual directamente en su computadora.

Los 84 470 patronos y 490 mil trabajadores que ya utilizan la Oficina Virtual CCSS y los nuevos usuarios, a partir del martes 17 de octubre, navegarán en la Oficina Virtual, en la renovada versión de la plataforma tecnológica de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), a la cual se accede desde el portal [www.ccss.sa.cr](http://www.ccss.sa.cr).

La institución ha venido realizando importantes avances en la implementación de herramientas que agilicen y faciliten los trámites a los usuarios, especialmente aquellos que puedan realizar utilizando los medios electrónicos disponibles en la actualidad, como por ejemplo teléfonos celulares, tabletas y otros dispositivos móviles. La Oficina Virtual CCSS es uno de esos ejemplos.

Con la mejora en la funcionalidad de la Oficina Virtual, a partir del 17 de octubre del 2017, los trabajadores extranjeros, cuyo DIMEX se encuentre registrado en SICERE, trabajadores independientes, asegurados voluntarios y nuevos trabajadores podrán realizar el autorregistro en línea, pues antes de estos cambios, la única forma de hacerlo era presencialmente en alguna sucursal financiera o bien en oficinas centrales en donde, en algún momento, se ha llegado atender a 400 personas en un día, quienes se registran para tener acceso principalmente a la orden patronal digital.

La Oficina Virtual CCSS, se está constituyendo en un punto de encuentro para patronos y trabajadores, e irá creciendo en servicios al usuario, de tal forma que en el corto plazo sería la puerta de entrada para diversos trámites ante la institución, bajo una sola identificación.

Una de las mejoras efectuadas consiste en la simplificación del proceso de registro de las personas que, por primera vez, se afilian a la plataforma, el cual se realizará de manera más simple. Pasos para el autorregistro en línea, los trabajadores asalariados, tanto nacionales como extranjeros, que han sido reportados en las planillas de la institución, trabajadores independientes o asegurados voluntarios, que aún no tienen acceso a la Oficina Virtual CCSS deben ingresar al portal web [www.ccss.sa.cr](http://www.ccss.sa.cr) y hacer clic en el ícono de Oficina Virtual CCSS en la opción “Quiero registrarme”. En el paso uno, se debe indicar el número de la cédula de identidad, en caso de costarricenses o el número de seguro social para personas de otra nacionalidad, según corresponda, así como los datos personales y dirección de domicilio.

En el paso dos, las personas nacionales deben ingresar la información que está al reverso de la cédula de identidad, domicilio electoral y fecha de vencimiento y las personas de otra nacionalidad deben ingresar el DIMEX.



En el paso tres, los trabajadores reportados en planilla deben incluir el número patronal del empleador, ya sea la cédula física o cédula jurídica, según corresponda. Si es trabajador independiente o asegurado voluntario el sistema le solicitará el número de la factura, pudiendo utilizar cualquier factura de los últimos seis meses.

Luego se mostrará la pantalla de verificación de datos, donde se le solicitará corroborar el nombre y apellidos, correo electrónico y número de teléfono celular. Tras dar aceptar a este proceso, el sistema le remitirá un código NIP al número celular indicado, así como un correo electrónico con un link al cual debe acceder para completar el proceso de registro.

En todo el proceso se cuenta con guías de ayuda que le permiten al usuario identificar espacios vacíos o datos ingresados erróneamente. Los usuarios, tanto patronos como trabajadores, que ya cuentan con un registro creado continúan accediendo con la clave ya generada. Funcionalidades mayormente utilizadas, por los trabajadores son la Orden patronal digital: el usuario puede generar la orden patronal digital en línea y se incorpora la nueva opción de envío automático de la OPD, a través de la selección de un check, que permitirá que llegue mensualmente al correo electrónico registrado. Registro en línea: se mejora el servicio de autorregistro. Historia de cotizaciones: le permite al trabajador, consultar información referente a los salarios reportados por los patronos y las cuotas por concepto de seguros de salud y pensiones.

Por los patronos: la Presentación y facturación de planilla: permite registrar los movimientos presentados en planilla en un periodo determinado y posteriormente realizar la facturación de la planilla. Servicio doméstico: esta nueva funcionalidad permite a cualquier persona física registrarse como patrono e incluir la información de los trabajadores domésticos en planilla.

Características de la nueva Oficina Virtual CCSS Además de modificar su nombre, de Oficina Virtual SICERE a Oficina Virtual CCSS, diseño y colores, se resaltan las siguientes características: Adaptable a múltiples dispositivos: La apariencia de la página web se adapta al dispositivo que se esté utilizando, ya sea computador, tableta o teléfono móvil.

Mejora la navegabilidad: se implementa un modelo de navegación web, que reduce considerablemente, la cantidad de ventanas por la cual el usuario debe trasladarse para obtener una salida de información. Ayudas más enfocadas: cada ventana de la aplicación contiene un archivo de ayuda, el cual se enfoca en exponer las características y funciones propias de la ventana en que se está navegando.

Otras ayudas gráficas: en el diseño de las ventanas se incluyen otros elementos visuales para guiar al usuario en el uso adecuado de la aplicación, por ejemplo: Etiquetas emergentes para indicar formatos de campos, o mensajes de sistema más específicos para informar sobre errores como campos obligatorios sin completar.

Accesibilidad: incluye características para ampliar o reducir el tamaño de las fuentes. Además, los componentes de las ventanas pueden ser interpretados por lectores de pantalla.

Los componentes de las ventanas están organizados de manera tal que permiten un recorrido lógico y ordenado de la ventana por medio del teclado, agilizando con ello el registro de información para las personas con algún tipo de limitación visual. Diseño limpio: la organización de los objetos y la disposición de los menús permite al usuario concentrar su atención en la funcionalidad y aprender más fácilmente el uso de esta. Plataforma Tecnológica Moderna: la plataforma de desarrollo permite implementar componentes de diseño de última tendencia. Como parte de estos esfuerzos, la CCSS estará llevando a cabo una campaña informativa en redes sociales y medios de prensa.

#### **9.17 Oficinas Centrales de la CCSS con nuevo horario**

A partir del 07 de agosto de 2017, Oficinas Centrales de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), dispondrá de un nuevo horario para atender a los usuarios en los distintos servicios en la plataforma ubicada en el primer piso, el cual será de 7:00 de la mañana a 4:00 de la tarde, jornada continua.

Este cambio obedece a que la institución ha venido desarrollando diversos servicios que no implican que los usuarios los hagan presenciales en las plataformas, sino por otros canales, que le permiten mayor facilidad en la tramitología y les ha reducido el costo de las transacciones.

Entre esos trámites están: el pago de las cuotas obrero-patronales, trabajadores independientes y asegurados voluntarios a través de recaudadores externos y medios de pagos electrónicos, la autogestión de las planillas mensuales a cargo de los patronos, depósitos de incapacidades vía SINPE, orden patronal digital, estudios de salarios digitales, constancia de patrono al día digital, inscripción patronal vía Web y la aplicación de reglas automáticas para la suspensión de facturaciones improcedentes.

Asimismo, la Gerencia de Pensiones realizó el cambio a partir del 01 de agosto pasado, toda vez que se demostró que los usuarios llegan a tempranas horas a hacer las filas para sus trámites, por lo que abrirán de 7:00 de la mañana a 4:00 de la tarde, jornada continua.

#### **9.18 Fortalecimiento de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias e Impulso del Anteproyecto de Ley ACCESA**

En una revista digital internacional publique, El Valor Social de la Salud

*La salud, que solo pesa cuando falta, no tiene precio. Algunos, la maltratan hasta el extremo, otros la cuidan sin tenerla realmente. A menudo, la solemos extrañar cuando realizamos que ya no está, que la hemos perdido. Su ausencia se convierte entonces en su presencia y es ahí, cuando aceptamos su valor. Para el individuo que padece, sin duda vale mucho, pero; ¿cuánto vale la salud de esa persona para la sociedad?*

*Las civilizaciones han apreciado la salud de sus miembros de distintas formas. Invertir en hospitales militares para recuperar con diligencia los soldados heridos, fue la prioridad durante muchos años. En otros, lo fundamental era cultivar la salud mental de su población adulta mayor, ya que ellos eran los custodios de su cultura. En muchos, la mujer sana era la que contribuía al factor demográfico.*

*En las sociedades occidentales dominantes, el punto de partida de cualquier intento serio de valorar la salud fue ponerle precio a su recuperación. Cuidar, si era posible hasta sanar, dejó de ser un quehacer esencialmente de las instituciones de caridad para convertirse en una actividad pública, colectivamente financiada. El derecho a la salud sustituyó al beneficio por caridad. El valor de recuperarla o de prevenir su pérdida, se igualó entonces, al precio que se debe pagar obligatoriamente por su atención.*

*Según la INAHTA (International Network of Agencies for Health Technology Assessment), una tecnología sanitaria, es cualquier intervención que se aplique con la intención de promover, prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades y para rehabilitar y cuidar a largo plazo. Los Estados, ante la escasez de recursos, se enfrentan al dilema de tener que escoger la mejor tecnología sanitaria posible y financiable. En ese sentido, la pregunta correcta no pasa a ser ¿cuánto costaría recuperar la salud de un individuo? sino; ¿qué debería de sacrificar la sociedad para conseguirlo? o como dirían los economistas, ¿cuál sería el coste de oportunidad?*

*Agencias de evaluación de tecnologías de salud han surgido por doquier con el fin de ayudar a los gobernantes a tomar estas difíciles decisiones. Rápidamente, se posicionaron como modelo a seguir la canadiense o algunas europeas. Sin embargo, no fue hasta que apareció en el Reino Unido el NICE (National Institute for Health and Care Excellence), que existió una agencia de verdadera proyección internacional. A pesar de eso, las críticas tipo ¡NICE and not so nice! (...y no tan agradable) todavía bombardean la institución. El NICE se encuentra en constante evolución.*

*En nuestro entorno, existen agencias con futuro prometedor en Colombia, Brasil y México. Muchas de estas nuevas agencias, quieren evitar algunos errores de sus antecesoras, quienes aplicaron a secas, el análisis coste efectividad/utilidad que compara la novedad con alternativas existentes. Lo ideal sería, incluir como herramientas fundamentales sin abandonar otras: el valor social de la salud entendido como la fijación del precio basado en el valor que la sociedad le otorga a la novedad*

*tecnológica (value-based pricing) y el análisis coste beneficio generalizado, en un marco óptimo de transparencia sectorial pública y privada. Ha llegado el momento, de mejorar los instrumentos de evaluación económica empleados en salud.*

*Como en economía aplicada se suele culpar por el fallo de la máquina a la herramienta que ha sido mal utilizada; en todos estos países se espera que estas costosas agencias den los resultados esperados y que no sean sentenciadas antes de tiempo, por aplicar las herramientas de evaluación económica incorrectas. Costa Rica, podría considerar desarrollar la suya; ya que los individuos que padecen merecen que la sociedad valore de forma justa la recuperación de su salud y la población sana, la prevención de su pérdida.*

En atención al acuerdo institucional de Junta Directiva tomado en la sesión número 8674, suscrito en el artículo 2, del año 2013, en el cual se acordó "(...) instruir a la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías para que, en conjunto con las Gerencias Médica, de Logística, Financiera y Administrativa, presenten ( ...) una propuesta de proyecto dirigido a formular una política y fortalecer las capacidades institucionales en Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS) ( ...)"; considerando el objetivo estratégico 6, del Plan Estratégico Institucional 2016-2018, el cual busca: "Desarrollar y mejorar la infraestructura y el equipamiento, de manera que respondan a las necesidades de salud -actuales y futuras- de la población, a la visión integral de una organización en red, a la evaluación en tecnologías de salud, a la optimización de los recursos y a la sostenibilidad ambiental, energética y financiera"; en diligente acatamiento al documento institucional denominado "CCSS renovada hacia el 2025", en el cual se propone: "Establecer la obligatoriedad institucional de evaluar las nuevas tecnologías en salud."

Se crea la propuesta del "Plan de Fortalecimiento de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias Completas" elaborado de forma conjunta por parte de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, y la Dirección de Farmacoepidemiología, en consideración de la probada necesidad urgente de lograr una eficiente y eficaz Evaluación de Tecnologías Sanitarias, con criterios suficientes para evidenciar la idoneidad de la incorporación de nuevas tecnologías en términos de seguridad, eficacia, eficiencia, equidad y sostenibilidad financiera del sistema, en beneficio de la población usuaria; y como insumo para la toma fundamentada de decisiones en la incorporación de nuevas tecnologías sanitarias, proponiéndose el gestionar la creación de 10 plazas exclusivamente para economistas, o estadísticos, con maestrías (MSc, MPhil), o doctorados académicos (PhD), en economía de la salud, economía del medicamento, farmacoeconomía, y/o evaluación de tecnologías. Esto con el fin de resolver las necesidades institucionales inmediatas, y coordinándolo con la proyección de la Política Institucional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, proyecto actualmente en gestión. Aunado a lo anterior se manejó la posibilidad de la creación de 4 plazas para profesionales en derecho especialistas en propiedad intelectual, dada

la necesidad imperante de crear un grupo leal estratégico capaz de realizar las gestiones de propiedad intelectual, y atender los litigios estratégicos que se formulen a raíz de las patentes medicinales, y/o la utilización de tecnologías sanitarias.

La Junta Directiva en el Artículo 24° de la sesión N°8952, celebrada el 18 de enero de 2018, la Junta Directiva conoció el "Plan de Fortalecimiento de la evaluación de tecnologías sanitarias completas", tomando el siguiente acuerdo firme: "Por tanto, habiéndose presentado el Perfil de la propuesta: Plan de fortalecimiento de la evaluación de las tecnologías sanitarias completas y habiendo deliberado sobre el particular, la Junta Directiva ACUERDA instruir a la Presidencia Ejecutiva y a todas las Gerencias, para que, como complemento a la propuesta en consideración, se presente un proyecto que abarque los distintos elementos y dentro de ellos lo referente a la proyección del costo, recurso humano y el beneficio que se puede obtener". En respuesta de lo anterior se crea una comisión interdisciplinaria compuesta por miembros de las distintas gerencias, liderada por la Gerencia Médica, y la Dirección de Farmacoepimiología, la cual a su vez produce el documento titulado "Justificación del plan de Fortalecimiento de la Evaluación de las Tecnologías

Sanitarias Completas" haciendo referencia expresa a la proyección del costo, recurso humano y el beneficio, y demostrando económica, y financieramente la validez, necesidad y beneficio del fortalecimiento de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

- Posteriormente inician las gestiones por parte Subarea de Planificación de Recursos Humanos para la gestión del plan estructural de creación de plazas, incluyendo los estudios y validaciones de las plazas necesarias.

- En el artículo 16° de la sesión N°8973, celebrada el 28 de junio del año 2018, se aprobó de forma unánime por Junta Directiva la propuesta del Plan de Fortalecimiento de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias, instruyendo la colaboración de la administración activa para la creación de las plazas respectivas, textualmente:

- 1) Aprobar el Plan de Fortalecimiento de la evaluación de tecnologías sanitarias completas.

- 2) Instruir a las partes pertinentes, incluidas las Gerencias Administrativa y Financiera, para que, de conformidad con los procedimientos aprobados por la Junta Directiva para la creación de plazas, continúen con las gestiones tendientes a crear las plazas requeridas para cubrir la necesidad de recursos humanos que permitan fortalecer la capacidad institucional de realizar evaluación de tecnologías sanitarias completas.

- 3) Instruir al Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS), para que lleve a cabo el otorgamiento de



becas pertinentes, a efecto de satisfacer el requerimiento académico de las plazas por crear".

Estado Actual: Actualmente se encuentra en proceso de validación de plazas con la Subarea de Planificación de Recursos Humanos, para la realización de las modificaciones presupuestarias pertinentes, quedando únicamente pendiente la aceptación de la creación de plazas por parte del Consejo Financiero de la CCSS y la creación efectiva de plazas a través del tracto a ser aprobado por Junta Directiva.

### **Anteproyecto de Ley ACCESA**

Por iniciativa conjunta del Ministerio de Salud y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) se ha ejecutado una consultoría para la institucionalización de un ente encargado del registro sanitario y la adopción de nuevas tecnologías en salud a nivel nacional, similar al existente en países como Australia, Reino Unido, Francia o Alemania, entre otros. Este esfuerzo persigue racionalizar la inversión de los recursos disponibles, garantizar la calidad y el acceso a tecnologías sanitarias seguras, eficaces y efectivas y al mismo tiempo, aumentar la competitividad del país al generar las condiciones necesarias para el establecimiento de una Autoridad Reguladora Nacional Grado IV o de reconocimiento internacional, que brindará importantes oportunidades comerciales para el futuro en atracción de inversiones y desarrollo de actividades productivas de alto valor agregado, como lo son el desarrollo de medicamentos, equipo médico y .

La consecución de dichos objetivos será soportada por una novedosa estructura organizacional que provea a dicho ente de agilidad administrativa, independencia técnica y una rendición de cuentas basada en indicadores del desempeño estratégicos para la mejora continua de los servicios provistos, sin que esto implique comprometer más recursos estatales ya que aprovecha, articula y reorganiza servicios existentes en instituciones como la CCSS y el Ministerio de Salud.

Para la obtención de los beneficios nacionales brindados por un ente como el propuesto es que me complace presentar a usted el texto completo del borrador del proyecto de ley para la creación de la Agencia Costarricense para la Calidad y Excelencia en Salud (ACCESA) que será presentado oportunamente a la Asamblea Legislativa, y no quiero dejar pasar esta oportunidad sin agradecer el apoyo, colaboración y valiosa participación para poder llegar a plantear una solución técnicamente robusta, auto sostenible, innovadora y líder en la región.

Racionalizar la inversión de los recursos disponibles y alinearla con las necesidades nacionales en salud, asegurando la calidad y el acceso a tecnologías sanitarias seguras, eficaces y efectivas es primordial para el sistema de salud costarricense, y es el fin que persigue la creación de la Agencia Costarricense para la Calidad y Excelencia en Salud (ACCESA).

La forma de alcanzar esta meta involucra asegurar y coordinar el proceso de regulación evaluación de tecnologías sanitarias para garantizar el máximo valor añadido de los productos, procedimientos y tecnologías utilizadas en todo el sistema de salud de Costa Rica acorde con las prioridades nacionales.

Para que una tecnología sanitaria esté disponible para su comercialización en Costa Rica, se requiere que esté registrada y de todas las tecnologías registradas algunas harán parte prestaciones provistas por los diferentes servicios a nivel nacional, públicos o privados acorde con su propia evaluación de las tecnologías disponibles.

En la actualidad la regulación es parte de las funciones del Ministerio de Salud y la evaluación de tecnologías sanitarias se realiza de forma desagregada, responsiva y no planificada por parte de diferentes instancias proveedoras o financiadoras de servicios de salud, según sus necesidades individuales.

La regulación de productos de interés sanitario y de consumo humano abarca una amplia variedad de aspectos y funciones, desde la elaboración de propuestas de normativa, pasando por la inspección de establecimientos de fabricación, hasta el control de la promoción y la publicidad, todos los cuales deben enlazarse para lograr la eficaz protección de la salud de la población.

Por otra parte, la Evaluación en Tecnologías Sanitarias (ETS) debe ser ejecutado con un enfoque multidisciplinario y sistemático valorando desde las propiedades, los efectos y los impactos de una tecnología sanitaria (métodos diagnósticos y terapéuticos, sistemas de prevención y rehabilitación, vacunas, productos farmacéuticos, dispositivos, equipos y productos y materiales médicos, quirúrgicos y odontológicos, análisis clínicos, monitoreo y procedimientos en salud), y tiene como principal objetivo aportar evidencia de calidad para que sea aplicada a la toma de decisiones en el ámbito de la salud. Igualmente debe contemplar las dimensiones médicas, sociales, éticas y económicas convirtiéndose en una necesidad y una oportunidad para la gobernanza integrada de los sistemas de salud.

La falta de coordinación entre las políticas y necesidades nacionales con la provisión de servicios conlleva a una inversión desordenada, falta de rigor técnico, planificación, supervisión y seguimiento.

El proyecto de ley plasma la propuesta que se centra en que este proceso de regulación vendría a ser ejecutado e implementado por un ente independiente con las funciones de evaluar, registrar y supervisar las tecnologías y productos sanitarios que aseguren acceso, cobertura y calidad de los servicios de salud a nivel nacional. La ACCESA llevaría a cabo esta función teniendo como guía los siguientes parámetros

Independencia administrativa y adscrito al ente rector de la salud en Costa Rica: se ha concebido a la ACCESA como un órgano de desconcentración máxima adscrito al

Ministerio de Salud con personería jurídica plena y capacidad de actuar en lo público y lo privado, cuyas regulaciones de productos de interés sanitario y cuyas evaluaciones de tecnologías sanitarias, basadas en la valoración clínica, ética, legal, organizativa, económica y social y sus eventuales impactos, buscarán maximizar y priorizar los limitados recursos disponibles en el sector salud y maximizar la equidad de los beneficios en salud a la población.

Alto grado de tecnificación apegado a las mejores prácticas: La ACCESA tendrá entre sus funciones la puesta en marcha de procedimientos de registro y control de la comercialización de productos de interés sanitario y de consumo; la coordinación, elaboración y difusión de criterios vinculantes de evaluación de tecnologías sanitarias y de guías de práctica clínica, entre otros; así como la introducción, registro, uso y monitoreo de las tecnologías sanitarias o su exclusión, cuando no cuenten con adecuada evidencia científica de su valor y por consiguiente su uso pueda ser lesivo o inútil para mejorar la salud de las personas. Dicho órgano especializado para poder cumplir con estos fines será de consulta obligada y emitirá criterios vinculantes (no para el Sector Privado o Instituciones Autónomas) y opiniones no vinculantes en los aspectos de seguridad, eficacia comparada y posicionamiento terapéutico de las tecnologías sanitarias en el país. Igualmente, tendrá rango de autoridad sanitaria en los términos de la Ley General de Salud.

Dar cumplimiento a compromisos internacionales: la existencia de este órgano daría pie para lograr la designación como autoridad reguladora de referencia regional nivel IV en los términos de la resolución CD50.R9 de la OPS/OMS “Fortalecimiento de las Autoridades Reguladoras Nacionales de Medicamentos y Productos Biológicos” de setiembre de 2010. Asimismo, la creación de esta Autoridad daría cumplimiento a la resolución WHA67.23 de la OMS y a la resolución CSP28.R9 de la OPS, aprobadas por Costa Rica en setiembre de 2012, que recomiendan por una parte la implementación de políticas de ETS como garantes de la cobertura en salud y por otra, la creación y fortalecimiento de instituciones u organizaciones altamente especializadas en el tema de la evaluación de tecnologías en salud.

Imparcialidad: actuando como tercer perito imparcial en casos de judicialización de la salud, evitan la duplicidad de funciones en el continuum de las decisiones en salud gracias a un proceso sistemático y sirven como herramienta de negociación en la adquisición de tecnologías en salud.

Rendición de cuentas: mediante la publicación de sus labores métodos y resoluciones dando pie a un proceso transparente y técnicamente robusto

Financiamiento sin cargo al presupuesto Nacional: Los ingresos para el funcionamiento de la ACCESA provendrán de las tasas, tarifas, cánones, aranceles o trámites de registros, renovaciones de registros, evaluaciones, reevaluaciones,

convenios, acreditaciones o acceso a información, la venta de servicios de evaluación, investigación o información a personas físicas y jurídicas, organizaciones nacionales o internacionales, públicas o privadas, o cualesquiera otros autorizados en esta ley, siempre que no comprometan la independencia, transparencia y autonomía de la ACCESA.

La ACCESA será un ente que albergará a:

1. La Secretaria Nacional de Productos de Consumo Humano (SENPROC) la cual llevará a cabo las funciones que actualmente se realizan en la Dirección de Registro de Productos para el Consumo Humano del Ministerio de Salud
2. La secretaría Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (SENETS)

Estas dos secretarías funcionan de forma coordinada y dicha relación esta fortalecida por la presencia del Regulador General, quien es el encargado de elevar los asuntos a la Comisión Costarricense de la Calidad órgano máximo de la ACCESA

La creación y puesta en marcha de la ACCESA será una inversión nacional costo-efectiva por cuanto contribuye al:

- a) Fortalecimiento de la legitimidad de las decisiones y robustez de evidencia de valor para la toma de decisiones.
- b) Fortalecimiento de las decisiones sobre cobertura del sistema público de salud.
- c) Aumento de la racionalización del gasto.
- d) Fortalecimiento de la capacidad de compra estratégica.
- e) Apoyo a la sostenibilidad financiera del sistema de salud costarricense.
- f) Racionalidad del sistema de salud en con el gasto y la sostenibilidad a largo plazo.
- g) Mejoramiento de la calidad de las prestaciones y servicios en salud.
- h) Fortalecimiento de las políticas y estándares de selección, aprobación y evaluación de medicamentos y dispositivos médicos.
- i) Elaboración de guías y protocolos clínicos para las nuevas tecnologías sanitarias.
- j) Mayor equidad en la asignación de los recursos públicos de salud en general, y en lo particular, al poder fungir como perito imparcial en los casos de solicitudes de tratamientos y medicamentos ante la Sala Constitucional.
- k) Mayor desarrollo de la industria nacional al contribuir al incremento de su competitividad.
- l) Reconocimiento internacional de los productos de interés sanitario aprobados y registrados.
- m) Mejor combate a los productos falsificados e ilícitos.
- n) Mejor y mayor acceso a información pública en salud y mejor rendición de cuentas.

- o) Mayor y mejor vigilancia del comportamiento de los productos de interés sanitario y de tecnologías sanitarias en el mercado.
- p) Situar a Costa Rica en un lugar privilegiado en las políticas de salud nacionales, de la región e internacionales y compartir mejores prácticas con otros entes, organismos y redes regionales e internacionales para la mejora de la calidad y la sostenibilidad de los sistemas de salud en general.

Otros beneficios incluyen:

- Otorgar un lugar destacado a la ETS en las políticas de Costa Rica a todos los niveles de decisión.
- Crear una base de datos de consulta pública sobre los dictámenes y fundamentos de estos, respecto de las tecnologías evaluadas.
- Rendir cuentas sobre la toma de decisiones en salud sobre la base de un proceso transparente, metodológicamente robusto y participativo.
- Estimular la investigación y desarrollo de la ETS y de la investigación de servicios en salud.
- Generar mecanismos de transferencia y expansión del conocimiento respecto a la ETS, tanto con organizaciones nacionales como extranjeras.
- Realizar la evaluación continua de los dictámenes y de ser necesario generar modificaciones de los mismos teniendo en cuenta los permanentes avances tecnológicos.
- Adaptar la ETS elaborada en otros entornos o países al contexto local o nacional.
- Generar convenios de cooperación internacional.

### **EI ABC de ACCESA**

- Reduce el aparato estatal al reorganizar servicios existentes en varias instituciones en una sola
- Podría llegar a eliminar algunas Juntas Directivas y concentrar sus funciones en solo una
- Contribuye a mejorar la competitividad del país y a la atracción de inversiones en producción de alto valor agregado, al crear una Autoridad Reguladora Grado IV o de Reconocimiento Internacional
- Ente similar al existente en países como Australia, Reino Unido y países de la Unión Europea
- Desarrollado técnicamente durante 2 años, por medio de cooperación internacional del BID, SANIGEST y con la participación de muchas instituciones nacionales, públicas y privadas.
- Resuelve judicialización de la salud al actuar como Tercero Perito Imparcial para el Poder Judicial



- Debe demostrar anualmente la cantidad de contribución real, en materia de ahorro al Sistema de Salud Costarricense
- Incorpora mecanismos que exigen la búsqueda de la eficiencia y una mejora continua en sus operaciones

Para desarrollar la propuesta se efectuó un proceso altamente participativo que buscó financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) quien concede a mediados del 2015 un préstamo de cooperación técnica NO reembolsable y que promovió visitas de expertos internacionales para sensibilizar durante el 2015 a líderes de opinión política como lo son la Asamblea Legislativa, Ministerios e Instituciones Autónomas clave y tanto al Presidente de la República como a ambos Vicepresidentes del período 2014-2018.

Otra de las actividades financiadas por el BID fue un Taller de Trabajo organizado en Costa Rica en noviembre de 2015 sobre institucionalización de la ETS, donde participaron técnicos de las instituciones públicas y privadas, sobresaliendo amplia participación de la Industria Farmacéutica nacional e internacional y por entes Reguladores.

El resultado del Taller produjo el siguiente documento oficial del BID que fue publicado para su amplia consulta: "Copyright © 2016 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObras-Derivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas."

El Anteproyecto de Ley ACCESA fue presentado al Comité Técnico de Salud de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) como parte del proceso de adhesión de Costa Rica a este club de buenas prácticas de gobierno. Con la respuesta oficial de la OCDE bajo la nota DELSA/FC(2017)5, manifestando franca aprobación de la creación de la agencia y que sería tomado muy en cuenta para la aceptación de nuestro país.

El pasado 17 de marzo del 2017, el Comité Técnico de Salud de la OCDE, dio el aval a nuestro país en este campo. Sin embargo, ya desde el 8 de noviembre del 2016, el Comité había considerado que Costa Rica contaba con un sistema de salud sólido y avanzado y habían manifestado verbalmente su aceptación, convirtiéndose así, en el primer gran sector y segundo comité de los 22 participantes para el caso de Costa Rica, en ser aprobado.

En febrero del 2017 como Ministro de Salud había solicitado al ministro de la Presidencia que se enviara formalmente dicho anteproyecto de Ley a la Asamblea

Legislativa, hecho que se concretó mediante oficio LYD 7744/02/17, Proyecto de Ley “Creación de la Agencia Costarricense para la Calidad y Excelencia en Salud (ACCESA)” y fue debidamente recibido en Comisión de Asuntos Económicos como Proyecto de Ley No. 20291.

En sesión No. 8935 artículo No. 3 del 30 de octubre del 2017, la Junta Directiva por acuerdo firme y unánime, aprueban el Proyecto de Ley No. 20.291 creación de ACCESA, siempre y cuando se respete la autonomía de la CCSS y sus criterios no sean vinculantes para la Caja.

Esta Presidencia Ejecutiva procedió a solicitar la promoción de la Institucionalización de la Evaluación de Tecnologías en Salud (ETS) en la CCSS, mediante los oficios P.E. 14513-2017, PE-15349-2017, PE-15003-2017, PE-15002-2017 y el destino de recursos mediante los oficios GIT-55327-2017 y GM-33618-2017 de las Gerencias involucradas. Recordando la existencia de procesos para la selección de medicamentos que da la CCSS (Dirección Farmacoepidemiología y Comité central de Farmacoterapia) para la conformación de la Lista Oficial de Medicamentos (Lista abierta). (JD art. 4º de la sesión 8314, La Gaceta N°. 29), Catalogo institucional de equipamiento, abordaje del tema de Judicialización de los servicios de salud, elaboración de estudios de ETS para la incorporación de nuevos equipos médicos, el acuerdo la JD artículo 2, de la sesión 8674 para la formulación de una Política en ETS, que la CCSS forma parte de la Comisión sobre Tecnología Sanitaria del Ministerio de Salud, que también, forma parte del proyecto DIME (Decisiones Informadas en Medicamentos de alto impacto financiero), que en el documento “Una CCSS renovada hacia el 2025” propone: Establecer la obligatoriedad institucional de evaluar las nuevas tecnologías en salud, antes de ser incorporadas a la prestación de servicios y que el Ministerio de Salud mediante Decreto Ejecutivo No. 40724-S se ha creado la Unidad de Economía de la Salud el 23 de septiembre del 2017, con el apoyo de este Presidente Ejecutivo de la CCSS, publicado en el Alcance No. 273 de La Gaceta, del 14 de noviembre del 2017.

### **Unidad de Economía de la Salud**

Dicha Unidad de Economía de la Salud del Ministerio de Salud, tendrá como principal objetivo el desarrollar el proceso de modulación del gasto y financiamiento del Sistema Nacional de Salud, contribuyendo a su sostenibilidad financiera. Lidera el ejercicio de la Rectoría Técnica en este campo y será responsable de los resultados de la respectiva Función Esencial de Salud Pública (FESP). Con las funciones de:

a) Asesoría técnica a las autoridades superiores del Ministerio de Salud en materia de modulación del gasto y financiamiento de los servicios de salud y del Sistema Nacional de Salud.

- b) Asesoría técnica a otras instancias del Ministerio de Salud, así como a instituciones y entes relacionados con el tema, en materia de modulación del gasto y financiamiento de los servicios de salud y del Sistema Nacional de Salud.
- c) Asesoría a Planificación, para la promulgación de políticas públicas en salud, que tienen impacto presupuestario, así como de políticas para orientar la inversión en salud.
- d) Medición del impacto económico de las acciones en salud, nutrición o deporte.
- e) Identificación de las brechas en cuanto al financiamiento y gasto en la atención de enfermedades y eventos de interés nacional.
- f) Elaboración y medición de los indicadores nacionales sobre gasto y financiamiento en salud, publicar los resultados y dar seguimiento a la implementación de recomendaciones de mejora.
- g) Conducir anualmente la elaboración de las Cuentas Nacionales de Salud y velar por su divulgación y asegurarse que en dicho informe se incluyan cuentas específicas por subsistemas o el abordaje de patologías puntuales, como por ejemplo la Cuentas Megás.
- h) Publicar y transparentar todos sus informes como parte del Observatorio de la Salud del Ministerio de Salud.
- i) Diseñar, ejecutar e implementar metodologías de evaluación sobre gasto y financiamiento de programas, proyectos, inversiones, infraestructura, tecnologías en salud específicos.
- j) Confeccionar de oficio o a solicitud expresa, informes de Análisis Costo Efectividad (ACE), Costo Utilidad (ACU), Costo Beneficio (ACB) o Costo Beneficio Generalizado (ACBg), con sus debidas recomendaciones, según corresponda al caso concreto, de tecnologías de salud novedosas o no, que se apliquen o pretendan introducir o desarrollar en el Sistema Nacional de Salud de Costa Rica.
- k) Desarrollar metodologías que apliquen criterios de Valor Social de la Salud (VSS) a la hora de tomar decisiones sobre inversiones en el Sistema Nacional de Salud, en tecnologías de salud novedosas o existentes.

Además, a esta Dirección le corresponde cumplir con las siguientes funciones:

- a) Apoyar técnicamente la formulación, seguimiento permanente y evaluación del componente de investigación y tecnología en salud de la Política Nacional de Salud.

- b) Dirigir y conducir la formulación, el seguimiento y evaluación del componente de investigación y tecnología en salud del Plan Estratégico Nacional en Salud de forma articulada con las instancias institucionales correspondientes.
- c) Promover el desarrollo de capacidades institucionales para la generación, divulgación y comunicación científica, así como para la utilización y aplicación del conocimiento a las necesidades de salud del país.
- d) Ejercer el liderazgo del Sistema Nacional de Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud, con enfoque de promoción y asegurar la equidad, la calidad y la transparencia en la generación y uso del conocimiento que contribuya a la protección y mejoramiento del estado de la salud de la población.
- e) Elaborar, actualizar, difundir y controlar la aplicación de la normativa de la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud.
- f) Apoyar técnicamente la elaboración, actualización, difusión y control de la normativa referente a la ética, bioética y calidad científica en los procesos de investigación en salud.
- g) Apoyar técnicamente la elaboración, actualización, difusión y control de la normativa para los procesos de evaluación de la tecnología sanitaria y su ciclo de administración en las instituciones del Sistema Nacional de Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud.
- h) Evaluar periódicamente las acciones de Rectoría Técnica sobre el funcionamiento del Sistema Nacional de Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud en relación al financiamiento, capacidades institucionales, producción, uso y aplicación del conocimiento.
- i) Dar seguimiento permanente a la investigación en salud por medio de un sistema de información integrado.
- j) Realizar el análisis permanente de la situación en el tema investigación y tecnología en salud.
- k) Promover estrategias que contribuyan al financiamiento sostenible de proyectos y acciones en investigación que respondan a las prioridades nacionales.
- l) Conducir anualmente la elaboración de las Cuentas Nacionales de Salud y velar por su divulgación.
- m) Conducir el diseño y la implementación de metodologías de evaluación sobre gasto y financiamiento de programas en salud específicos.

## **II Encuentro Iberoamericano sobre Género y Seguridad Social: “La Incidencia de las tareas de cuidados en la equidad de género en los sistemas de protección social” realizado con el liderazgo de la CCSS en Costa Rica en noviembre de 2017**

La Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) tiene previsto realizar en San José, Costa Rica este evento en noviembre 2017 para aproximadamente de 100 a 120 pax. incluyendo invitados internacionales. Tanto el planteamiento metodológico, como el financiamiento de los invitados expertos internacionales estarán a cargo de la OISS.

La fecha propuesta para la realización de este evento que fue comunicada a la OISS (Ana Mohedano) es 14 y 15 de noviembre de 2017 (dos días de evento). La OISS ha enviado la propuesta de agenda, así como la propuesta de declaración final del evento, a las cuales, en caso de contar con observaciones, deberán ser remitidas al contacto infra en el mes de junio.

Como temas pendientes se:

- Se debe definir el financiamiento (de la CCSS o fuera de ésta) para el lugar de celebración del encuentro, así como la alimentación de las pausas para el café.
- Se deberá difundir la convocatoria a otras instituciones/entes costarricenses que podrían tener interés en asistir (INAMU, MTSS, organismos internacionales, etc.).

### **9.19 Institucionalizar el Informe de Cuentas Nacionales de Salud**

La Junta Directiva, aprobó la institucionalización de las Cuentas de Salud que fueron desarrolladas por el CONACUSA o Consejo Nacional de Cuentas Nacionales de Salud creado por Decreto Ejecutivo N°39169-S impulsado por mi cuando era Viceministro de Salud en el año 2014 y firmado como Ministro de Salud del 05 de octubre del 2015. Reunió el esfuerzo de especialistas en Economía de la Salud de las instituciones financieras y económicas, reguladoras y prestadoras de servicios de salud, apoyadas por la academia y la OMS-OPS y la OCDE.

La Junta Directiva de la CCSS en el artículo 8° de la sesión N.º 8981, celebrada el 30 de julio de 2018, aprobó la institucionalización de la cuenta en la Caja, con las siguientes condiciones:

1. Oficializar el Informe de Cuentas Nacionales de Salud.
2. Declarar de Interés Institucional que se efectúe todos los años y se destinen los recursos para tal efecto.



3. Distribuir el informe estratégico que se genere análisis y propuesta de oportunidades de mejora a todas las Gerencias.

Seguimos a la espera de que el Ministerio de Salud finalmente decida cuando va a publicar los resultados.

## 9.20 Nueva Especialidad en Medicina Preventiva y Salud Pública

Reconocí la importancia de esta especialidad con la siguiente publicación en mi columna digital.

*La Salud Pública ha sido una especialidad médica de siempre. El vínculo entre el medio ambiente y la salud de las personas acompaña al ser humano desde los inicios. Civilizaciones antiguas reconocieron la influencia del deporte, la dieta, el manejo del recurso hídrico, la higiene y la prevención, sobre la salud de las personas. En la historia reciente, en el Reino Unido existió la figura del Oficial Médico de Salud desde mediados del siglo XIX, y se diferenciaba de los médicos de atención directa de los pacientes ya que cumplía con frecuencia, una labor como inspector y garante de la salud pública. Inclusive, en 1870, en algunas comunidades británicas, llegó a existir un diploma de postgrado en salud pública que certificaba a estos médicos como especialistas en el campo. Hoy en día en el Reino Unido, existe una residencia de 5 años en Salud Pública exclusiva para médicos.*

*Otro ejemplo, es que en muchos países se desarrollaron programas de postgrados en Salud Pública que incluyen diplomados, maestrías profesionales o académicas, e inclusive doctorados académicos en Salud Pública o en sus 5 especialidades básicas; Epidemiología, Políticas, Planificación, Economía y Administración (gestión) de la Salud.*

*Gracias, a la experiencia documentada en el proyecto de Hospital Sin Paredes del Dr. Juan Guillermo Ortiz Güier entre 1955 y 1972 en la Región de Occidente en Costa Rica, el Informe Lalonde de 1974, la Conferencia de Alama-Ata de 1978, el Programa de Salud para Todos en el año 2000 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y la Conferencia de Ottawa de 1986, se reafirmó la necesidad de gestionar adecuadamente los recursos disponibles fortaleciendo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la participación de la comunidad y la investigación para la mejora continua.*

*En España, por ejemplo, la especialidad exclusiva para médicos en Medicina Preventiva y Salud Pública nace con el programa "Médico Interno Residente (MIR)" en 1978 y mediante la Directriz 93/16/CEE de la Unión Europea, se estandariza que los países miembros debían cumplir con un programa de residencia de al menos 4 años. En Europa, también existe en Austria, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Islandia, Italia, Liechtenstein, Noruega, Reino Unido, Suecia, entre otros.*

*Para el sistema de salud costarricense es fundamental que se cuente con médicos especializados en Medicina Preventiva y Salud Pública para conformar una masa crítica de gestores médicos que afronten con la capacidad técnica necesaria para gestionar el sistema como se describe en “Un nuevo gerente para la Caja” (La Nación, 25/10/17).*

*Como Ministro de Salud propuse en el 2016, la creación oficial de la especialidad en nuestro país. Se logró en enero del 2018, gracias al apoyo de una valiente Junta de Gobierno del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, que cambio un histórico sistema de registro de especialidades reactivo, cada vez que llegaba un nuevo especialista al país, por uno proactivo obediente a criterios de planificación.*

*Programa académico. La residencia aprobada por el órgano colegiado exige el cumplimiento de un programa de 4 años.*

*Inicialmente, debe completar un programa de maestría académica en salud pública, que brindará los principios teóricos de sus determinantes y su administración. Es básico reconocer, la importancia de que estos profesionales desarrollen habilidades en investigación epidemiológica, manejo de grandes datos, sistemas de información y evidencia para la toma de decisiones.*

*Un segundo año, rotando en servicios de rectoría técnica del Ministerio de Salud o alta dirección de oficinas centrales de la CCSS o el INS, para desarrollar habilidades de campo en formulación de políticas, administración, economía, planificación y financiamiento de la salud, reglamentación, normativa y lineamientos reguladores en el campo de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.*

*Luego un año completo, rotando en direcciones medicas de centros de salud u hospitales, desarrollando e implementando estrategias que mejoren la calidad de los servicios de salud, gestión de proyectos por resultados, reducción de listas de espera, optimizando la logística hospitalaria y abordando los problemas con técnicas de análisis de casos, supervisados por una escuela de negocios o ingeniería de prestigio internacional.*

*Finalmente, dos bloques de meses cada uno. Primero, 6 meses rotando en área de salud del Ministerio de Salud, aprendiendo a resolver problemas de salud ocupacional, salud ambiental, gestión integral de residuos, vacunación, movilidad y seguridad vial, nutrición y seguridad alimentaria, entre otros. Y 6 meses, rotando en organismos internacionales para generar destrezas en cooperación internacional, en la formulación e implementación de proyectos supranacionales, manejo de migraciones, captación de fondos o recursos y la documentación, adaptación y replica de experiencias exitosas.*

*En el 2018, la Junta Directiva de la CCSS instruyó a la Gerencia Médica, el desarrollo de un programa permanente de formación de esta especialidad en nuestro país, que debería de promover la renovación de los cuadros gerenciales médicos del Sector Salud, Nutrición y Deporte, en los próximos 25 años.*

*En dicha iniciativa han participado intensamente la Universidad de Costa Rica (UCR), a través de la Escuela de Salud Pública, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) mediante el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS), la Asociación Costarricense de Salud Pública (ACOSAP), la Academia Costarricense Médicos Especialistas en Gerencia de la Salud, Economía de la Salud y Salud Pública, la Asociación Costarricense de Directores Médicos del Sector Salud (ACANAMED), así como diversos representantes sindicales, entre otros actores relevantes.*

Aprobado como acuerdo firme y por unanimidad, por la Junta Directiva de la CCSS, en el artículo 9° de la sesión N.º 8978, celebrada el 19 de julio de 2018, que a la letra se lee así:

“ARTICULO 9°

Por consiguiente, se tiene a la vista el oficio N° PE-2051-2018, fechado 18 de julio del año 2018, que firma el señor Presidente Ejecutivo y que, en lo conducente, literalmente se lee así la Junta Directiva ACUERDA:

ACUERDO PRIMERO: oficializar y aprobar, para efectos de aplicación obligatoria, los siguientes Lineamientos para la Especialidad Médica en Medicina Preventiva y la Salud Pública. Lo anterior, con el fin de definir las competencias básicas que los médicos especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública deberán poseer, necesariamente, para un ejercicio consciente y responsable de su profesión, con miras de la consecución de los fines sociales que justifican la creación de dicha Especialidad:

“LINEAMIENTOS DE LA ESPECIALIDAD MÉDICA EN MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

Para garantizar la calidad de la formación que se imparta en la Especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública, dicha Especialidad se regirá por los siguientes Lineamientos generales:

I. Denominación oficial de la Especialidad

La denominación oficial de la especialidad será Medicina Preventiva y Salud Pública, la cual estará constituida por cinco campos de acción o áreas profesionales específicas, que son la epidemiología, la administración sanitaria, la medicina preventiva, la salud ambiental y laboral, y la promoción de la salud. La duración total

de la Especialidad será de cuatro años; el primer año de maestría académica en Salud Pública tendrá una duración mínima de cuatro ciclos de quince semanas cada uno o su equivalente, con un mínimo de 60 (sesenta) créditos; el resto de la Especialidad tendrá una duración de 3 (tres) años (seis semestres) con una dedicación de tiempo completo, equivalente a 44 (cuarenta y cuatro) horas semanales (más las guardias médicas), durante los seis semestres, con un total de 72 (setenta y dos) créditos a razón de 12 (doce) créditos por semestre, y tendrá, necesariamente, como requisito previo el grado de Licenciatura en Medicina.

## II. Definición de la Especialidad y campo de acción

La Medicina Preventiva y la Salud Pública han sido definidas por la Asociación Internacional de Epidemiología, en 1988, como el: "Campo especializado de la práctica médica, compuesto por diferentes disciplinas, que emplean técnicas dirigidas a promover y mantener la salud y el bienestar, así como impedir la enfermedad, la incapacidad y la muerte prematura"; adicionalmente como: "Una de las iniciativas organizadas por la sociedad para proteger, promover y recuperar la salud de la población. Es una combinación de ciencias, habilidades y creencias, dirigidas al mantenimiento y mejora de la salud de todas las personas, a través de acciones colectivas y sociales".

Como disciplina puede resumirse como aquella que trata la ciencia y el arte de promover la salud y prevenir la enfermedad a través de los esfuerzos organizados de la sociedad. La Medicina Preventiva y Salud Pública como especialidad médica: "Es la ciencia y la práctica del fomento, elaboración y aplicación de políticas de promoción y protección de la salud y de prevención de la enfermedad tanto para reducir la probabilidad de su aparición como para impedir o controlar su progresión, así como de la vigilancia de la salud de la población, de la identificación de sus necesidades sanitarias y de la planificación y evaluación de los servicios de salud".

Los especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública deben liderar el esfuerzo organizado de la sociedad, el sistema de salud y las instituciones asistenciales, para fomentar y mejorar la salud, así como promover la equidad y eficiencia del sistema sanitario, para lo cual desarrollarán, entre otras, las siguientes funciones:

- Administración y Gestión de Servicios Sanitarios.
- Vigilancia Epidemiológica.
- Estudios y Análisis Epidemiológicos.
- Planificación, Programación y Evaluación.
- Investigación y Academia.
- Información Sanitaria e Información Tecnológica.

La Medicina Preventiva y Salud Pública como especialidad médica desarrolla su práctica en los siguientes campos, sea cual sea su nivel administrativo, su adscripción institucional o sus sectores de dependencia:

- i. Servicios de Rectoría Técnica y Regulación en Salud Pública en los distintos niveles del sistema de salud, estando a su cargo las actividades relacionadas con la elaboración de planes de salud, planificación y evaluación de servicios; la realización de programas asistenciales, preventivos, de promoción de la salud, de salud ocupacional, medio ambiental y comunitaria.
- ii. Servicios de epidemiología, vigilancia, información, evaluación, docencia e investigación, a cualquier nivel del sistema, dentro de las instituciones sanitarias o de otras relacionadas con la salud como las del medio ambiente.
- iii. Servicios de administración y gestión sanitarias en los distintos niveles e instituciones del sistema de salud.
- iv. Medicina Preventiva hospitalaria, confeccionar, promover, ejecutar y evaluar todas las actividades epidemiológicas, de programación, prevención y promoción en el hospital. Participar en la formación continuada de los profesionales que desarrollan su función en el hospital, en técnicas de prevención y promoción de la salud. Contribuir en los programas de control de calidad y de adecuación de la actividad sanitaria.
- v. Formación e investigación de la Medicina Preventiva y Salud Pública en aquellas instituciones públicas y privadas con función docente e investigadora.

### III. Perfil profesional del especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública

El programa de estudio de la Especialidad en Medicina Preventiva y Salud Pública debe tener como objetivo general que el especialista sea capaz de analizar los problemas de salud de la población, diseñar, implementar y evaluar acciones para mejorarla desde una perspectiva intersectorial y multiprofesional, teniendo en cuenta el marco normativo nacional e internacional. En definitiva, se trata de un profesional destinado a intervenir en el ámbito de la Salud Pública, entendida como el esfuerzo organizado de la sociedad para proteger, promover y restaurar la salud de las personas, mediante acciones colectivas.

A estos efectos, el programa debe pretender que el contenido funcional que integre el perfil profesional del especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública corresponda con la adquisición, durante el período formativo, de las competencias básicas que a continuación se señalan, sobre las que existe un alto grado de consenso entre las sociedades profesionales más representativas de la Especialidad:



Función 1: Valorar las necesidades de salud de la población para lo que el residente ha de adquirir las siguientes competencias:

1.1 Analizar la situación de salud de la comunidad sabiendo:

- a. Identificar los factores condicionantes de la salud.
- b. Interpretar los procesos de salud y enfermedad en el ámbito de las poblaciones humanas.
- c. Recoger, procesar y almacenar la información (demográfica y sanitaria).
- d. Valorar la calidad de la información.
- e. Producir indicadores e índices sanitarios.
- f. Analizar cualitativa y cuantitativamente los datos.
- g. Analizar la distribución espacial y temporal de la información sanitaria.
- h. Valorar la distribución de los riesgos ambientales, biológicos y culturales.
- i. Valorar las desigualdades en salud.
- j. Redactar y comunicar la información a diversas audiencias.
- k. Efectuar un Análisis de Situación de Salud (ASIS).

1.2 Describir y analizar la asociación de los factores de riesgo y los problemas de salud e impacto de los servicios sabiendo:

- a. Generar hipótesis con base científica.
- b. Diseñar propuestas de investigación apropiadas.
- c. Manejar las técnicas epidemiológicas y estadísticas apropiadas.
- d. Diseñar instrumentos de medidas y de recogida de datos.
- e. Procesar y almacenar la información en bases de datos.
- f. Evaluar la calidad de los datos.
- g. Manejar las técnicas de investigación de servicios e intervenciones.
- h. Aplicar técnicas de evaluación económica.
- i. Sintetizar los resultados de manera apropiada.
- j. Conocer la literatura pertinente e identificar las fuentes de información apropiadas, incluyendo búsquedas bibliográficas.
- k. Respetar los aspectos éticos de la investigación sanitaria.
- l. Poner al paciente como el centro del sistema de atención, pero anteponiendo el bien colectivo sobre el individual.

1.3 Controlar las enfermedades y las situaciones de emergencia sabiendo:

- a. Verificar la existencia de una situación de emergencia sanitaria.
- b. Analizar las causas de una situación de emergencia.
- c. Conocer la eficacia y la seguridad de las medidas de control disponibles.
- d. Conocer los recursos disponibles, su organización y responsabilidades.
- e. Aplicar las medidas y los recursos disponibles.

- f. Generar confianza y credibilidad.
- g. Valorar las potenciales reacciones de la comunidad (percepción del riesgo).
- h. Comunicar a la población y a los profesionales la información relevante en una situación de crisis.

Función 2: Desarrollar las políticas de salud, para lo que el residente ha de adquirir las siguientes competencias:

2.1 Contribuir a definir la ordenación del sistema de salud sabiendo:

- a. Utilizar la información sobre los problemas y las necesidades de salud de la población.
- b. Establecer las prioridades sanitarias de una población definida.
- c. Formular objetivos de salud contrastables y medibles.
- d. Conocer y analizar los diferentes sistemas de salud.
- e. Conocer la legislación sanitaria vigente y los procesos de elaboración de normas.
- f. Conocer los mecanismos de asignación de recursos sanitarios.
- g. Evaluar el impacto sanitario y económico de las políticas de salud, incluidas las intersectoriales.
- h. Conocer los objetivos y las prioridades políticas en materia sanitaria.
- i. Conocer las políticas de salud, costarricense, regionales y de las agencias internacionales.
- j. Institucionalizar técnicas de evaluación económica para la asignación de recursos en salud.
- k. Garantizar la sostenibilidad del sistema de salud a largo plazo.

2.2 Fomentar la defensa de la salud en las políticas intersectoriales sabiendo:

- a. Conocer los objetivos y las prioridades de las políticas públicas relacionadas con la salud.
- b. Conocer la legislación básica medioambiental, laboral, alimentaria, de transporte y educativa, desde el punto de vista de sus relaciones con la salud.
- c. Evaluar el impacto sanitario de las políticas públicas.
- d. Negociar el papel de la salud en la elaboración de las políticas públicas relacionadas con la salud.
- e. Movilizar y generar opinión pública en defensa de la salud.

2.3 Contribuir a diseñar y poner en marcha programas e intervenciones sanitarias sabiendo:

- a. Identificar los problemas, necesidades y desigualdades de salud de la población.
- b. Establecer las prioridades sanitarias de una población definida.
- c. Analizar los beneficios y perjuicios potenciales de las intervenciones sanitarias
- d. Conocer las bases del comportamiento de las personas y grupos.
- e. Diseñar programas de educación sanitaria.
- f. Diseñar programas de vacunación de ámbito poblacional.
- g. Diseñar programas de protección frente a los riesgos ambientales.
- h. Diseñar programas de higiene y seguridad alimentaria.
- i. Diseñar programas de prevención secundaria de alcance poblacional.
- j. Valorar los aspectos éticos de la prevención secundaria.
- k. Diseñar programas asistenciales y sociosanitarios.
- l. Contribuir a la intersectorialidad de los programas.

2.4 Fomentar la participación social y fortalecer el grado de control de los ciudadanos sobre su propia salud sabiendo:

- a. Preparar y proporcionar información escrita y verbal a personas y grupos de diversa procedencia.
- b. Facilitar y reforzar la capacidad de los ciudadanos sobre su propia salud.
- c. Actuar en defensa de la salud de los grupos más vulnerables de la sociedad.
- d. Identificar e implicar a los líderes de la comunidad en la práctica de la salud pública.
- e. Liderar y coordinar equipos humanos de procedencia diversa.
- f. Promover una gestión local basada en el enfoque moderno de “Hospital sin paredes” articulando la atención primaria, la educación y la promoción de la salud y la participación de las comunidades por medio de la sociedad civil organizada.

Función 3: Garantizar la prestación de servicios de salud de calidad para lo que el residente ha de adquirir las siguientes competencias:

3.1 Gestionar servicios y programas de salud sabiendo:

- a. Facilitar la accesibilidad de los grupos vulnerables a los servicios de salud.
- b. Implementar los programas de salud garantizando cumplimiento de objetivos.
- c. Elaborar presupuestos y preparar propuestas de financiación.
- d. Identificar prioridades de salud en situaciones de limitación presupuestaria.

- e. Gestionar equipos multidisciplinarios y resolver situaciones de conflictos.
- f. Gestionar listas de espera.
- g. Gestionar por resultados de calidad.
- h. Aplicar control y supervisión médica.

### 3.2 Evaluar la calidad de servicios y programas de salud sabiendo:

- a. Evaluar la eficacia, la efectividad, la eficiencia, la utilidad, la seguridad, la equidad (geográfica, social, étnica o de género) de las intervenciones sanitarias.
- b. Analizar la satisfacción de la población, los profesionales y los proveedores de los servicios sanitarios.
- c. Utilizar las medidas de estructura, proceso y resultados de calidad más apropiadas en cada caso, incluyendo calidad de vida, satisfacción, aceptación, entre otros.
- d. Acreditar los servicios y actividades sanitarias

### 3.3 Realizar inspecciones sanitarias sabiendo:

- a. La legislación vigente sobre los riesgos para la salud.
- b. Los mecanismos de acción de los principales riesgos para la salud.
- c. La metodología de auditorías e inspección.
- d. Los consejos para mejorar la prestación de servicios.

### 3.4 Elaborar guías, consensos y protocolos sabiendo:

- a. Sintetizar el conocimiento actual disponible sobre el impacto de las intervenciones sanitarias de interés.
- b. Adaptar las guías, consensos y protocolos disponibles a entornos concretos.
- c. Involucrar a los agentes más relevantes (asociaciones profesionales, expertos, representantes profesionales) en la elaboración y aplicación de las guías, consensos y protocolos.
- d. Incorporando técnicas de control del gasto en salud.

## IV. Especificaciones curriculares para los programas académicos de la Especialidad Médica de Medicina Preventiva y Salud Pública

- a. Aprobación de un (1) año a tiempo completo o en dos (2) años a medio tiempo, de un programa de maestría académica o título oficial en Salud Pública (MPhil, MPH), debidamente reconocido en el país del cual se obtuvo la titulación, debiendo ser emitido por una facultad de medicina de una universidad de reconocido prestigio.

b. Aprobación de un (1) año en un programa de estudios de posgrado perteneciente o adscrito a una facultad de medicina conjuntamente con una facultad de ciencias económicas y/o administrativas de universidad o escuela de negocios, todas de reconocido prestigio (residencia en dirección médica) rotando en direcciones centrales (Gerencia Médica o Rectoría Técnica) aplicando técnicas de:

- I. Epidemiología.
- II. Administración de Servicios de Salud.
- III. Economía de la Salud y del Medicamento.
- IV. Políticas de Salud.
- V. Planificación de la Salud.
- VI. y Financiamiento de la Salud.

c. Aprobación de un (1) año en un programa de estudios de posgrado perteneciente o adscrito a una facultad de medicina conjuntamente con una facultad de ciencias económicas y/o administrativas de universidad, escuela de negocios o de ingeniería industrial o de producción, todas de reconocido prestigio (residencia en dirección médica) rotando en direcciones de clínicas y hospitales (atención especializada) aplicando técnicas de:

- I. Gestión Clínica.
- II. Gestión de Proyectos de Salud.
- III. Articulación de Servicios de Salud en Red.
- IV. Control y Supervisión Médica.
- V. Control de Infecciones Nosocomiales.
- VI. Gestión de Listas de Espera.
- VII. Productividad y Mejora Continua de la Producción.
- VIII. Logística Hospitalaria.
- IX. y Gestión por Resultados de Calidad en Salud.

d. Aprobación de seis (6) meses en un programa de estudios de posgrado perteneciente o adscrito a una facultad de medicina de universidad de reconocido prestigio (residencia en medicina preventiva) rotando en direcciones de áreas de salud (atención primaria o rectoría técnica) aplicando técnicas o efectuando inspecciones en:

- I. Salud Ambiental.
- II. Gestión Integral de Residuos.
- III. Regulación de Productos y Registros Sanitarios.
- IV. Salud Ocupacional.
- V. Movilidad y Seguridad Vial.
- VI. Investigación Biomédica.
- VII. Nutrición y Seguridad Alimentaria.
- VIII. Actividad Física o Deportiva.



- IX. Epidemiología y Vacunación.
- X. Farmacovigilancia o Tecnovigilancia.
- XI. Promoción de la Salud.
- XII. y Prevención de la Enfermedad.

e. Aprobación de seis (6) meses en un programa de estudios de posgrado perteneciente o adscrito a una Facultad de Medicina de Universidad de reconocido prestigio (residencia en medicina preventiva) rotando en organismos internacional, centros internacionales de investigación y/o cooperación en salud.

V. Objetivos generales de la formación de especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública, a la vista de sus competencias profesionales

La formación de un especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública es pluridisciplinar e incluye desde las bases fundamentales y aplicadas de Medicina Preventiva, Epidemiología, Demografía, Estadística, Informática, Economía y Sociología hasta la formación en Planificación, Administración y Gestión de Servicios, sus técnicas de estudio y análisis operativo.

Como lógica consecuencia de los campos de acción en que se desarrolla la especialidad se perfilan las siguientes grandes áreas en las que habrá de formarse, necesariamente, durante los cuatro años, el futuro especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública.

- Epidemiología fundamental y aplicada.
- Planificación, administración y gestión de servicios sanitarios.
- Medicina Preventiva.
- Promoción y educación de la salud.
- Salud medioambiental.

Al final de su formación, el especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública debe ser capaz de:

- Utilizar el método epidemiológico para definir y describir las necesidades de salud de la población, identificar los riesgos medioambientales y sociales para la salud, y elucidar las causas y determinantes de la salud y la enfermedad, así como para la investigación sobre las mismas.
- Llevar a cabo la vigilancia de la Salud Pública en las enfermedades, accidentes y medio ambiente para programar y coordinar las actividades correspondientes de prevención, control e investigación.
- Conocer y aplicar los instrumentos y técnicas de la planificación, gestión e investigación operativa para establecer prioridades en la planificación de servicios de salud, participar en el desarrollo de políticas y elaborar planes y programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

- Promover y organizar la puesta en marcha y el funcionamiento de las políticas y programas sanitarios, así como los servicios de salud prestados a la población.
- Evaluar la calidad de los programas y servicios de salud
- Dirigir y gestionar las instituciones y servicios sanitarios en sus diferentes niveles.
- Participar en tareas de formación e investigación en ciencias de la salud.
- Conocer los fundamentos médicos preventivos en promoción de la salud y saber aplicar a nivel de los individuos y de las poblaciones, las principales técnicas individuales y colectivas para la promoción de la salud y la educación sanitaria.
- Utilizar los medios y métodos de comunicación, siendo el especialista médico con conocimientos para transmitir los mensajes sanitarios a la población.

#### VI. La investigación como objetivo específico en la formación de especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública

La investigación en Salud Pública es un elemento básico de todo sistema de salud de calidad. El especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública debe incorporar la investigación a la práctica profesional de la Especialidad, adquiriendo durante su formación conocimientos, habilidades y actitudes relacionadas con la investigación científica ya que, además, una de las actividades básicas del especialista está enmarcada en el apoyo metodológico a la investigación y a la transferencia de conocimientos a otros profesionales, para lo cual el residente debe capacitarse en:

1. La metodología cuantitativa y cualitativa, el manejo de las principales fuentes bibliográficas en investigación a nivel nacional e internacional, y el conocimiento de las principales redes cooperativas de investigación en salud pública en Costa Rica.
2. El desarrollo de la investigación en materias relacionadas con la Medicina Preventiva y la Salud Pública, aprendiendo a planificar, diseñar y poner en marcha proyectos de investigación relacionados con las áreas que son propias del ámbito de la Especialidad.
3. La realización de un proyecto completo de investigación para lo que el residente deberá realizar una tesis académica de investigación que presentará antes de concluir el tercer año de formación, siendo capaz de exponerla y defenderla en sesión pública, ante un tribunal calificado y que debe ser publicada en una revista especializada e indexada de prestigio e impacto global.

#### VII. Observaciones finales

Finalmente, el programa de estudio que se proponga deberá poseer plena capacidad de respuesta para incorporar las nuevas perspectivas que se vayan desarrollando en

salud pública tanto a nivel nacional como internacional, con las previsiones necesarias para introducir las oportunas modificaciones en las revisiones futuras y periódicas que se hagan del programa de estudio. Por lo tanto, la Especialidad Médica en Medicina Preventiva y Salud Pública no deberá ser más que un paso en el proceso formativo de un profesional de salud pública, que deberá seguir desarrollándose a través de mecanismos de formación continua y de la reacreditación periódica de su competencia profesional”.

ACUERDO SEGUNDO: instruir al Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS), para que establezca de forma prioritaria un plan de becas, con el fin de formar a los primeros especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública, en los mejores centros académicos del mundo, garantizando:

- i) su regreso al país.
- ii) la contribución de sus conocimientos técnicos para la atención y administración de los servicios médicos institucionales y
- iii) la continuación de la formación progresiva de los especialistas en Medicina preventiva y Salud pública a nivel nacional.

ACUERDO TERCERO: en virtud de la necesidad institucional de la existencia de dicha especialidad en nuestro país bajo los más altos estándares académicos y profesionales, para formar a los futuros médicos especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública a nivel nacional, necesarios para la adecuada administración de los servicios de salud, y para el correcto funcionamiento del Sistema Nacional de Salud de Costa Rica:

- i) Ordenar a la Administración Activa, particularmente a la Gerencia Administrativa y a la Dirección de Administración y Gestión de Personal, para que se ajusten, modifiquen y/o creen los perfiles de puestos requeridos, los procesos de selección, los manuales de funciones, los procedimientos de contratación y/o cualquier otro proceso o gestión necesario para la incorporación de los especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública en la Caja Costarricense del Seguro Social.
- ii) Instruir al Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS), para desarrollar e implementar, en forma inmediata, con base en los lineamientos aprobados, un programa de formación adecuado en Medicina Preventiva y Salud Pública, con el fin de garantizar la sustitución progresiva y efectiva de todos los gestores médicos de la Institución, entiéndase, médicos de las contralorías de servicios, jefaturas y directores médicos en todos los niveles de la administración médica.

iii) Solicitar a la Gerencia Médica que presente a la Junta Directiva una proyección gradual de creación de plazas, para la formación de especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública."

### **9.21 Participación en los procesos de incorporación a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)**

La Caja Costarricense de Seguro Social, en atención a las directrices emitidas por el Gobierno de la República, ha participado en las reuniones técnicas de los diferentes comités que tendrán la responsabilidad de preparar la documentación que se requiere para cumplir con los requisitos del proceso de adhesión del país a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, OCDE.

Desde finales del año 2015 se inician las coordinaciones con los diferentes Ministerios encargados de los diferentes comités, asistiendo a reuniones de coordinación y a partir de ese momento se empieza a integrar información para responder diferentes instrumentos de investigación en los que, a juicio del Gobierno, en este caso representado por el Ministerio de Comercio Exterior, se requieren aportes de la Caja Costarricense de Seguro Social.

El trabajo de selección de informantes, así como la integración de respuestas ha estado encargado a la Dirección de Planificación Institucional, los aportes institucionales en los diferentes comités son a la fecha los siguientes:

#### Aportes al Comité de Salud (Ministerio de Salud-Caja Costarricense de Seguro Social)

Para atender los requerimientos del Comité de Salud, liderado por el Ministerio de Salud, se designó un equipo de trabajo conformado por diferentes unidades estratégicas entre las cuales destaca la Presidencia Ejecutiva, Gerencia Financiera y la Gerencia Médica.

En el año 2017, se realizaron las siguientes entregas de información:

- En el mes de enero se envían datos sobre número de asegurados directos e indirectos según tipo de aseguramiento(1990-2015), monto aportado al seguro de salud por trabajo asalariado, independiente, voluntario y pensionados según origen de la aportación (1990-2015), monto aportado al seguro de salud para asegurados por el Estado (1990-2015), aporte promedio de los trabajadores según tipo de aseguramiento (1990-2015), requisitos para la afiliación al seguro por el Estado, descripción del sistema de aseguramiento por el Estado (u otro tipo de aseguramiento) para la Estrategia Puente al Desarrollo y sus resultados hasta el momento, normativa, criterios y procedimientos para el aseguramiento independiente.

- Se entrega la posición del país sobre el documento “Recomendación sobre Gobernanza de Datos en Salud”.
- Se envía la información de los cuestionarios de “Health Quality Indicators” y sobre el uso de óptimo de medicamentos en pacientes con hipertensión, diabetes o hiperlipidemias.
- El Ministerio de Salud solicita la participación de expertos institucionales para formar parte de una revisión que tiene como objetivo “Identificar los tipos de político que los países han implementado para mejorar la atención de la demencia, así como comparar y contrastar enfoques utilizados y los resultados logrados en los diferentes países”.
- Se revisa y se envían las observaciones y comentarios del capítulo III “Health care efficiency and sustainability in Costa Rica” del informe final sobre la revisión del Sistema de Salud Costarricense.
- El 21 de setiembre de 2017, se envía con el oficio PE-14505-2017 el cuestionario sobre “La alfabetización en salud es importante: ¿Dónde están los países de la OCDE en la premisa?”, solicitud que se hizo desde el Ministerio de Salud con el oficio DM-5673-2017.
- Se remite la información para la publicación “Heath at a Glance”, solicitada con el oficio DM-6946-2017 con fecha del 09 de octubre de 2017.

El lanzamiento de la Revisión del Sistema de Salud de Costa Rica se realizó los días 22 y 23 de noviembre con varios conversatorios en el Ministerio de Salud, donde se contó con la participación de los diferentes actores del proceso de adhesión del comité de salud y se realizó la exposición del señor Ian Forde, director del Programa de Salud y Calidad de Resultados, de la División de Salud.

#### Aportes al Comité de Asuntos Laborales Sociales y de Empleo (Coordina Ministerio de Trabajo y Seguridad Social)

El Comité de Trabajo y Asuntos Sociales liderado por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social ha venido realizando una serie de petitorias de información relativa a los seguros que administra la Institución y su nexos con temas de empleo, para tal fin desde el mes de abril se han estado contestando una serie de requerimientos por parte de ese Ministerio, que ha incluido cuestionarios y bases de datos sobre programas sociales que fueron solicitados por la OCDE.

El 18 de octubre de 2017 se realizó el Evento de Lanzamiento del Informe del Comité de Empleo, Trabajo y Asuntos Sociales, en el Auditorio del Parque La Libertad.



## 9.22 Presidencia Pro Tempore del Consejo de Instituciones de Seguridad Social de Centroamérica y República Dominicana (CISSCAD)

La Caja Costarricense de Seguro Social recibió en abril de año 2014 la Presidencia Pro Témpore hasta la fecha, para lo cual se dispuso de un equipo de trabajo que se dio a la tarea de identificar oportunidades de mejora para presentar ante el Consejo, y proponer iniciativas que propiciaran el desarrollo conjunto de la subregión, entendiendo las diferencias y similitudes que le caracterizan.

Durante el periodo 2014-2018, se fortaleció la gestión técnica de la Secretaría mediante las siguientes acciones:

- Conformación de un equipo de trabajo con profesionales de alto nivel. Integrado hasta por 20 profesionales y técnicos en áreas como.
- Operatividad del Fondo del CISSCAD: Generó las consultas respectivas que permitieran a la CAJA incorporar el proyecto CISSCAD dentro de sus actividades, amparados a la legalidad institucional y nacional, respaldados en criterios de la Dirección Jurídica de la CAJA (DJ1054) y Contraloría General de la República (DFOE-SOC-366).
- Organización administrativa de la Secretaría Técnica. Al ser designado el Director Ejecutivo del CENDEISSS, como Secretario Técnico, se incluye el tema CISSCAD como un Proyecto a cargo de la Subárea de Cooperación Internacional.
- Mapa de procesos del Consejo. Con apoyo de la Dirección de Sistemas de Administrativos se elaboró el documento que fue avalado en la XXXVIII Asamblea Ordinaria.
- Asambleas Ordinarias. En cumplimiento a la normativa del Consejo, convocó y organizó cinco Asambleas Ordinarias.
- XXXV San José Costa Rica, 07 08 y 09 de abril de 2014.
- XXXVI San José Costa Rica, 18, 19 y 20 de mayo de 2015.
- XXXVII San José Costa Rica, 09, 10 y 11 de mayo de 2016
- XXXVIII San José Costa Rica, 15, 16 y 17 de mayo de 2017.
- XXXIX Antigua Guatemala, 05, 06 y 07 de marzo de 2018.
- Comunicación. Logró establecer por diferentes vías, comunicación con siete de los ocho países miembros del Consejo. Verificó que los formatos de comunicación elaborados estuvieran adecuados al Manual de Marca del CISSCAD.
- Asambleas Ordinarias realizadas por Costa Rica durante la Presidencia Pro Témpore.
- XXXV Asamblea Ordinaria, San José, Costa Rica, 07, 08 y 09 de abril de 2014.
- La XXXV Asamblea Ordinaria del CISSCAD, se llevó cabo con la participación de los países de: Belice, El Salvador, Costa Rica, República Dominicana, Guatemala y Panamá. Asimismo, se contó con la participación del Centro

Interamericano de Seguridad Social (CIESS) y de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

- Dentro de los principales acuerdos, se encuentra la aprobación del plan de trabajo 2014-2016.
- XXXVI Asamblea Ordinaria, San José, Costa Rica, 18, 19 y 20 de mayo de 2015. En esta actividad se contó con la participación de cinco de los ocho países miembros, a saber: Costa Rica, Belice, El Salvador, Honduras y Panamá.
- XXXVII Asamblea Ordinaria, San José, Costa Rica, 9, 10 y 11 de mayo 2016
- En la XXXVII Asamblea del CISSCAD, se contó con la participación de: Belice, El Salvador, Costa Rica, Guatemala, Honduras y República Dominicana (presentación virtual).
- XXXVIII Asamblea Ordinaria, San José, Costa Rica, 15, 16 y 17 mayo 2017. Los días 15, 16 y 17 de mayo del 2017, se llevó a cabo la XXXVIII Asamblea Ordinaria, con la participación de: Belice, Costa Rica, El Salvador, Honduras y Guatemala, así como también, se contó con la participación de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud OPS/OMS.
- Gestión Financiera y presupuestaria.

Para el control de los recursos financieros del Consejo de Instituciones de Centroamérica y República Dominicana, se habilitó una cuenta corriente en dólares y una en colones, con las firmas mancomunadas del presidente y el Secretario Pro Témpore del CISSCAD. De conformidad con los Estados Financieros para el año que terminó el 31 de diciembre del 2017, el Patrimonio del CISSCAD es de US\$294,600.00, de los cuales US\$226,000.00 se mantienen en inversiones a la vista, US\$44,328 en las cuentas bancarias y US\$24,272 en cuentas por cobrar a los países miembros.

A partir de que Costa Rica se le otorga la Presidencia Pro Témpore, asume el compromiso activo de contribuir, en la búsqueda de mecanismos, acciones y estrategias, para avanzar de manera sostenida hacia la universalización y el desarrollo de la seguridad social, derrotero que define la Misión del CISSCAD.

El plan de trabajo integrado contiene las principales acciones a efectuar en conjunto por todos los países miembros durante el periodo 2016-2018, por lo que se propuso trabajar en 7 líneas de acción específicas:

Tabla 62: Líneas de Acción aprobadas para 2016 – 2018

COMPONENTE	LINEAS DE ACCIÓN
1: Seguridad Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>LA 1.1: Revisión y actualización del Plan Estratégico y el marco normativo del CISSCAD, de cara al diseño y elaboración de las "Metas en Seguridad Social para el Decenio 2016-2026"</li> <li>LA 1.2: Diseño y construcción del Portafolio de Mejores Prácticas en Seguridad Social para Centroamérica y República Dominicana.</li> <li>LA 1.3: Realización de un "Encuentro de Gestores de Seguridad Social" para el Análisis sobre Extensión de Cobertura a grupos de Dificil Aseguramiento y otros temas de interés común"</li> <li>LA 1.4: Elaboración del "Convenio Centroamericano para el Aseguramiento y la Prestación de Servicios de Salud a los Habitantes de la Región".</li> <li>LA 1.5: Diseño e implementación del "Premio Bianual a la Innovación en la Mejora de la Gestión e Impacto en la Seguridad Social" en los países de Centroamérica y República Dominicana y del "Fondo Concursable para la Publicación de Ensayos y Artículos relacionados con la Seguridad Social".</li> </ul>
2: Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> <li>LA 2.1: Elaborar e implementar el "Programa de Capacitación para Gestores de Seguridad Social" con el fin de propiciar la especialización y el desarrollo de sus capacidades, utilizando para ello, recursos técnicos ya desarrollados por los países de la región.</li> </ul>
3: Sistemas de Información.	<ul style="list-style-type: none"> <li>LA 3.1: Diseño y desarrollo del "Sistema de Información de la Seguridad Social para Centroamérica y República Dominicana".</li> </ul>

### 9.23 Gestión del riesgo de emergencias y desastres en la CCSS

En cuanto al tema de atención de emergencias y desastres, se procede a enlistar las acciones llevadas a cabo en esta materia:

- Atención de Emergencias Nacionales:
  - Coordinación de la respuesta del Hospital de Upala al desastre del **Huracán Otto** y el despliegue de la unidad EMTE para la continuidad de la prestación de servicios de salud para los 2 EBAIS afectado(destruidos) a 15 días de haber recibido el equipo.

El despliegue se realizó en menos de 12 horas, tiempo de respuesta satisfactorio ante una emergencia de tal magnitud.

- Articulación de la respuesta institucional ante la **Tormenta Tropical NATE**, a través de:
  - Establecimiento del Centro de Enlace Gerencial en la Gerencia Administrativa.
  - Envío de 16 equipos móviles a zonas afectadas.
  - Comando y control de las acciones institucionales para la respuesta.

- Capacitación y formación de equipos de respuesta:

Se han desarrollado esfuerzos en capacitación y formación de equipos de respuesta, por ejemplo:

- Durante la gestión del CAED, se forman 160 comités Locales de emergencia.
  - Durante la gestión del CAED, se fundan 7 Comités Regionales de Emergencias.
  - Para el 2017, se realizan 26 cursos CENDEISSS en coordinación con el CAED
- Adquisición e implementación de la Unidad Médica Móvil:
    - Despliegue en apoyo a la Campaña Piel Sana en la Región Huetar Atlántica.
      - 35 funcionarios de la Región entrenados.
    - Curso de Operación con despliegue en la Región Brunca.
      - 35 funcionarios de la Región entrenados.
    - Proyecto de Fortalecimiento de la Unidad Médica Móvil.
      - Adquisición de equipos recomendados por la OMS durante la Visita de Verificación.
      - Inclusión de fondos en el Portafolio de Inversiones para el año 2018.
  - Se adquiere y funda el **Equipo Médico de Emergencias**:
  - Con una unidad médica móvil la cual se somete a clasificación de la OMS/OPS como tipo 1 de acuerdo con estándares y principios internacionales siendo el primer país en América y el 7mo en el mundo en obtenerla, lo que marca un hito en la Región. Dicha certificación fue entregada a la CCSS en Ginebra Suiza en la asamblea anual de la OMS, por parte de la Organización Mundial de la Salud, quien otorga en el 2017 una certificación en Ginebra Suiza, que recibió Dr. Daniel Quesada Rodríguez y lo acompañe como Ministro de Salud, siendo el primer país en América y el séptimo en el mundo en obtenerla.
  - Actividades de implementación de la Iniciativa Global EMT:
    - Despliegue de Misión Internacional de Verificación de OMS realizado.
      - 35 funcionarios del Area Metropolitana entrenados.

- Organización del I Curso Regional de Apoyo Operacional EMT de OPS.
  - 15 funcionarios nacionales entrenados.
  - 25 participantes internacionales.
- Participaciones internacionales del CAED como instructores de cursos EMT de OPS.
  - México
  - Trinidad y Tobago
  - Estados Unidos
  - Chile
- Participación del CAED como miembro de Misiones Internacionales de Verificación de OMS:
  - Verificación del EMT tipo II en Ecuador.
  - Verificación del EMT tipo I móvil de la ONG “Team Rubicon” en Estados Unidos.
- Organización y participación internacional del CAED y la DAPE como facilitador de la Reunión Regional de EMT:
  - Ecuador.
- Participación del CAED como miembro del equipo de expertos de la OMS para la actualización de las Guías EMT 2018 en Suiza.
- Participación del CAED y DAPE en el Taller Mundial de Mentores EMT 2018 de la OMS en Suiza.
- Transformación del Programa Institucional de Emergencias al Centro de Atención de Emergencias y Desastres, con rango de dirección.
- Creación de un grupo de 100 formadores para la extensión de la cobertura y la oportunidad de formación de brigadistas para la CCSS.
- Durante la gestión del CAED, se forman las brigadas de emergencias como elementos esenciales de prevención y atención de conatos de incendio. A la fecha hay 1700 brigadistas y 80 formadores de brigadistas.



- Participación en el Simulacro de Terremoto de San José, con evacuación completa de las siguientes instalaciones:
  - Oficinas Centrales
  - 4 edificios Administrativos
- Actualización de conocimientos de Índice de Seguridad Hospitalaria (ISH)
  - Participación en Taller Regional en Nicaragua
  - Organización de Taller Nacional en Costa Rica
- Inicio del proyecto de implementación de plataforma virtuales para cursos y simulaciones para extender la cobertura institucional en el desarrollo de capacidades institucionales en la resiliencia ante desastres y emergencias.

Gracias a una inversión cercana a los 800 mil dólares la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) reforzó el equipamiento de la Unidad Médica Móvil (UMM) para emergencias y desastres, en abril del 2018.

Como recordé en un artículo de opinión publicado en un medio digital masivo, Nate y la respuesta de Costa Rica.

*El fenómeno meteorológico Nate que ha golpeado nuestro país recientemente, ha dejado una estela de destrucción significativa y ha sacado una vez más, la mejor respuesta de nuestro país, sus habitantes, el sector privado y las instituciones públicas.*

*La cantidad de lluvia que se precipitó en pocas horas sobre el territorio nacional fue enorme y descrita por los entendidos como aguaceros de carácter monzónico y por los no expertos, como diluviales.*

*La Comisión Nacional de Emergencias lo había advertido a la población y gracias a su llamado oportuno, gran cantidad de personas habían sido evacuadas de zonas de riesgo, anticipándose a deslizamientos y aludes que arrasaron viviendas e infraestructuras públicas.*

*Los recientes Huracanes que han afectado la región caribeña y el fresco recuerdo que nuestra población mantiene del paso del Huracán Otto por nuestro país, contribuyeron a reducir la resistencia de la ciudadanía y casi a eliminar la oposición de algunos, a acatar las indicaciones de evacuación y refugio de las autoridades.*

*A pesar de eso, esta tormenta, ha dejado a su paso por Centroamérica, una gran cantidad de personas fallecidas o desaparecidas y concretamente, enlutan hoy día*

también a nuestra Costa Rica. Estamos en Duelo Nacional, por la pérdida de nuestros compatriotas.

*La respuesta de la sociedad civil costarricense para colaborar con los habitantes de Costa Rica que la están pasando mal, ha sido extraordinaria. Colaboración directa e inmediata de constructoras, compañías de transporte aéreo privado, los sectores comerciales responsables, actuando con las autoridades; han facilitado que las personas más afectadas recibieran las muestras de solidaridad de los que están un poco mejor, facilitando el acceso a las zonas incomunicadas y contribuyendo a rescatar y trasladar afectados a lugares donde se les pueda atender adecuadamente.*

*Es lamentable, constatar que algunos pocos, han aprovechado la desgracia ajena para especular comercialmente con la venta de insumos para hacerle frente a la situación de emergencia, a precios exorbitantes. Otros, se han dedicado a circular mensajes falsos por redes sociales. Sin embargo, estos casos aislados, no podrán ensombrecer los miles de muestras de honesta y desinteresada solidaridad del pueblo costarricense para con sus conciudadanos.*

*La declaración de emergencia nacional y su consecuente asueto no han impedido que muchos funcionarios de instituciones públicas se sumaran a los funcionarios que laboran en instituciones que brindan servicios esenciales y que como es natural, no deben someterse al llamado oficial de asueto. Salud, seguridad, servicios de atención, servicios operativos y de apoyo a la emergencia, son sectores que en nuestro país han dicho presente, una vez más.*

*La Caja Costarricense de Seguros Social, siempre se ha reconocido a sí misma como una institución fundamental para brindar servicios esenciales de primera intervención en la atención de situaciones de emergencia como esta. La Caja es una sola. Desde oficinas centrales hasta el rincón geográfico más remoto de nuestro país, sus funcionarios administrativos o asistenciales, se sumaron a contribuir a atender la emergencia. La Junta Directiva sesiono ordinariamente según correspondía y se declaró en sesión permanente hasta que sea necesario, entendiendo que gran cantidad de compañeros, no pudieron acudir a sus lugares de trabajo, por verse directamente afectados por la emergencia. La solidaridad, es otro principio fundamental de la Seguridad Social.*

*Costa Rica, es un país maravilloso y privilegiado en muchos aspectos que no vamos a mencionar aquí. Hoy, recordamos otro y fundamental: la solidaridad y calidad de su gente.*

## 9.24 CCSS Establece Nuevo Horario Administrativo para Mejorar Atención

Con el compromiso de fortalecer la prestación de los servicios financieros y de ofrecer mayor oportunidad y calidad en la atención, la sucursal de Jicaral en Puntarenas amplió su horario de atención en 30 minutos, de manera que laborarán de lunes a jueves de 7 de la mañana a 3:30 de la tarde y viernes de 7 de la mañana a 2:30 de la tarde.

La medida responde a la necesidad de mejorar el acceso y satisfacer todas las necesidades administrativas y financieras que la población usuaria requiera. La ampliación del horario también forma parte de una serie de acciones de mejora que la sucursal ha venido implementando, entre los que destacan la realización de cambios en la planta física de la unidad con el propósito de mejorar su apariencia y de esta manera, brindar a la población usuaria servicios en instalaciones más cómodas y agradables.

Adicionalmente, se modificó el método de atención en la plataforma, de tal manera que sus funcionarios tengan acceso a la totalidad de los sistemas, entre ellos: incapacidades, pensiones, cobros, inspección, egresos e ingresos. Estos esfuerzos institucionales representan una oportunidad para continuar fortaleciendo la prestación de servicios con calidad, basados en el compromiso social y el buen trato hacia la población usuaria.

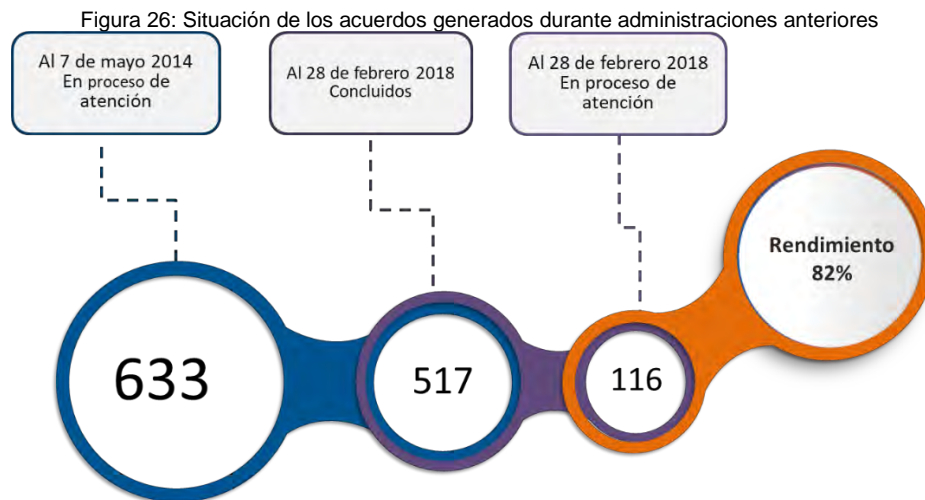
En esta unidad financiera institucional los usuarios pueden efectuar, entre otros, los siguientes trámites: Trámite y Pago de Incapacidades. Ajustes de Planillas. Estudios de Cuotas. Fondos Mutuales. Cuenta Propia (Afilaciones de Trabajador Independiente y Asegurado Voluntario) Suspensiones de Seguro Voluntario Estudio y Aportaciones del Fondo de Capitalización Laboral. Recepción de Solicitudes de Pensión por Invalidez, Vejez y Muerte y Régimen No Contributivo. Actualización de Datos de Pensionados. Emisión de Certificaciones de Pensión. Estudios de Cuotas y Proyecciones. Recepción y Solicitudes de Convenios y Arreglos de Pago. Certificaciones Obrero-Patronales de estar al día con la CCSS. Estados de Cuenta de Asegurados Voluntarios y Trabajadores Independientes.

## 9.25 Atención de Acuerdos de Junta Directiva

### 9.25.1 Acuerdos emitidos en administraciones anteriores

Previo a la presentación de los resultados, se hace necesario aclarar que, al ingreso de la actual Junta Directiva, el 7 de mayo del 2014 se encontraba en curso de atención un total de 633 acuerdos, los cuales fueron emitidos durante administraciones anteriores; sin embargo, por diferentes motivos no se lograron concluir en el plazo estipulado. Resulta oportuno indicar que, a partir de la fecha mencionada y con el esfuerzo de las Gerencias y Dependencias, se logró concluir un 80% del total de estos

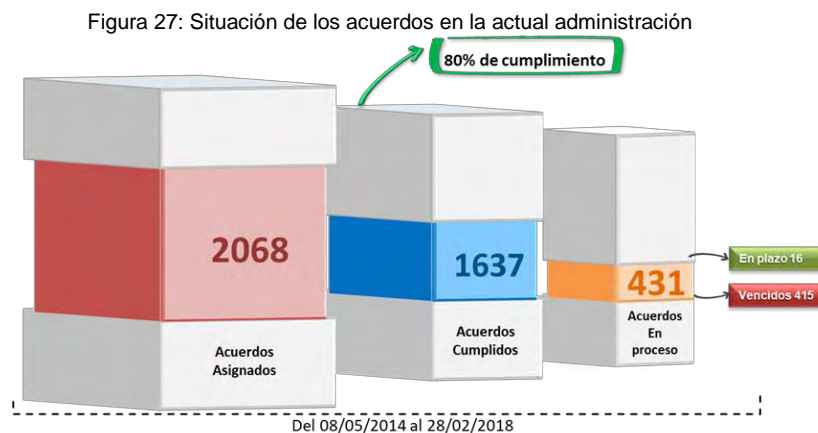
acuerdos (509), quedando pendiente de administraciones pasadas un 20% (124 acuerdos). A continuación, se ilustra lo descrito anteriormente:



Fuente: Dirección de Planificación Institucional

#### 9.25.2 Acuerdos emitidos en el Gobierno Actual

Durante el periodo de la actual administración (8 de mayo de 2014 al 28 de febrero de 2018), la Junta Directiva asignó un total de 2068 nuevos acuerdos, sobre los cuales se ha venido gestando un control y seguimiento permanente, generándose avances importantes en su cumplimiento, según se describe a continuación:

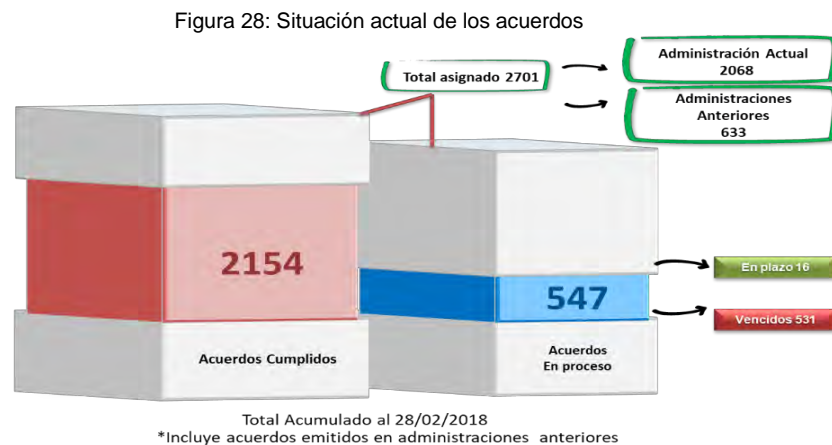


Fuente: Dirección de Planificación Institucional

En relación al cumplimiento de acuerdos, se destaca el 80% de avance, lo que implica la consecución de 1637 instrucciones de Junta Directiva, incidiendo en la disminución de los pendientes acumulados. Con respecto a los acuerdos en curso de atención, es importante resaltar la cantidad de acuerdos vencidos, esta situación genera la necesidad de analizar los plazos que están siendo otorgados para el cumplimiento de los acuerdos, los cuales en algunos de los casos son insuficientes considerando la complejidad de los requerimientos del órgano colegiado, siendo necesario de igual forma reiterar la importancia de las solicitudes de ampliación de plazos por parte de las Gerencias y unidades responsables, a fin de mejorar estos indicadores.

#### 9.25.3 Situación actual de los acuerdos de Junta Directiva (total general)

En el siguiente gráfico se presenta el acumulado general de acuerdos en proceso de atención al mes de febrero de 2018, el cual proporciona un dato total de 547 acuerdos pendientes (*116 administraciones anteriores y 431 asignados administración actual*).



Fuente: Dirección de Planificación Institucional

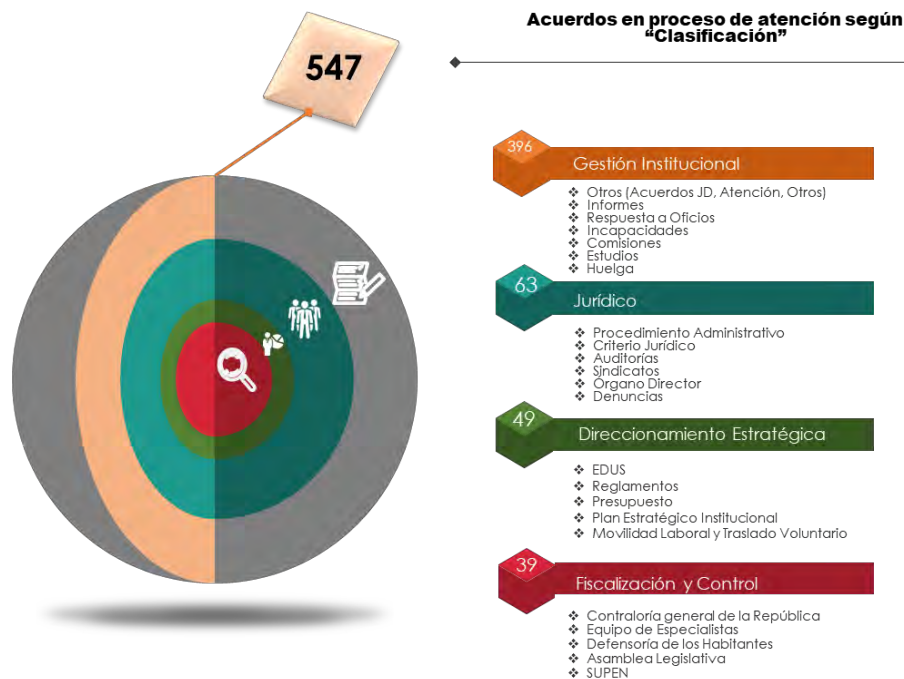
Es conveniente destacar que, debido a la gestión efectuada por las unidades responsables, se logró concluir 2154 acuerdos relacionados con diversas temáticas, (*517 administraciones anteriores y 1637 asignados por la actual administración*) para un rendimiento general del 80% en la presente Administración.

#### 9.25.4 Acuerdos en proceso de atención según variable “Clasificación”.

Otro aspecto a evidenciar son los acuerdos en proceso de atención por la “clasificación”, este dato se extrae de la categoría temática propuesta en el sistema GESC, el cual es asignada al momento de crear un nuevo acuerdo por parte de la Secretaría de Junta Directiva. Se procede a mostrar el detalle:



Figura 29: Acuerdos en proceso de atención según "Clasificación"  
Del 08/05/2014 al 28/02/2018



Fuente: Dirección de Planificación Institucional

Se debe destacar que el sistema GESC propone 123 categorías para clasificar los acuerdos según su temática de fondo, sin embargo, en la actualidad la Secretaría de Junta Directiva, a la hora de registrar los acuerdos solo se utiliza 23 categorías, de los cuatro grupos más destacados como lo son la gestión Institucional, jurídico, direccionamiento estratégico y la fiscalización y control, lo cual resta exactitud al momento de obtener la información sobre temas relevantes que se encuentran pendientes de atender.

## X. Eje Financiamiento y Sostenibilidad del Sistema

---

A continuación, se detallan los principales logros y mejoras que desde el ámbito financiero y la sostenibilidad coadyuvan a la disponibilidad de recursos necesarios ante los retos de una CCSS Centenaria.

### 10.1 Pago de la Deuda del Estado con la Institución y Programa por Resultados para el Fortalecimiento de Seguro Universal de Costa Rica (Proyecto Banco Mundial)

Con base en la resolución N°0909-2014 suscrita en agosto de 2014 por la Presidencia Ejecutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministro de Hacienda, ambas entidades iniciaron un proceso de atención de deudas del Estado con los Seguros de Salud y de Invalidez, Vejez y Muerte, el cual comprendió entre otros, la emisión de lineamientos interinstitucionales para el abordaje de las obligaciones, la realización de análisis técnicos y jurídicos, revisiones metodológicas y el avance hacia la conciliación de cifras y suscripción de convenios de pago.

Como parte de las acciones realizadas en el marco de dicho proceso, destacan la negociación y pago en efectivo, del primer grupo de adeudos denominado “Convenio de pago de adeudos subsidiarios y complementarios entre el Ministerio de Hacienda y la Caja Costarricense de Seguro Social al 31 de Diciembre de 2014” contribuciones subsidiarias y complementarias, por un monto de ₡25.098,69 millones y el “Convenio de pago de adeudos por concepto del aseguramiento del Código de la Niñez y la Adolescencia y Leyes Especiales, entre el Ministerio de Hacienda y la Caja Costarricense de Seguro Social, al 31 de diciembre de 2015” por la suma de ₡228.025,87 millones, siendo éste el convenio de mayor cuantía suscrito en los últimos años.

Tiene como particularidad, el pago en efectivo mediante el uso del mecanismo del financiamiento constituido por los desembolsos del Contrato de Préstamo entre el Estado y el Banco Mundial, el cual posteriormente a su aprobación por parte de la Asamblea Legislativa, fue publicado en el Diario Oficial La Gaceta, Alcance N° 201J del 28 de setiembre de 2016, el cual tiene como base el Programa por Resultados para el Fortalecimiento de Seguro Universal de Costa Rica.

En virtud de lo señalado, la Institución ha percibido el pago semestral de intereses por un total de ₡20,594.86 millones, así como un primer desembolso por un monto de US\$105 millones (equivalentes a ₡59.640 millones) el cual se hizo efectivo en el presupuesto extraordinario correspondiente al año 2017, que ha venido a fortalecer los ingresos institucionales y permitirá el financiamiento de proyectos claves como Hospital de Turrialba, Hospital de Golfito, Hospital de Cartago y fortalecimiento del primer nivel de atención, sucursales financieras y centro de distribución.

Paulatinamente con el logro de indicadores de gestión contenidos en las estrategias institucionales, para el año 2022 se espera recibir el 100% de las obligaciones negociadas bajo dicho convenio.

La Institución ha enfocado los esfuerzos en avanzar en el cumplimiento de los indicadores, para ello se realizaron las siguientes actividades:

- Conclusión etapa de efectividad (Contrato préstamo, Convenio MH-BM, Promulgación de la Ley, Convenio Subsidiario)
- Documentación de fichas de los indicadores y las estrategias de abordaje de los mismos
- Conformación de equipos de trabajo
- Propuesta borrador de contrato de instancia verificadora en coordinación con la OPS.

Asimismo, se tiene el siguiente avance sobre los indicadores de desembolso:

- IDP1: Aumento de cirugía mayor ambulatoria
  - Se ha logrado avanzar a un 42,93% de CMA en los procedimientos seleccionados, los cuales tenían una línea base de 41.6%
- IDP2: Ejecución de un programa masivo de tamizaje de cáncer en los cinco cantones prioritarios
  - Se tiene un 100% de avance del primer hito de cumplimiento, que corresponde a 3673 invitaciones.
- Sobre el IDP3: Mejoramiento de la calidad de la atención brindada a personas diagnosticadas con diabetes
  - Se ha logrado avanzar un 1% respecto a la línea base de 39% de personas contratadas, actualmente se tiene un 40%
- Cumplimiento IDP4: Piloto sobre redes de salud integral aprobado por Junta Directiva
  - Se encuentra pendiente verificación por parte de instancia externa para generar desembolsos por \$30 millones.
- Cumplimiento de IDP5: 80% de unidades de atención primaria con el paquete de salud electrónico con EDUS
  - Se encuentra pendiente verificación por parte de instancia externa para generar desembolsos por \$60 millones.
- IDP6: Evaluación de los resultados de las intervenciones para mejorar el grado de satisfacción de los pacientes
  - Se tiene un 75% de avance en el rediseño de la encuesta
- IDP7: Asignación de los recursos e inversión estratégica

- Se tiene un 35% de avance en la elaboración de plan decenal de inversiones
- Se tiene un 30% de avance en la elaboración de la valuación actuarial
- Se tiene un 20% de avance en el desarrollo del presupuesto prospectivo

## 10.2 Se Oficializa el Equipo Coordinador del Proyecto del Banco Mundial

Como Presidente Ejecutivo y para dar continuidad y garantía de buen término, al Programa por Resultados para el Fortalecimiento del Seguro Universal de Salud en Costa Rica (conocido como Proyecto del Banco Mundial), mediante el oficio P.E. 0417-18 del 20 de febrero del 2018. Para lo que corresponde, en la sesión N°. 8939, la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social acordó:

Este Equipo Coordinador lo conforman las siguientes personas:

EQUIPO COORDINADOR DEL PROGRAMA POR RESULTADOS PARA EL FORTALECIMIENTO DEL SEGURO UNIVERSAL DE SALUD EN COSTA RICA	
Manuel León Alvarado	Director del Programa
Laura Rocío Monge Vargas	Farmacéutica / Farmacoeconomista
Luis Eduardo Camacho Hernández	Ingeniero Industrial
Fabio Solano Morales	Administrador Empresas
Jorge Andrés Ferrero Villa	Abogado
José Pablo Herrera Marchena	Asistente Administrativo
Kimberly Mora Saravia	Secretaria

En el artículo 27°, punto 3) “Instruir al señor Presidente Ejecutivo para que nombre el Equipo Coordinador del citado Proyecto”.

Para cumplir con este mandato, así como con las responsabilidades que se asumen con los diferentes actores participantes del proceso (Banco Mundial, Asamblea Legislativa, Ministerio de Hacienda (Crédito Público), Contraloría General de la República, Entidad Verificadora (OPS), Presidencia Ejecutiva, Gerencias, Unidades responsables de los IDP's y otros), así como el cumplimiento de los IDP's, la gestión de desembolso de los montos de cada indicador y todo lo correspondiente con el proceso de gestión en general del Programa por Resultados, mediante el oficio P.E.0378-18, con fecha 14 de febrero de 2018, este Despacho comunicó el nombramiento oficial del Dr. Manuel León Alvarado, como Director del Programa por

Resultados (quien ha estado coordinando este Programa desde enero del año 2016) y que contará con el acompañamiento de un equipo multidisciplinario para que funja como el “Equipo Coordinador del Programa por Resultados para el Fortalecimiento del Seguro Universal de Salud en Costa Rica”, a partir del 14 de febrero de 2018 y con un nombramiento que se extiende por un periodo de cinco años.

### **10.3 La OPS será el Ente Verificador en el Proyecto Banco Mundial**

Autoridades de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) suscribieron un convenio para que profesionales de ese organismo internacional verifiquen el alcance de los indicadores ligados a los desembolsos del Programa por Resultados para el Fortalecimiento del Seguro Universal de Salud en Costa Rica, que pretende la inyección de recursos financieros dirigidos a fortalecer el modelo de atención, la prestación de servicios de salud, mejoras en la gestión y la sostenibilidad financiera del seguro de salud.

Este acuerdo permitirá a la OPS desempeñarse como un ente verificador externo del cumplimiento de los siete indicadores de desembolso previamente establecidos en el contrato de préstamo que, en el 2016, el Gobierno de la República de Costa Rica y el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF), formalizaron por un monto \$420 millones, con el objetivo de subsanar parte de la deuda que el Estado mantiene con la Institución.

La firma de este convenio reviste una particular trascendencia para la Institución, en virtud del alcance y el prestigio que distingue a este organismo internacional en materia de salud pública; así como la recuperación de un importante porcentaje de la deuda que el Estado mantiene con la CCSS.

Este logro constituye otro paso más, necesario para materializar, con éxito, la ejecución del préstamo histórico del Banco Mundial que busca impactar positivamente en la salud de los costarricenses. Para la autorización de estos desembolsos, el contrato de préstamo establecía la necesidad de adjudicar a un organismo externo e independiente la responsabilidad de confirmar el cumplimiento de los hitos en cada uno de los siete indicadores circunscritos al cumplimiento de las prioridades establecidas en la Agenda Estratégica para el Fortalecimiento del Seguro de Salud (AEFSS), del Plan Estratégico Institucional 2015-2018 de la CCSS.

De esta manera, tras un acuerdo adoptado por la Junta Directiva institucional, se adjudicó a la OPS mediante este convenio, la función de cooperar como entidad en el desarrollo de acciones verificadoras por un plazo cercano a los cuatro años y medio. El inicio de esta gestión de verificación le permitirá a la Institución percibir, en el 2018, un desembolso de \$45 millones más, por el cumplimiento de cinco hitos pertenecientes a distintos indicadores, programados para cumplirse durante este año, los cuales estuvieron relacionados con porcentaje de cirugías mayores de tipo ambulatorio,



tamizaje de cáncer de colon, redes de salud integral e implementación del EDUS en el primer nivel de atención.

Indicadores Ligados al Desembolso Porcentaje de cirugías mayores de la lista de prioridad realizadas en forma ambulatoria, según las directrices institucionales.

- Porcentaje acumulado de población meta invitada en forma personal para hacerse pruebas de detección de cáncer de colon en cinco cantones prioritarios.
- Porcentaje de individuos diagnosticados con Diabetes Tipo 2 en control clínico óptimo.
- Proyecto piloto sobre Redes de Salud Integral aprobado por la Junta Directiva de la CCSS e implementado para una población y territorio seleccionados y evaluado con resultados difundidos al público.
- Porcentaje del número total de unidades de Atención Primaria con el paquete de salud electrónico con Expediente Digital Único en Salud.
- Rediseño, implementación y uso de datos recolectados en la nueva encuesta anual para medir el impacto de las nuevas intervenciones para mejorar la satisfacción de los pacientes.
- Creación y ejecución de un plan integral a mediano y largo plazo para garantizar la sostenibilidad financiera de la CCSS.

La distribución de la totalidad de los desembolsos del préstamo programó un dispendio inicial de \$150 millones, de los cuales, \$105 millones fueron entregados en 2017, por concepto de indicadores de eficacia y los \$45 millones restantes se completarán con la verificación del cumplimiento de los cinco hitos programados para este año.

De la misma manera, la Institución percibirá, paulatinamente, los desembolsos de los \$270 millones pendientes, una vez que la OPS verifique el cumplimiento de los indicadores acordados, según la siguiente programación aproximada: Año 2019: \$80 millones Año 2020: \$20 millones Año 2021: \$90 millones Año 2022: \$80 millones

Para el doctor León estos esfuerzos evidencian el compromiso de la Institución por fortalecer las acciones que contribuyen a elevar cada vez más la prestación de servicios con mayor calidad y oportunidad en beneficio de la población usuaria.

#### 10.4 Aprobación en Junta Directiva de la Nueva Política Ambiental

Sobre la relación existente entre la salud y el medio ambiente, razoné en mi columna digital bajo el título, El clima y nuestra salud ambiental

*El desarrollo del ser humano depende directamente del entorno en que se desenvuelve. La epigenética, por ejemplo, estudia la influencia del medio ambiente sobre el impulso genético a partir la concepción. Desde la implantación de nuestro*

*blastocisto, se determina nuestro futuro. Es uno de los factores que explica, que gemelos genéticamente idénticos, terminen siendo personas completamente distintas. El medio ambiente trata de moldearnos a su antojo y nosotros, nuestras familias, la sociedad y, en fin, nuestra circunstancia, lo permite o no. El clima del lugar donde vivimos es parte fundamental de nuestra salud ambiental.*

*La evidencia científica, apunta a que el clima de nuestro planeta está cambiando aceleradamente. Y se considera que este vertiginoso cambio, estará directamente involucrado con unas 250 mil defunciones adicionales por año entre el 2030 y el 2050 en el mundo, por enfermedades transmitidas por vectores como la malaria o el dengue, diarrea, estrés térmico o desnutrición.*

*El cambio climático influye en los determinantes sociales y medioambientales de la salud. La contaminación, practicas agroindustriales y de producción de consumo, salud ocupacional, empleo y condición socioeconómica, vivienda y planificación urbana, desarrollo del sistema de salud, transporte público o las migraciones, por ejemplo.*

*Es por eso, que debemos tomar medidas, que tienen que incluir políticas públicas, que busquen reducir el impacto de la contribución del ser humano a la aceleración del proceso del cambio del clima. Y en su defecto, prepararnos mejor para afrontar los problemas que se derivan del mismo. El esfuerzo de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (COP-21), va en esa dirección.*

*Debemos monitorizar mejor, como primer paso. Por ejemplo, en nuestro país, desde el 2004 existe un programa permanente de vigilancia de la calidad del aire en la Gran Área Metropolitana con 60 sitios de medición, conjuntamente con la Universidad Nacional, la Municipalidad de San José, el MINAE, el MOPT y muy especialmente, el Ministerio de Salud.*

*En este último ministerio, la nueva Dirección de Salud Ambiental, anteriormente conocida como Dirección de Protección al Ambiente Humano, ha visto crecer su capacidad técnica en los últimos 5 años, y ha mejorado la reglamentación vigente de forma significativa y desarrollado varias decenas de reglamentos novedosos.*

*Actuando con el MINAE; reglamento de co-incineración, con el AyA; una Política de Saneamiento y plantas de tratamiento, con las Municipalidades; un Plan de Gestión Integral de Residuos, con el Consejo de Seguridad Vial del MOPT; control de ruido y emisiones, con el Consejo de Salud Ocupacional del MTSS; normas sobre enfermedad renal crónica o la silicosis, entre otros. A pesar de haber mejorado los parámetros de emisión que monitorea RTV o las emisiones de chimeneas y calderas, queda mucho por hacer.*

*El despacho del Ministerio de Salud, recientemente, dio el ejemplo al adquirir vehículos ecoeficientes, gracias al Programa de Adquisición de Vehículos Eficientes (PAVE). Por otro lado, por primera en nuestro país, contamos con una estrategia de reciclaje con todos sus componentes desde el año 2016, que busca motivar a los gobiernos locales para que fomenten las 4R de la gestión integral de residuos; reducir, reutilizar, reciclar, regular, reflexionar y replantear. Todo esto, con esfuerzos público-privados significativos de la AED y de Aliarse con la Alianza para el Reciclaje.*

*La Caja por su parte, ha reducido la utilización de esfigmomanómetros y termómetros de mercurio. Un metal pesado, altamente contaminante. Pero, nuestros hospitales y flotillas vehiculares están lejos de ser catalogados como amigables con el ambiente, salvo excepciones como la del Hospital Calderón Guardia y la del Hospital de Alajuela y sus paneles solares. Queremos, que esos ejemplos, se vuelvan cotidianos dentro de la Institución.*

*Si dejamos que la modificación del clima continúe, tendremos que lidiar con problemas de salud con mayor frecuencia. Todo indica, que los desastres naturales serán cotidianos, las migraciones constantes, el agua potable más preciada, epidemias más agresivas y con agentes más virulentos y resistentes, desplazamiento de vectores a zonas más pobladas y su consecuente aumento en la tasa de contagio, especies silvestres que invadirán zonas urbanas y producirán más accidentes ofídicos, con mamíferos o reptiles, entre otros. Plagas en los cultivos y más resistentes, mareas rojas perjudiciales, pesca reducida, polen desmedido que aumentará las alergias e hipersensibilidades, etc., etc., en fin, un panorama dantesco.*

*El Banco Mundial y el Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME, Instituto de Mediciones y Evaluaciones de Salud) en el 2016, le pusieron cifras económicas al problema. La contaminación atmosférica se ha transformado en la forma de contaminación más letal y el cuarto factor principal de riesgo de fallecimientos prematuros en todo el mundo. Según un nuevo estudio, estos fallecimientos le costaron a la economía mundial aproximadamente USD 225 mil millones en pérdida de ingresos laborales en 2013.*

*Felicito al Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica por el liderazgo mostrado al dedicar el 79 Congreso Médico Nacional al tema "El Impacto del cambio climático en la Salud de Costa Rica y el mundo" y confío, en que sigamos avanzando en la dirección correcta.*

*Impactar la salud de la población costarricense, hacer un uso más eficiente de los recursos, efectuar compras sostenibles y prevenir y mitigar los problemas ambientales del país, son los objetivos que procura la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), con la aprobación de una nueva Política Ambiental.*

La decisión se adoptó en la sesión de Junta Directiva desarrollada el jueves 26 de julio 2018, con la finalidad de incidir y crear conciencia en colaboradores, pacientes y proveedores sobre la importancia de fortalecer el compromiso ambiental institucional, mediante un abordaje integral y transversal a toda la organización. El contar con la normativa interna que permita impulsar e institucionalizar el tema ambiental es clave para que, en no mucho tiempo, se esté hablando de infraestructura, servicios y prácticas de salud ambientalmente amigables, que a la vez incidan en la salud de los habitantes y se brinden en concordancia con los valores ambientales que Costa Rica promueve local e internacionalmente.

Por la magnitud del espectro institucional de consumo e impacto, disponer de una Política Ambiental Institucional clara y robusta y el compromiso de las más altas autoridades es fundamental para mitigar impactos negativos y potenciar los positivos.

Debemos reconocer que el ambiente es un determinante de la salud básico y si lo seguimos dañando, nosotros mismos enfermaremos con mayor facilidad y frecuencia. La nueva disposición ambiental institucional procura, por primera vez desde el año 2010, integrar las acciones de gestión ambiental considerando tanto la ingeniería, la gestión y la salud ambiental, para mejorar la calidad de vida, usar más eficientemente los recursos, efectuar compras sostenibles y prevenir y mitigar los problemas ambientales.

De acuerdo con los especialistas de la CCSS, la aplicación de esta política y su plan de acción implicará un ahorro, a largo plazo, que puede oscilar entre los \$7 millones y los \$14 millones anuales, toda vez que se debe recordar que el trabajo institucional es 24/7 y sus disposiciones tienen incidencia en todo el territorio nacional. La arquitecta Paquita González, a quien felicito y a su equipo por su trabajo, de la Dirección de Administración de Proyectos Especiales de la CCSS, explicó, que para lograr tal ahorro es necesario efectuar un abordaje integral de todos los aspectos ambientales.

La CCSS es una de las instituciones del país que consume más agua potable, energía eléctrica y combustibles, por ello la política busca modernizar e innovar transversalizando el eje ambiental en todos los procesos institucionales, fortaleciendo las capacidades y articulación interna.

Ya en Portafolio de Inversiones incluye el tema ambiental, es por ello que la CCSS tiene en funcionamiento proyectos que cumplen con disposiciones de protección ambiental tales como las sedes Equipos Básicos de Atención Integral en Salud que funcionan en la Ribera y en Escobal de Belén, las cuales fueron certificadas como edificios sostenibles EDGE por el Banco Mundial. Siendo Ministro de Salud, aprobé toda una batería de reglamentos de la Ley de Gestión Integral de Residuos, sobresaliendo la reglamentación de los Planes Reguladores Municipales y la llamada

e histórica “Estrategia de Reciclaje”, que se aprobó finalmente, **8 años después** de esperar.

Estos edificios cuentan con paneles solares, la iluminación es de bajo consumo, tienen aislamiento térmico, ventilación natural, sensores de ocupación, se aprovecha el agua de lluvia para uso sanitario y lavado de aceras y poseen loza sanitaria de bajo consumo. Todas estas medidas, producen un ahorro que oscila entre el 30 y el 40% en el consumo de agua y energía. Otros pasos en esa dirección fueron la decisión del Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE), de implementar estrategias para reducir el consumo de papel, recientemente la CCSS dispuso eliminar la orden patronal y el carné de seguro lo que generaba un consumo grande de papel y de otros recursos. Al mismo tiempo con la implementación del EDUS y la digitalización de ciertos servicios, también se ha reducido el consumo de algunos insumos como tintas y otros materiales.

La Política Ambiental también busca evitar incumplimientos y potenciales riesgos como interrupción de servicios o cierre, excesiva producción o mal manejo de residuos, prevención y manejo epidemiológico, que inciden en la salud de las personas y los costos de los servicios de atención médica. La aplicación de esta política ambiental será auditada por el Ministerio del Ambiental, y está alineada con los objetivos de desarrollo sostenible de la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

### 10.5 Aprobación de la Directriz que Limita el Plástico de un Solo Uso

Con el propósito de fortalecer las estrategias que contribuyan al mejoramiento de la gestión ambiental en los distintos procesos institucionales en todo el país, la Caja Costarricense de Seguro Social aprobó en julio del 2018, la directriz que instruye la sustitución de plástico de un solo uso.

Esta decisión forma parte del compromiso que la institución adquirió con el objetivo fortalecer su gestión en pro del medio ambiente y que se ampara en la “Estrategia Nacional para sustituir el consumo de plásticos de un solo uso por alternativas renovables y compostables 2017-2021”, que pretende, para el año 2021, convertir a Costa Rica en un país libre de plástico de un solo uso.

De forma provisional y como parte de un proceso de transición, se permitirá la utilización de este plástico, únicamente, si forma parte del inventario actual hasta agotar existencias, o bien, si su contratación fue concursada de forma previa.

Adicionalmente, la institución adoptar las siguientes medidas:

- Incorporación de la variable consumo de plástico de un solo uso dentro de la medición de residuos ordinarios del Programa de Gestión Ambiental Institucional.



- Compilación de la variable y consumo dentro del reporte institucional en sistema de información ambiental.
- Auditorías semestrales internas realizadas por modalidad de muestreo por la unidad ambiental.
- Rendición de un informe semestral de no consumo a MINAE y demás entes competentes.
- Sensibilización de funcionarios, a través de campañas de comunicación internas y de los usuarios con alcance externo.
- Exclusión inmediata de los artículos de plástico de un solo uso en listados de compras.
- Agotamiento de inventario y/o sustitución del producto.
- Vigilancia del cumplimiento por parte de las comisiones de gestión ambiental locales.

#### **10.6 CCSS Elimina las Bolsas Plásticas de sus Farmacias**

Como parte de un proyecto piloto que inició la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) para eliminar el material plástico de un solo uso, se ha planificado la eliminación de las bolsas de plástico que se entregan en las farmacias de la Caja. La iniciativa pretende proteger el ambiente e impactar la huella de carbono. El objetivo institucional de la Gerencia Médica y la Presidencia Ejecutiva, apoyada por la Junta Directiva, es migrar poco a poco de las bolsas de plástico a las bolsas de papel en todos los establecimientos de salud: hospitales, clínicas, áreas de salud, sedes de EBAIS y puestos de visita periódica.

La institución consume, en promedio cada año, cerca de 400 millones de bolsas plásticas para el empaque de sus medicamentos, situación que llamó la atención a nivel institucional de buscar opciones que permitan mitigar en forma sustancial el consumo de las bolsas plásticas de un solo uso.

La migración al uso de las bolsas de papel para el empaque final de los medicamentos que se entregan a los usuarios procura incidir positivamente en la gestión ambiental; adicionalmente, se busca que en muchos de los casos el fabricante pueda entregar los medicamentos en presentaciones de cajas de cartón, lo cual además de impactar en la reducción del uso del plástico para el empaque de los blíster de medicamentos, permitirá evitar que se tenga que destacar recurso humano a realizar manualmente el proceso de empaque.

El proyecto desarrollado en los servicios de farmacia y la gran aceptabilidad de los usuarios, así como de los funcionarios por el uso de las bolsas de papel en el empaque final que se les entrega, es lo que permitirá ir migrando sostenidamente en la red de farmacias institucionales al uso de éstas, como parte de una estrategia innovadora centrada en la protección del medio ambiente.

Dentro de los beneficios que se pueden señalar en relación con el uso de las bolsas de papel se encuentran: Reducción del consumo de las bolsas de plástico de un solo uso, lo cual incide en la protección del medio ambiente y en la huella de carbono. Las bolsas de papel permiten proporcionar mayor privacidad en relación con los medicamentos que el paciente retira, en virtud de que estos ya no quedan visibles como sucede con las bolsas plásticas. Cambiar la imagen del empaque que históricamente se ha entregado a los usuarios y mejorar la percepción del usuario sobre el servicio brindado.

Según el área de Estadísticas de la Salud de la CCSS, durante el 2017, la CCSS despachó cerca de 84,7 millones de recetas lo que refleja una tendencia creciente respecto al año anterior, en esta oportunidad este aumento fue casi 2,4 millones de recetas, es decir un 3% mayor a la producción del 2016.

Del total de recetas despachadas, la mayor parte, un 70,3% se prescribieron en consulta externa, 13,6% en el servicio de urgencias, 5,0% en hospitalización y el restante en otras áreas de atención. Sin embargo, la razón de medicamentos por cada hospitalización es de 11,8 a nivel nacional; es decir, se despacha en promedio 12 medicamentos por cada paciente hospitalizado.

La distribución por región mostró que en los hospitales de la región Pacífico Central es donde se presenta más alta esta razón, superior a 15 medicamentos por egreso, en contraste con la región Central Sur, que presentan una razón cercana a 7,5 medicamentos por egreso. Por otra parte, en la Consulta Externa en promedio se prescriben 5,7 medicamentos por cada consulta y en Urgencias se brindan 2,0 medicamentos por cada atención de urgencia.

### **10.7 Actualización del Programa de Gestión Ambiental Institucional (PGAI) de la CCSS**

Si bien la institución está obligada legalmente por distintas instancias como Ministerio de Ambiente y Energía (MINAE), la Dirección de Gestión de Calidad Ambiental (DIGECA) y el Banco Mundial a atender de forma inmediata, permanente y efectiva el tema ambiental, y la misma cuenta con recurso humano con la capacidad técnica suficiente e idónea para afrontar y mitigar los retos y riesgos ambientales, hasta el 2018 no se contaba con una Política Ambiental integral institucional ni con la asignación oficial de roles y responsabilidades de la conducción ambiental. De la misma manera, institucionalmente la envergadura y urgencia de la responsabilidad ambiental, así como su transversalización a todo nivel de la institución no se tenía visualizada ni en los altos rangos ni en los procesos de reestructuración. La Caja cuenta con 3 entes teóricamente a cargo de la gestión ambiental, a saber:

- Comisión Inter-Gerencial Institucional del Programa de Gestión Ambiental (PGAI): ente con representación intergerencial, conformado para cumplir con decreto de

MINAE para supervisar y vincular con las distintas gerencias el programa de gestión ambiental. En la Caja se compone de funcionarios voluntarios de las distintas gerencias, que dedican 1 mañana semanal al tema como recargo a sus funciones, pero salvo casos puntuales, no poseen el expertise técnico ni la capacidad en tiempo para hacerse cargo de la complejidad y alcance de la gestión ambiental institucional. Su principal rol es y debe ser de liaison con las gerencias, para integrar roles y responsabilidades de cada una dentro del PGAI.

Adicionalmente, poseen representación externa de la Caja del tema ambiental. La Comisión debe ser idealmente liderada por la Presidencia Ejecutiva, al ser ésta la que tiene la última responsabilidad y representación institucional del tema ambiental. En la práctica se venía apoyando en la DAPE para la implementación del PGAI.

- DAPE: Dirección de Administración de Proyectos Especiales, pertenece a la Gerencia de Infraestructura y es el ente técnico a cargo de temas de gestión ambiental, infraestructura, salud ocupacional, y desastres naturales. En esta unidad hay personal especializado en temas como aguas, energía, gestión ambiental, etc. Ha fungido como brazo derecho de la Comisión del PGAI para la implementación de la gestión ambiental.
- SAGA: Subárea de Gestión Ambiental, pertenece a la Gerencia Médica, encargada principalmente de la gestión ambiental enfocada en la salud (infectología, epidemiología, desechos bio-infecciosos y aspectos hospitalarios). Coordina la relación con las comisiones locales.

La DAPE y la SAGA no tenían relacionamiento ni una articulación de funciones, tampoco habían participado en la elaboración de una política integral, sino esfuerzos atomizados y aislados. Las Comisiones locales manejadas por la SAGA no tenían ningún relacionamiento ni articulación con la Comisión Intergerencial afectando severamente la institucionalización, recopilación de datos y transversalización de la gestión ambiental, con potencial impacto a la salud y gestión hospitalaria.

La asesora se integró de lleno a la Comisión del PGAI como representante de la Presidencia Ejecutiva, y en conjunto con ésta elaboraron la nueva Política Ambiental Institucional, con un formato alineado con ODS y con plan de acción e indicadores de desempeño por primera vez desde 2015. Adicionalmente, equipos de la Gerencia Médica promovieron diversos esfuerzos de acercamiento del personal de la SAGA tanto a nivel interno (pues también presentaba fuerte animadversión interna y desintegración del trabajo) como con la DAPE y la Comisión. Dichas acciones afortunadamente culminaron en una integración completa de roles y funciones, para el trabajo conjunto de cara a la implementación de la nueva Política Ambiental.

La Política Ambiental Institucional de la Caja fue presentada y aprobada por unanimidad en el mes de junio primero en el Consejo de Gerencia y Presidencia donde

a solicitud de la Comisión Intergerencial del PGAI se planteó también la necesidad de asignar la conducción oficial de la gestión ambiental institucional a la DAPE, con el apoyo de la SAGA. Seguido de esto, la Comisión Intergerencial del PGAI con el apoyo de la DAPE trabajó y promulgó, con la aprobación y apoyo de Presidencia Ejecutiva la Circular-Directriz de Consumo de Plástico de un solo uso en respuesta al requerimiento de Casa Presidencial, para que la Caja revisara el tema y promoviera mejores prácticas iniciando con servicios de alimentación en hospitales y edificaciones, catering y otros. La directriz contempla el inventario y evaluación de todos los productos comprados por la institución en un lapso de tiempo, tendientes a sustituir donde se pueda, así como a motivar a su personal a adoptar prácticas de consumo y manejo de desechos apropiadas dentro y fuera de la institución.

Posteriormente en el mes de julio 2018 la Política fue presentada y aprobada por unanimidad en sesión #8980 de la Junta Directiva, donde adicionalmente fue objeto de felicitación por parte de los miembros directivos debido a lo integral y completo de su abordaje. Los resultados estimados de ahorro con la implementación de dicha política se estiman en los escenarios conservadores entre un 25-40% del consumo generando ahorros estimados anuales de entre \$7-14 millones de dólares por lo bajo. La política debe comenzar su implementación de inmediato, toda vez que se logre la articulación del trabajo conjunto y la continuación del compromiso y apoyo por parte de Presidencia Ejecutiva.

La Junta Directiva, en el artículo 17° de la sesión N°. 8980, celebrada el 26 de julio de 2018, teniendo a la vista el oficio número CPGAI-0022-2018, firmado por la Comisión del Programa de Gestión Ambiental Institucional (PGAI) de fecha 24 de junio del 2018, con el objetivo de actualizar la Política Ambiental Institucional, se presenta a consideración la propuesta elaborada por la Comisión del Programa de Gestión Ambiental Institucional (Comisión del PGAI) en coordinación con la Dirección de Planificación Institucional.

El presidente Carlos Alvarado Quesada, divulgó tanto en los medios oficiales de Casa Presidencial como en sus propias redes sociales, la aprobación de la Directriz de Consumo de Plástico, así como la Política Ambiental, celebrando el compromiso histórico de la Caja con el tema ambiental e instando a su continuación.

## **10.8 La CCSS y la Política Nacional de Responsabilidad Social**

Dentro de la Política de Sostenibilidad Financiera del Seguro de Salud, Enfermedad y Maternidad (SEM), se revisó e incorporó elementos como tendencias sociales, alineación con ODS y sostenibilidad dentro de la política. Se consideró importante contemplar tendencias demográficas como diversidad, migración, envejecimiento poblacional, menores tasas de natalidad y casamiento, así como tecnológicas como

internet de la cosa y ciber-seguridad, aspectos de digitalización y comunicación, así como tendencias ambientales.

Procuró la organización de una reunión de intercambio de información entre el equipo a cargo de la política con la DAPE y el equipo ambiental, los cuales, para sorpresa no habían tenido ningún acercamiento previo. Adicionalmente promovió reforzar temas de simplificación de la comunicación hacia el usuario final, así como optimización de los flujos de información de cara a la prevención y al mejor y mayor conocimiento y aprovechamiento de los servicios de salud por parte de la ciudadanía. Finalmente recomendó la incorporación de mayor articulación tanto interna como intersectorial y alianzas público-privadas para la atención y sostenibilidad del tema de salud, pues consideró que actualmente ha existido poca o nula vinculación tanto entre áreas y departamentos a lo interno de la entidad, como con otros entes de gobierno e intersectorialmente.

La política de sostenibilidad del seguro de salud (SEM) fue presentada primero a Consejo de Gerencias y Presidencia, y posteriormente aprobada, en sesión de Junta Directiva 8980. El equipo asesor tiene pendiente la incorporación de observaciones.

Capacitación de Alianzas Público-Privadas para el Desarrollo (APPDs) con ALIARSE La asesora organizó una capacitación gratuita para las Gerencias y Direcciones clave de la Caja para conocer los alcances, retos y oportunidades del Decreto de Promoción de las APPs y APPDs en el marco de la Política Nacional de Responsabilidad Social. Para tales efectos, invitó a Aitor Llodio, Director Ejecutivo de ALIARSE, ONG que apoyó al anterior gobierno (administración de Don Luis Guillermo Solís Rivera) en la promulgación de dicho decreto. El interés primordial fue explorar con las gerencias si la figura es útil y viable para la institución y como se podría aprovechar o incursionar en ella en el marco de RSE y actividades colaborativas.

#### **10.9 Aprobación en Junta Directiva de la Política de Sostenibilidad del Seguro de Salud y su esquema de implementación**

En seguimiento a lo dispuesto por la Junta Directiva, en el artículo 19°, punto 1) de la Sesión celebrada el pasado 3 de agosto de 2017, habiéndose hecho la presentación pertinente, por parte del Gerente Financiero, que se ha titulado, “El desafío de la Sostenibilidad Financiera del Seguro de Salud”, se acuerda pedir al Consejo de Presidencia Ejecutiva y Gerencias que prepararen una propuesta no solo de Política o Plan sino para que formulen una propuesta de acciones que contengan acciones y propuestas concretas para el fortalecimiento del Seguro Social.

Dentro del proceso sobresalió el desarrollo del Foro de Sostenibilidad del Seguro de Salud organizado por la Gerencia Financiera con el apoyo de esta Presidencia Ejecutiva en marzo del 2018 y para final de año se espera sociabilizar la propuesta final una vez aprobada por la Junta Directiva de la CCSS.



Desde controlar el aseguramiento “oportunista”, hasta proponer fórmulas mixtas de financiamiento, fue la multitud de opciones que barajó un grupo de connotados expertos, durante la primera sesión de trabajo del foro de sostenibilidad del Seguro de Salud que concluye hoy en el Centro de Desarrollo Social (CEDESO), en barrio Vasconia. De acuerdo con los especialistas, la búsqueda de la sostenibilidad del Seguro de Salud que administra la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), requiere soluciones multidimensionales que no solo tienen que ver con una medida, sino con una conjunción de esfuerzos relacionados con la búsqueda de otras fuentes de ingresos, la eficiencia, el mejor desempeño, la coordinación con otros actores y hasta la creación de una política de empleo.

Como una acción necesaria la mayor articulación entre instituciones estatales como el Ministerio de Salud y una mayor alianza en el sector público y privado, puesto que aseveró que para la institución es muy difícil poder resolverlo todo. Los expertos, quienes participaron en la primera sesión del foro, reconocieron que se requieren nuevas fórmulas de financiamiento que no solo dependan del pago de cuotas obreras, patronales y estatales, sino que se requieren estrategias mixtas de financiamiento, en virtud de los cambios que experimenta el mercado de trabajo. Cabe destacar que un 75% de los ingresos de la CCSS, se financian mediante la recaudación de las cuotas obreras, patronales y del Estado.

La dinámica laboral que se está presentando en la actualidad en la que sobresale el desempleo, el subempleo, el crecimiento de la informalidad, el crecimiento del empleo poco calificado, la robotización de procesos y la acentuada tasa de dependencia de la población adulta mayor obligan a efectuar nuevos planteamientos para financiar la oferta de servicios que recibe actualmente la población. A este cambio en la dinámica laboral, se debe sumar el envejecimiento vertiginoso de la población y los cambios en el perfil epidemiológico que ha experimentado el país en los últimos años, los cuales requieren intervenciones más complejas y costosas.

Especialistas lamentaron, cómo se le han dado obligaciones a la CCSS sin que necesariamente, se le transfieran los recursos presupuestarios para su respectivo financiamiento. También consideró necesario eliminar los aseguramientos “oportunistas” mediante los cuales existen personas que se incorporan al seguro de salud, mientras les realizan un procedimiento quirúrgico o le suministran un tratamiento médico y luego desaparecen del sistema. Otros destacaron, la necesidad de impulsar modelos de aseguramiento por jornadas parciales y multipatronos como el esquema que aprobó la Caja Costarricense de Seguro Social, en agosto pasado, para asegurar a las trabajadoras domésticas. Ese tipo de estrategias facilitan la incorporación y la protección de ese grupo de trabajadoras y se podría efectuar un esquema similar para atraer a otros sectores de manera que se flexibilice el aseguramiento. También se consideró la necesidad de crear estímulos que permitan una mayor protección para la

población femenina, así como la población con edades que oscilan entre los 17 años y los 24 años.

El especialista de la Escuela Salud Pública de la Universidad de Costa Rica destacó que adicionalmente se requiere un mayor entendimiento por parte de la CCSS y de las universidades para determinar las características de la formación que requiere el sector. Todos estos ajustes, de acuerdo con los participantes en el foro, tienen que hacerse bajo los principios de salud universal que pregonan la CCSS. En la actividad está participando autoridades del sector de salud, especialmente directores regionales de hospitales y de sede.

La Junta Directiva, en el artículo 12° de la sesión N.º. 8980, celebrada el 26 de julio de 2018, en una sesión histórica se aprueba la primera Política de Sostenibilidad del Seguro de Salud de nuestro país, basada en el oficio número GF-3325-2018, que suscribe el licenciado Ronald Lacayo Monge, Gerente Administrativo con recargo de funciones de la Gerencia Financiera. Felicito al equipo de las Gerencias involucradas y al Gerente Lacayo por su trabajo y compromiso en este campo.

Artículo 8°, sesión N.º. 8887

“...b) Solicitar a la Gerencia Financiera que proceda al análisis del Informe en mención y una vez que se tengan los resultados de lo solicitado en el apartado a) presente a la Junta Directiva, en un plazo de un mes, cuál es la estrategia y visión para el abordaje del asunto.”

Artículo 19°, sesión N.º. 8919

1) Dar por recibido el citado informe y trasladarlo a la Presidencia Ejecutiva y al cuerpo gerencial para que lo tomen como un insumo y, en un plazo de hasta dos meses, preparen una propuesta no sólo de Política – plan sino para que formulen una propuesta de acciones que contenga acciones y propuestas concretas para el fortalecimiento del Seguro de Salud.

Artículo 8°, sesión N.º. 8934

“...2) Instruir al señor Presidente Ejecutivo para que acompañe ese proceso y que, en un plazo de un mes, presente a la Junta Directiva un Plan que acompañe la política de sostenibilidad que está desarrollando la Gerencia Financiera, de modo que contenga acciones concretas para garantizar, en la medida de lo posible, la sostenibilidad del Seguro de Salud en el largo plazo.”

Artículo 11°, sesión N.º. 8953

Por tanto, la Junta Directiva ACUERDA trasladarlo a las Gerencias, con la solicitud de que se aseguren de que las preocupaciones ahí planteadas están siendo debidamente incorporadas en el desarrollo de las acciones estratégicas que la Caja.

En atención a lo anterior, se adjunta el documento denominado “Política de sostenibilidad del Seguro de Salud, 2018-2022”, el cual fue avalado por el Consejo de Presidencia y Gerencias, en sesión del 03 de julio 2018.

Dicho documento ha sido producto de un proceso de construcción participativa con el resto de Gerencias, Direcciones de Sede, Direcciones Regionales, autoridades de los centros prestadores de servicios de salud, la Dirección Actuarial y Económica, la Dirección de Planificación Institucional, entre otros actores, que en diferentes momentos brindaron realimentación para conformar las estrategias y lineamientos incorporados en la presente propuesta, a fin de contribuir al avance hacia la sostenibilidad del Seguro de Salud, en el corto, mediano y largo plazo, bajo un enfoque dirigido a que la población sea más saludable, a través de la prestación de mejores servicios a un menor costo.

#### I. Antecedentes

- La Junta Directiva en varias oportunidades se ha referido al tema de Sostenibilidad Financiera según se ha indicado anteriormente, específicamente en el artículo 9, de Sesión N°. 8919 del 03 de agosto de 2017, dispuso que la Presidencia Ejecutiva y el cuerpo gerencial elaboraran una propuesta de Política con acciones concretas para el fortalecimiento del Seguro de Salud.
- Para efectos de lograr dicho propósito, se realizaron sesiones de trabajo con personal clave de la Institución, así como Talleres de Política de Sostenibilidad Financiera en el periodo comprendido entre los meses de setiembre de 2017 y enero de 2018. Estas actividades tuvieron como objetivos: profundizar en el concepto de Sostenibilidad del Seguro de Salud, identificar factores que inciden en su consecución, valorar medidas propuestas, así como obtener una realimentación desde las diferentes ópticas del quehacer institucional para identificar propuestas prioritarias que permitieran robustecer la política y sus iniciativas, en cada uno de sus componentes principales, destacando entre otros, el tema de eficiencia en el uso de los recursos y las buenas prácticas de gestión.
- Como complemento a la visión interna proporcionada por los talleres y sesiones de trabajo, los días 19 y 20 de marzo de 2018, se llevó a cabo el Foro de Sostenibilidad del Seguro de Salud: “El reto de toda una nación”, el cual tuvo como finalidad ampliar el ámbito de discusión a otras esferas relacionadas con el ámbito de los sistemas de salud, tanto a nivel local como internacional. Los más de 170 participantes destacados en puestos claves de la Institución, conocieron temas de interés para la sostenibilidad del Seguro, entre ellos los relativos a los retos país y del sistema de salud, tendencias

del mercado laboral y sus implicaciones en la seguridad social, el Sistema de Salud de Cataluña y lecciones aprendidas, experiencias recientes en la extensión de la cobertura contributiva, factores que inciden en la sostenibilidad de los sistemas de salud; además del conversatorio y visión de expresidentes ejecutivos de la Institución.

- La Política fue remitida a la Dirección de Planificación Institucional mediante oficio DP-1113-2018 del 09 de julio de 2018, así como a la Dirección Jurídica mediante oficio GF-3323-2018, siendo que a la fecha se está a la espera de los criterios pertinentes.

- Mediante oficio GF-3324-2018 del 24 de julio de 2018, la Gerencia Financiera remite el documento para conocimiento de la Presidencia Ejecutiva.

## II. Sobre la sostenibilidad del Seguro de Salud

El Seguro de Salud fue creado constitucionalmente, para proteger a la población contra los riesgos de enfermedad y maternidad, bajo la aplicación de los principios de solidaridad, igualdad y universalidad. El cumplimiento de este mandato se refleja en el logro de indicadores de salud destacados a nivel de la región, que contribuyen al desarrollo humano y la paz social del país. No obstante, superar este éxito y heredarlo a las generaciones futuras, en un contexto caracterizado por: i) alta exigencia de los usuarios respecto de la calidad y la oportunidad de los servicios, ii) predominancia de enfermedades crónicas, iii) constantes cambios tecnológicos y iv) envejecimiento poblacional; con presiones crecientes sobre el financiamiento y el costo de las prestaciones, se traduce en un desafío que además de una mayor capacidad de respuesta institucional, requiere la articulación de acuerdos en el marco de la negociación política y social.

Desde esta óptica, el resguardo de los seguros sociales corresponde a un objetivo generalizado a nivel mundial, y Costa Rica no es la excepción, por lo que, en concordancia con esta responsabilidad, la Caja Costarricense de Seguro Social ha asumido el compromiso de avanzar en el fortalecimiento del Seguro de Salud; mediante la conceptualización y diseño de la presente Política de sostenibilidad.

La sostenibilidad del Seguro de Salud corresponde a la capacidad de garantizar a mediano y largo plazo, la protección de las personas contra los riesgos de enfermedad y maternidad, así como de su impacto económico, mediante prestaciones dirigidas al mejoramiento de la salud en el curso de vida, bajo criterios de pertinencia, calidad y eficiencia; en el marco de los principios institucionales, la responsabilidad social y ambiental.

El objetivo de la Política es establecer la hoja de ruta con las principales estrategias y acciones que contribuyan al avance hacia la sostenibilidad del Seguro de Salud, en el mediano y largo plazo, para garantizar razonablemente, la protección de la población

ante los riesgos de salud y maternidad, bajo un enfoque de fomento de estilos y entornos saludables, gestión con calidad y eficiencia institucional, asignación de recursos e inversiones estratégicas y el fortalecimiento de la financiación para una cobertura universal.

En línea con lo descrito, esta Política se conforma por cuatro componentes fundamentales del quehacer institucional: i) Fomento de estilos de vida y entornos saludables, ii) Gestión con calidad y eficiencia institucional, iii) Asignación de recursos e inversiones estratégicas y iv) Fortalecimiento de la financiación para una cobertura universal.

Los lineamientos y estrategias incorporadas en cada uno de estos componentes establecen la hoja de ruta para guiar las iniciativas institucionales hacia la triple meta de alcanzar más salud, a través de mejores servicios y a un costo menor; contribuyendo al avance hacia la sostenibilidad del Seguro de Salud, en el corto, mediano y largo plazo”,

#### Propuesta de acuerdo

con base en las consideraciones emitidas por la Gerencia Financiera, contenidas en el oficio número GF-3325-2018- 018, del 24 de julio 2018, suscrito por el licenciado Rónald Lacayo Monge, Gerente Administrativo con recargo de la Gerencia Financiera y, habiéndose hecho la presentación respectiva, por parte de la licenciada Ivonne Ruiz Barquero, Asesora de la Gerencia Financiera, y del licenciado Andrey Sánchez Duarte, Jefe del Área de Formulación de la Dirección de Presupuesto, la Junta Directiva ACUERDA:

ACUERDO PRIMERO: habiéndose presentado el informe de avance de la Política de Sostenibilidad del Seguro de Salud, dar por atendido lo solicitado por la Junta Directiva en: artículo 8º de la sesión número 8887, artículo 19 de la sesión número 8919; el artículo 8º de la sesión número 8934, así como el artículo 11º de la sesión número 8953.

ACUERDO SEGUNDO: aprobar –con las observaciones hechas- los enunciados de las estrategias y lineamientos de la Política de Sostenibilidad del Seguro de la Salud, que están orientados al fortalecimiento del Seguro de Salud y solicitar que se presente el esquema del plan de implementación en un plazo de tres meses.

A la Política de Sostenibilidad del Seguro de la Salud deberán incorporársele las observaciones hechas en la parte deliberativa y presentar a la Junta Directiva el documento final, en un plazo de ocho días. ACUERDO FIRME.”

Otro de los temas que hemos insistido es en la necesidad de buscar nuevas formas de financiamiento externas o internas pero programadas, para hacerle frente a



desembolsos significativos como los que se producen cuando se dan casos por demandas, judicialización de la salud, recursos de amparo, resoluciones de la sala constitucional, etc. Para abordar este tema, publiqué un artículo en un diario de tiraje nacional sobre titulado: Enfermedades raras y financieramente catastróficas.

*El 29 de febrero, día raro, se celebra el día mundial de las “enfermedades raras”. Si el año no es bisiesto, se celebra el 28. En los países de la Unión Europea se considera como rara, aquella enfermedad que afecta a menos de 5 personas por cada 10 mil habitantes. Individualmente, son grupos pequeños, pero en conjunto, aproximadamente unas 7 mil enfermedades, puede llegar a afligir al 8% de la población mundial.*

*Los modelos de industria farmacéutica tradicional suelen perder interés en desarrollar estas medicinas ya que la cantidad de posibles beneficiarios suele ser baja y se pierde el efecto positivo que ejercerían las economías de escala sobre su precio. Ante estas “enfermedades huérfanas” de medicamento, los sistemas nacionales de salud se dedican a palear los síntomas o a lidiar socialmente con sus consecuencias.*

*Cuando afortunadamente alguna compañía farmacéutica se aventura a desarrollar la costosa cura de alguna enfermedad rara, esta deja de ser huérfana para convertirse, por desgracia para los pacientes, en “financieramente catastrófica” y solamente, quedan dos caminos para afrontar la situación: por caridad o por derecho.*

*Por Caridad. El profesor Panos Kanavos de la London School of Economics and Political Science (LSE) documentó junto a otros colaboradores, que más de 13 mil pacientes de 15 países tuvieron acceso a un costoso medicamento utilizado para controlar su raro problema de Leucemia Mieloide Crónica, gracias al esfuerzo conjunto entre la Fundación MAX y la casa farmacéutica dueña de la patente.*

*El problema de depender de la caridad es que, durante las cada vez más frecuentes crisis económicas mundiales, la ayuda internacional tiende a disminuir considerablemente o algo peor, las necesidades tienden a aumentar. La salud es un derecho, no una suerte de filantropía.*

*Por Derecho. La Caja Costarricense de Seguro Social invierte anualmente millones de colones en afrontar las necesidades terapéuticas, cuando existe medicamento, y de cuidado, en el caso de enfermedades huérfanas, para más de 23 mil pacientes con enfermedades raras en todo el país. Muchos de estos males, serían también clasificados como financieramente catastróficos para los pacientes y sus familias de no ser por la Institución, aunque esto no siempre ha sido así.*

*En el 2003, la Sala Constitucional resolvió a favor de una niña, con la rara Enfermedad de Gaucher, un recurso de amparo que planteó la Defensoría de los Habitantes, no sin antes intervenir otros actores sociales. La Caja, debió afrontar el costo de un*

medicamento que oscilaba en aquella época, entre 28 y 57 millones de colones por año. Para el 2009, dos pacientes recibían ya la medicina, gracias al Estado de Derecho.

*La intenciona de denegar el medicamento por razones financieras coartaba la esperanza de manejar el problema con dignidad para las autoridades de turno de La Caja, el gobierno y para la sociedad costarricense, que se aprecia solidaria en materia de protección y atención de sus habitantes, especialmente de los más pequeños.*

*Reasegurar la salud. Los fondos nacionales e internacionales para enfermedades catastróficas pueden ser útiles, pero asumen el riesgo en su totalidad tarde o temprano. Además, en el momento de su creación, corren otro riesgo añadido; la posibilidad de desaparecer en lo más profundo del océano de corrupción en que parece que se ahogan muchas instituciones públicas.*

*Los reaseguros son muy útiles para diluir grandes riesgos. Le sirven al Instituto Nacional de Seguros (INS) como garantía para poder afrontar catástrofes de distinta naturaleza y que puedan afectar su cartera y flujos financieros. De hecho, el INS se ha convertido también, en un importante reasegurador de proyectos de gran envergadura en Centroamérica.*

*Desarrollar las políticas de reaseguro de enfermedades raras y catastróficas en La Caja, podría servir para afrontar sin dramáticas fluctuaciones financieras, estos casos cuando surjan. El riesgo de muerte es inherente al nacimiento y en el caso del que vive, la lotería de la catástrofe financiera por enfermedad también acompaña.*

#### **10.10 Aseguramiento para los grupos difícil cobertura**

En los últimos años, la institución se ha enfocado en el estudio y diseño de propuestas para el aumento de la cobertura contributiva, ya que uno de los retos fundamentales que se enfrentan en la actualidad, es desarrollar condiciones más favorables que incentiven el aseguramiento y la retención en el sistema de los trabajadores asalariados y los independientes.

##### **10.10.1 CCSS brinda Aseguramiento Universal y subsidiado por El Estado a más de 150 mil familias**

Unos 150 mil núcleos familiares reciben servicios en los diferentes establecimientos de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) subsidiados por el Estado porque no pueden pagar ninguna modalidad de seguro que administra la institución. El Estado paga mediante una transferencia un promedio de ¢5 mil millones mensuales a la CCSS con recursos provenientes del Fondo de Asignaciones Familiares (FODESAF).

El aseguramiento de los núcleos familiares obedece a los principios filosóficos de la Seguridad Social como son la universalidad y la subsidiaridad. La atención que recibe esta población es la misma que se ofrece a personas con otras modalidades de seguros: como asalariados, pensionados, trabajadores independientes, voluntarios y los pensionados por el régimen no contributivo que también forman parte de la cuota que subsidia el Estado a sus beneficiarios.

Cerca de 275 mil ciudadanos disfrutan del beneficio familiar de esta modalidad de aseguramiento y el Estado mantiene al día el pago para que la Caja Costarricense de Seguro Social pueda asumir la atención integral de esta población en todo el territorio nacional.

Los costarricenses como los extranjeros con residencia legal y se puede solicitar en las 104 áreas de salud, más cercana a su residencia. Las personas en condición de indigencia médica, pobreza o pobreza extrema, no tienen que esperar a enfermarse para solicitar el beneficio provisional en las oficinas de Validación y Facturación de servicios médicos, en los establecimientos de salud.

Al presentarse con su cédula de identidad, el funcionario verificará que la persona no está asegurada o morosa con la institución, luego le efectuarán una entrevista para comprobar su condición de vulnerabilidad económica, razón por la cual no le permite suplir una o más de estas cuatro necesidades básicas: vivienda, alimentación, vestido y servicios de salud.

La primera vez, tendrá un seguro por tres meses, tiempo que permitirá completar los datos para que, en caso de calificar con todos los requisitos, se lo extiendan hasta por tres o cinco años, si vive en comunidades indígenas o uno de los 75 distritos prioritarios, así definidos por el ministerio de Planificación y Política Económica (MIDEPLAN). Otras leyes, también protegen a población vulnerable

Además de beneficiar a personas adultas no aseguradas, existen dos leyes que protegen con este aseguramiento a todos los menores de edad y jóvenes entre 18 y 25 años no cumplidos, sean nacionales o extranjeros: se trata del Código de la Niñez y la Adolescencia y el Código Iberoamericano de Jóvenes.

El primero cubre a los niños desde la fecundación y hasta que cumplen 18 años, si los padres no cuentan con el seguro en sus diversas modalidades o por razones legales no puedan adquirirlo. En el caso de las mujeres embarazadas no aseguradas nacionales o extranjeras con cédula de identidad o de residencia vigentes y en buen estado también tienen la protección del Estado por todo el periodo de gestación y tres meses después del parto.

Los jóvenes entre los 18 y 25 años no cumplidos que requieran atención médica pueden acogerse a la protección que les brinda la ley 8612 que carga al Estado el

costo de los servicios de salud a la población mencionada que no cuenta con el seguro de los padres ni el propio.

La ley 7735 protege a las madres adolescentes embarazadas y sus hijos menores de edad, nacionales o extranjeras con cédula de identidad o de residencia vigente y en buen estado, obtienen el beneficio del aseguramiento. Aquellas menores de edad que no porten documento de identificación también tienen la protección del Estado hasta que cumplan sus 18 años. Si la madre adolescente antes de los 18 años ya tuvo un hijo y está embarazada, también el niño queda cubierto por el seguro de su madre. Para las personas en condición de indigencia y que no cuentan con el beneficio del aseguramiento por cuenta del Estado, una vez que reciben la atención médica, el personal del establecimiento de salud, harán el respectivo cargo al Estado.

Existe normativa que garantizan la atención a personas no aseguradas en condiciones especiales de enfermedad, en cuyo caso el costo lo asume el Estado por interés de la población en general. Como ejemplo; las enfermedades de tratamiento obligatorio como transmisión sexual, lepra, tuberculosis, entre otras, o la Directriz que firmé en el 2016 como Ministro de Salud y que obliga a atender a nacionales o extranjeros, asegurados o no, cuando se sospeche de alguna enfermedad infectocontagiosa, por razones de salud pública.

La cobertura de aseguramiento o protección con cargo al Estado alcanza a cerca de 600 mil ciudadanos que disfrutan de los beneficios de los seguros sociales, un logro exitoso de la Seguridad Social costarricense.

#### 10.10.2 Aprobación por parte de Junta Directiva del “Reglamento para la Inscripción de Patronos y el Aseguramiento Contributivo de las Trabajadoras Domésticas”

Como resultado inicial a los esfuerzos indicados en el párrafo anterior, en el acuerdo primero del artículo 10° de la sesión N.º 8914, celebrada el 6 de julio del año 2017, la Junta Directiva aprobó el “Reglamento para la inscripción de patronos y el aseguramiento contributivo de las trabajadoras domésticas”, permitiendo a partir del 9 de agosto de 2017 el uso de la Escala de Bases Mínimas Contributivas Reducidas e incentivos para los patronos que cumplen ciertas condiciones. Se hizo realidad **16 años después** de que se identificara su necesidad.

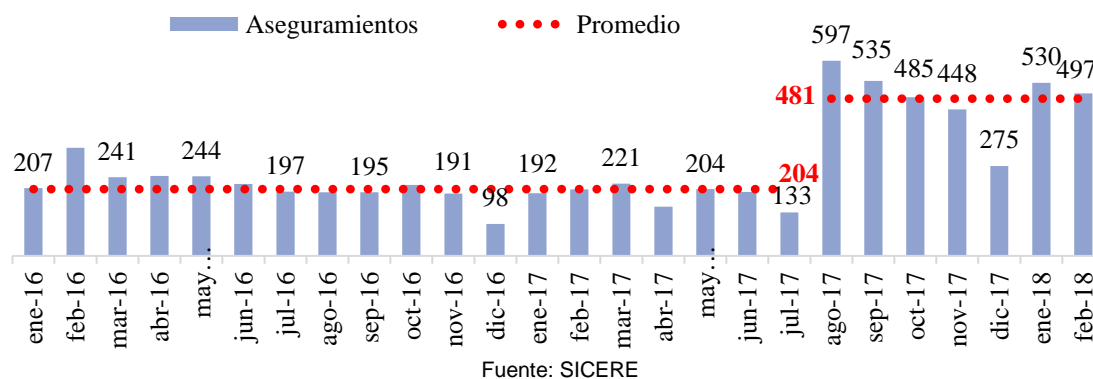
Se ha dado un seguimiento técnico a esta nueva modalidad, además que se ha hecho un esfuerzo a nivel central y regional para difundir una estrategia de educación y sensibilización con alcances nacionales, tanto para los patronos como para las trabajadoras domésticas. Por ello, se ha trabajado en diferentes ámbitos: comunicación interna y externa, conferencias abiertas para trabajadoras domésticas, quioscos informativos y de aseguramiento en Centros Comerciales, giras a zonas

estratégicas para entregar boletines informativos, manejo de redes sociales, entre otros.

Desde el 9 de agosto 2017, se han cubierto 5.678 trabajadoras domésticas que antes se encontraban al margen de la seguridad social, donde el 61% se ha realizado mediante la plataforma digital y un 39% a través del servicio de inspección que se encuentra en todas las sucursales del país. Por su parte, la facturación mensual en trabajo doméstico evidencia el impacto de la nueva modalidad, los aseguramientos mensuales antes del mes de agosto 2017 presentaban un promedio de 202, mientras que a partir del mes de agosto este promedio es de 481 aseguramientos por mes.

Agosto fue el mes con mayor cantidad de aseguramientos con 597, momento donde la publicidad fue aprovechado al máximo, las entrevistas a radio y televisión se concentraron en este mes, los siguientes meses siempre mantuvieron un número superior de aseguramientos que el promedio del año 2016 y el primer semestre de 2017, alcanzando en diciembre 275 aseguramientos, es importante destacar que los meses de diciembre se caracterizan por tener una menor cantidad de aseguramientos, obsérvese el mes de diciembre de 2016, únicamente se obtuvieron 98 aseguramientos, mientras que para el 2017 este dato aunque disminuyó siempre fue superior al promedio antes de agosto 2017.

Gráfico 13: Evolución del aseguramiento mensual en el servicio doméstico  
Período enero 2016-febrero 2018



Para el presente año, se están realizando esfuerzos para liderar y establecer las bases que permitan generar un apoyo integral a nivel interinstitucional en este tema de interés nacional, mediante el diseño de ideas innovadoras que desde otros ámbitos incentiven el aseguramiento de las trabajadoras domésticas, tales como: que el Instituto Nacional de Aprendizaje ofrezca capacitaciones para mejorar las habilidades de las trabajadoras domésticas aseguradas, que el Ministerio de Trabajo en conjunto con el Ministerio de Obras Públicas y Transportes, estudie la posibilidad de que se disminuyan los pasajes de bus para trabajadoras domésticas aseguradas;



así como, promover un rol más activo en la búsqueda de alianzas con el sector privado.

### **Aseguramiento de Trabajadoras Domésticas supera Expectativas y Recibe Premio del INAMU**

Tras poco más de un año de la implementación de la nueva modalidad de aseguramiento que la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) aprobó para elevar la protección a ese sector laboral y que le valió un premio otorgado por el Instituto Nacional de la Mujer (INAMU) recibido por Marianne Pérez Gómez, a quien felicito y agradezco, artífice y diseñadora del aseguramiento (junto Maureen Rojas Líos y a su equipo de la Gerencia Financiera de la CCSS) y Lorna Gámez Cruz, coordinadora del programa para la equidad de género de la CCSS. Es un reconocimiento a las buenas prácticas a favor de la equidad de género.

Los resultados son muy satisfactorios y han superado la meta institucional. La meta de la Gerencia Financiera era alcanzar en el 2018 un incremento de un 11% en la cobertura de esas trabajadoras y en este momento, ese porcentaje ronda el 14.5%.

Con respecto al uso de la Base Mínima Contributiva Reducida permite la reducción en el costo del aseguramiento de estas trabajadoras, el número de patronos que se acogen y cumplen los requisitos para su aplicación, ha ido en aumento mes a mes. Se inició en agosto del año pasado con 941 casos, cuando entró en vigor el respectivo Reglamento y al mes de julio se tenía un registro de 4 939 casos. De acuerdo con estadísticas del Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE), para el mes de julio de 2018, del total de patronos registrados en esta actividad, el 63% pertenecía al sexo masculino y el 36% al femenino; asimismo, el 90% era de nacionalidad costarricense y un 10% de otras nacionalidades. Con respecto a los trabajadores, el 97% del total, corresponden a mujeres y el 3% son hombres. Con el aseguramiento correcto de las trabajadoras domésticas, la CCSS le otorgará acceso a la cobertura de servicios de salud y prestaciones económicas en tiempos de incapacidad o licencias por maternidad, no solo para los trabajadores, sino que también para aquellos familiares que cumplan con los requisitos dispuestos para el aseguramiento como beneficiario familiar. De forma adicional, estarán acumulando cuotas para pensionarse en el momento correspondiente con el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) y transfiriendo recursos económicos a las cuentas individuales registradas en las Operadoras de Pensiones Complementarias (OPCs), que cada uno de ellos haya elegido. En la actualidad, la Gerencia Financiera se encuentra preparando acciones complementarias en esta materia, incluyendo la participación de otras instituciones públicas y organizaciones privadas, con el propósito de continuar con el incremento de la cobertura contributiva de las trabajadoras domésticas, cuya meta se ubica en un 40% al 2021. Cuando se arribe a este indicador, Costa Rica formará parte de un pequeño grupo de países de

América Latina y el Caribe (Brasil, Chile y Ecuador), que han logrado aproximarse a estos niveles de cobertura.

#### 10.10.3 Aprobación en Junta Directiva del “Reglamento para el Aseguramiento de Microempresas y Emprendimiento en el Seguro Social (MiPymes)”

En vista de que cerca de un 77% de los empleos informales de trabajadores asalariados se encuentran en las microempresas, que las encuestas evidencian que entre más pequeña sea la empresa menor es la cobertura contributiva, y si se toma en cuenta la cantidad de trabajadores promedio de las microempresas, su cobertura ronda el 47%; que esa brecha, no solo se observa en la cobertura de los seguros sociales, sino también en las demás garantías laborales; es que la institución ha diseñado también una estrategia para incentivar el aseguramiento de estas empresas, la cual consiste en la disminución de las cargas patronales correspondientes al Seguro de Salud.

Impulsado directamente desde la Presidencia Ejecutiva, instruí a las Gerencias Financiera y Administrativa para la elaboración definitiva del reglamento. Participó en la construcción de las propuestas el Ministerio de Economía Industria y Comercio (MEIC) y Ministerio de Agricultura (MAG), incluidos los criterios de ingreso, plazos y fórmula. Cabe recalcar que esta es una aprobación histórica que se concluye, **12 años después** de que se identificara su necesidad.

La Junta Directiva de la CCSS aprobó en sesión 8981 del lunes 30 de julio del 2018 el llamado “**Reglamento MyPymes**” que busca apoyar el microemprendimiento, promover la empleabilidad y la tasa de éxito del sector emprendedor en Costa Rica, así como combatir la informalidad que aqueja al país en un momento de tan retador a nivel económico.

El reglamento facilitará que microempresas tanto en condición de informalidad como que necesiten reanudarse como patronos ante la CCSS, den el primer paso en dirección a formalizarse, optando al momento de la inscripción en la Caja por esta modalidad, que le permitirá pagar una base ajustada al salario durante los primeros cuatro años de vida del emprendimiento con una tasa reducida y con progresividad de aplicación que busca dar un impulso para que el emprendimiento pueda sobrevivir el llamado “valle de la muerte” de las microempresas y eventualmente, poder pagar de forma normal las tasas de la institución.

Con la aprobación de este reglamento, la Caja marca un hito en la historia al ofrecer una opción que se adapta a la realidad del país y del segmento específico y que promueve un esquema donde tanto el emprendedor, como la institución y el país ganan.

Actualmente las microempresas constituyen el 86% del empleo informal donde solo el 15% de los trabajadores de microempresas se aseguran, colocándolos en una condición de riesgo y vulnerabilidad.

Para la institución la informalidad es un reto importante pues golpea no solo la cobertura de la ciudadanía en el régimen de Enfermedad y Maternidad y el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM), sino que afecta la tasa de contribuyentes que, a su vez, utilizan la seguridad social. De ahí la importancia de promover acciones que busquen acercar y facilitar la incorporación de nuevos patronos y aseguramiento de trabajadores.

La Institución espera que el Reglamento venga a solventar el clamor del sector emprendedor para lograr su desarrollo y también su compromiso para lograr tasas de éxito que permitan el mantenimiento y el combate a la evasión. Al mismo tiempo, esta iniciativa se lanza también en el marco del cumplimiento de la recomendación 204 de la OIT, el proceso de adhesión a la OCDE y los ODS.

#### 10.10.4 Aprobación en Junta Directiva y Publicación para Oficialización del “Reglamento para el Aseguramiento Contributivo de la Población Recolectora de Café en el Seguro de Salud en Forma Temporal y Excepcional”

La principal característica de la actividad de recolección de café es que históricamente ha estado al margen de la seguridad social, lo que genera desprotección total frente al riesgo de la enfermedad e incapacidades, además el trabajo se realiza en familia, es una actividad que observa una elevada rotación y responde a la estacionalidad de la maduración del café. Los recolectores de café en una gran mayoría utilizan los servicios de salud sin contraprestación de pago, y además poseen particularidades, donde un elemento importante es la migración indocumentada y cerca del 19% son indígenas (lo que genera barreras culturales e idiomáticas).

La Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) aprobó en sesión 8981 del lunes 30 de julio del 2018 un reglamento que permite que los recolectores de café tengan acceso a los diferentes servicios que ofrece el Seguro de Salud en todo el país. Proceso que había iniciado el ICAFE hace más de una década y por lo tanto se hace realidad, **11 años después** de identificada la oportunidad.

La aprobación de este reglamento beneficia a los recolectores costarricenses o extranjeros que se dedican a esa actividad en el territorio nacional, independientemente de su condición migratoria, que laboran en fincas asociadas al Instituto del Café de Costa Rica (ICAFE) y que están incluidos como asegurados contributivos del Seguro de Salud.

De acuerdo con datos de la CCSS y de ICAFE, en cada cosecha del grano de oro participan cerca de **75 mil recolectores** y se estiman que los gastos de atención en los que incurre la CCSS en cada cosecha ascienden a ¢ 2 901 millones. Los diagnósticos más comunes por los cuales esta población acude a las áreas de salud de la CCSS son los siguientes: infecciones respiratorias, diarreas, tuberculosis, dermatitis, caries, entre otros.

De acuerdo con la decisión de la Junta Directiva, a partir de la aprobación de este reglamento, esa población tendrá acceso a todos los servicios y prestaciones incluidas en el Reglamento del Seguro de Salud y sus beneficiarios tendrán ese derecho en el periodo de la cosecha, el cual se estipuló en cinco meses.

El financiamiento de este aseguramiento será asumido por el Instituto del Café (ICAFE) y el Ministerio de Hacienda y el porcentaje de cotización será de un 15% distribuido de la siguiente forma: 5.75 será el aporte del ICAFE y un 9.25 será el aporte del Estado. La facturación se realizará utilizando el esquema de planillas que tiene registrado el ICAFE.

La disposición de la Junta Directiva forma parte de los esfuerzos que realiza la CCSS para elevar el aseguramiento contributivo de la población y especialmente de aquellos que ha sido difíciles de aglutinar y aspirar de esta forma al seguro universal.

Como dije a los medios ese mismo día, **“el comercio justo, es el único futuro de mercado que le queda al café costarricense, a nivel internacional. Asegurar a familias trabajadoras, indígenas o extranjeras, en algunos casos, es un acto de dignificación por parte de Costa Rica, de una noble y emblemática actividad histórica de nuestro país y la región.”**

#### 10.10.5 Instrucción de Elaboración de Modificaciones Reglamentarias de Aseguramiento de otros Grupos Vulnerables Cumpliendo del Art. 204 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)

Solicité a la Gerencia Financiera, mediante el oficio P.E.1944-2018, un borrador de reglamento en coordinación con INCOPECA, para el aseguramiento de personas que se dedican a la pesca artesanal u otra actividad relacionada (chuchequeros, camaroneros, pangueros, etc.). Dicho reglamento debe ser similar al desarrollado con el ICAFE.

De la misma forma, con el oficio P.E. 1846-18, le solicité a la Gerencia Financiera, la elaboración de un Aseguramiento especial para colectivos similar al que existe con UPA Nacional, aplicado a otras actividades económicas, aseguramiento para transportistas independientes y otro para vigilantes independientes, similar al de trabajadoras domésticas. Los estudiantes e investigadores deben estar protegidos independientemente de su edad, con las limitaciones y racionalización del caso.

Otra oportunidad, es la modificación de la Ley General de Salud no. 5395 que autoriza en su artículo 218 Bis, las ventas de comida ambulantes, como existen en el mundo desarrollado en ciudades como Berlín donde se venden salchichas o New York, donde se venden perros calientes o fruta fresca, todos higiénicamente preparados, y que solicité como Ministro de Salud en el 2017 ante la Asamblea Legislativa y que aprueban en el 2018, quedando pendiente solo su recomendación.

Lo anterior basado en el **cumplimiento del Art. 204 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).**

10.10.6 Instructivo sobre el Aseguramiento de Estudiantes de Educación Técnica que realizan Prácticas Profesionales y Pasantías

Por medio del oficio P.E. 14500-2017 dirigido al presidente de la UCCAEP en ese momento, hago referencia al Proyecto de Ley para la Educación Dual, Expediente 19.378, y me permito informar que la posición de la Caja Costarricense del Seguro Social no está en contra de la **Educación Dual**, sino que las observaciones que la CCSS ha emitido a los distintos Proyectos de Ley de la Asamblea Legislativa, donde dichos proyectos evidencian que la relación con los estudiantes va a ser laboral; si estos proyectos aclaran que la relación será solo académica no tenemos inconveniente alguno en aceptarlo, tal como se ha hecho en otras ocasiones con el internado rotatorio para los médicos y las prácticas o pasantías docentes con distintas Instituciones Académicas Técnicas. Con mi llegada se da un giro de 180 grados en la forma en que la Institución aprecia dicho asunto y se hace realidad, **22 años después**, de que se identificó el problema.

Por mandato constitucional, la Caja Costarricense de Seguro Social (en adelante Caja), es la encargada de administrar los seguros de salud e invalidez, vejez y muerte, así mismo se rige por su propia normativa y cuenta con un cuerpo de inspectores encargados de velar por el correcto aseguramiento de los trabajadores.

La Caja, en el cumplimiento de su misión, establece lineamientos que se constituyen en herramientas administrativas para lograr sus fines.

En esa línea, se elabora el presente instructivo, el cual fue conocido y aprobado por el Consejo de Presidencia y Gerencias de la Caja, Sesión No. 519 del 21 de mayo del 2018, con el fin de describir en forma general los aspectos medulares a considerar por el Servicio de Inspección, para determinar el aseguramiento de educandos que estudian en instituciones que ofertan educación técnica y que dentro de los planes de estudio se estipula la realización de pasantías y como requisito de graduación la realización de prácticas profesionales en instituciones o empresas.



Este instrumento normativo es de acatamiento obligatorio, con el propósito de un adecuado abordaje del Servicio de Inspección, en las investigaciones donde se identifique el desarrollo de pasantías y prácticas profesionales.

**Estudiantes que realizan prácticas profesionales en empresas NO son sujetos de aseguramiento obligatorio.**

Los estudiantes que realizan prácticas profesionales en diversas empresas asentadas en el territorio nacional no son sujetos de aseguramiento obligatorio, según un nuevo instructivo que emitió recientemente, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). El propósito de esta nueva disposición es facilitar y ampliar la labor que realiza el servicio de Inspección de la CCSS para determinar el aseguramiento de los estudiantes que realizan prácticas profesionales y pasantías en instituciones o empresas. El objetivo es facilitar el espacio para que realicen estas actividades curriculares. El documento denominado Instructivo sobre el Aseguramiento de Estudiantes de Educación Técnica que realizan Prácticas Profesionales y Pasantías establece un conjunto de disposiciones de aseguramiento, en relación con los estudiantes que deben cumplir con prácticas profesionales o pasantías en una institución o empresa, como parte de las actividades curriculares contempladas en la oferta de educación técnica de la institución en la que estudian. El nuevo instructivo será de acatamiento obligatorio y constituye una valiosa herramienta en la labor de los inspectores institucionales, toda vez que contribuirá en las actividades cotidianas relacionadas con el desarrollo de esta acción curricular.

El reglamento facilita que el sector empresarial y entidades que reciben estudiantes practicantes o pasantes, puedan abrir sus puertas y aceptarlos con la seguridad jurídica que garantiza que los educandos no serán considerados por el servicio de Inspección de la CCSS como una relación laboral. En el pasado, se presentaron algunas reacciones por parte de empresarios, quienes consideraban que la obligatoriedad de asegurar a algunos estudiantes reducía las posibilidades de brindar apoyo para prácticas y pasantías.

El nuevo documento establece que los estudiantes que realicen pasantías y prácticas profesionales no son sujeto de aseguramiento obligatorio por parte de las empresas e instituciones, en el tanto se cumplan las disposiciones que éste contiene. Dentro de los principales aspectos del contenido, se desprende que, en todos los casos se deberá verificar que el estudiante cuente con la debida autorización por parte del centro educativo, además, constatará que tanto las instituciones educativas como los sitios donde se ejecuten las prácticas y pasantías dispongan de una ficha técnica en la que se especifiquen las actividades curriculares que efectuará el estudiante y finalmente, los estudiantes deberán contar con una póliza que garantice la cobertura en la institución o empresa durante la vigencia de la práctica o pasantía.

El cumplimiento de estos aspectos evidencia que no está frente a una relación laboral, sino en un proceso de enseñanza-aprendizaje para complementar la formación profesional y por lo tanto, no corresponde el aseguramiento por parte de la empresa o institución. Los estudiantes mayores de edad que no cuenten con protección familiar del seguro de salud pueden optar por un aseguramiento voluntario de estudiante. Cabe recordar que el Seguro de Salud brinda protección a los hijos menores de edad y a los mayores de edad hasta los 25 años, siempre y cuando se mantengan en el sistema educativo.

## XI. Consideraciones Finales

---

Llegados a este punto recuerdo mi discurso de cambio de Presidente Ejecutivo de la CCSS donde entregamos la llave de la Institución y los pines que acreditan como tal a mi sucesor.

### *Nueva era y nuevo presidente ejecutivo para la CCSS*

*Un traspaso de poderes bien podría compararse con un ejercicio de presentación de los nuevos socios, donde el que introduce, siempre emitirá criterio parcializado sobre uno frente al otro.*

*Mi papel de presentador y como expresidente ejecutivo saliente, radica en materializar esa introducción sesgada, como la oportunidad de contarle al nuevo presidente la situación actual de la Caja y al mismo tiempo, situar al nuevo jerarca frente al principal recurso de la Institución, sus trabajadoras y funcionarios, mis compañeros.*

*77 años de seguridad y garantías sociales en nuestro país, nos han dejado con un sector salud, nutrición y deporte y uno de trabajo y seguridad social complejos, desarticulados y desbalanceados en presupuesto, capacidad técnica y resolutive y, por lo tanto, en oportunidades de ejercicio de la rectoría por parte del ministro o ministra de turno. Por el bien del país, recomiendo el trabajo conjunto y constante como parte fundamental de ambos sectores. Ampliar dicho apoyo hacia las instituciones públicas o privadas miembros de esos sectores, u organismos internacionales asociados.*

*Por ejemplo, la vigilancia epidemiológica es un asunto de seguridad nacional y como tal es imposible que la Caja lo afronte sola. Inminentes conflictos y realidades internacionales causaran su efecto sobre la salud financiera de nuestro país y la de sus habitantes. La invasión de infecciones ha comenzado. La Malaria, que estaba a punto de desaparecer en Costa Rica por el que recibimos un reconocimiento en 2016 de la OPS, ha vuelto aumentar de forma alarmante por múltiples factores, dentro de los que sobresalen, migraciones, el conflicto velico y social de nuestro vecino país del norte y el pésimo manejo de residuos que mantenemos. Preparémonos, para más invasiones.*

*Por otro lado, los robots y las tecnologías que sustituyen labores, el desempleo especialmente entre jóvenes y mujeres y la informalidad en el trabajo vinculada, desvanecen cualquier asomo de esperanza de aumentar las contribuciones obrero-patronales. La OCDE, que ha reconocido recientemente nuestras Políticas Públicas de Salud, nos ha advertido que seguir financiándose del salario y sobrecargándolo, traerá consecuencias irreparables a las finanzas de la Caja.*

*El desbalance entre la cobertura universal en la atención que se ofrece se contrapesa, con las inequidades en el financiamiento de ambos seguros de salud y pensiones. Este subibaja, o solo sube o solo baja, para muchos. Ya, son demasiados.*

*El cumplimiento de la meta enmarcada en la estrategia 204 de la OIT que busca reducir la informalidad asegurando a Trabajadoras Domésticas, Recolectores de Café, MiPymes, Transportistas Independientes, Artistas, Pescadores, Jardineros, Seguridad, el cumplimiento del proyecto conjunto con el Banco Mundial, la interpretación de que las Practicas Estudiantiles son vitales para la Caja, Reconocer la condición Mixta de nuestro Sistema y no solamente la condición de Seguridad Social estricta, no serán suficientes. La sociedad costarricense, deberá afrontar el gran debate nacional, como financiará los servicios públicos que la población necesita.*

*La Junta Directiva, joven por briosas y renovada en un alto porcentaje, es altamente técnica y experimentada, una combinación positivamente explosiva, si se llega a apretar el botón correcto. La sociedad costarricense, espera que usted señor presidente ejecutivo, la detone. Ha llegado el momento de tomar decisiones trascendentales para la CCSS y para el país. No hay más tiempo que perder, no hay que buscar un lápiz con mejor punta. El trozo de carbón con que contamos es suficiente para delinear los garabatos que pueden desencadenar esa transformación. La restructuración y el número de gerencias no son el factor clave en sí mismo, replantear las redes de servicios, procesos y funciones, si lo son.*

*Terminar de incorporar a la CCSS al Sistema Nacional de Calidad vigente, en todas sus fases y dimensiones, es algo más que una oportunidad, es obligatorio por directriz. Utilizar, las subcomisiones del Comité INTECO 44 de Salud que opera desde hace algunos años en el Ministerio de Salud, como comisiones técnicas de compras, es eficiente a largo plazo. Operativizar las Contralorías de Servicios, Certificar, acreditar, estandarizar y simplificar trámites, impactarán favorablemente a los usuarios.*

*En el periodo anterior, se implementó el EDUS, la receta electrónica, se eliminó el papel de la orden patronal, del carné del seguro, de la boleta de incapacidades y licencias, de certificados médicos, actas de nacimiento y certificados de defunción. Una verdadera revolución tecnológica. Se impulsaron políticas de sostenibilidad del seguro de salud, la ambiciosa ambiental, de inversiones, de externalización de servicios y reglamentos de aseguramiento especial, de monitoreo actuarial de los seguros, de pago de horas extras, de contratación y adjudicaciones, de comisiones de compras, de atención oportuna y un sin número de convenios en tiempo récord.*

*Todos ejemplos, de ser la mejor prueba de que la Caja cuenta con un recurso humano excepcional capaz de dar mucho más del 100% en los tiempos más difíciles que la institución recuerde, con el periodo más largo sin quórum estructural de la Junta Directiva, sin contar con la mitad de los gerentes, teniendo que recargar las funciones,*

*obligaciones y responsabilidades a los restantes durante un periodo prolongado y enfrentando, los complejos problemas habituales del quehacer institucional. Esa es una garantía para usted don Román ahora que asume funciones.*

*También, se convierten en la prueba viviente de que los mecanismos de incentivos y reconocimiento a los trabajadores por su esfuerzo diferenciado no son los mejores. Siempre, se pueden identificar trabajadores que no contribuyen con la causa y que como fantasmas pasan inadvertidos haciendo lo que no deben y dejando de hacer lo que se requiere. Hay que contar con un mecanismo de evaluación por resultados cuantitativo y objetivo que se aplique a todos los colaboradores.*

*Una cultura de monitoreo y evaluación constante de resultados debe desarrollarse en la CCSS. Institucionalizar la Evaluación de Tecnologías en Salud para mejorar la toma de decisiones en la asignación de recursos y reducir el impacto de la judicialización de la salud, ambos contemplados en el anteproyecto de Ley No. 20291 denominado ACCESA. Mejorar logística hospitalaria, la gestión clínica y la planificación estrategia es crucial y para eso, debemos formar la nueva generación de gestores y directores médicos para que cuenten con la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública.*

*Y finalmente, es imposible efectuar una presentación completa sin introducirles al futuro presidente ejecutivo de la CCSS, Dr. Román Macaya Hayes, empresario, científico, diplomático, experto en gestión de la investigación, bioquímica, propiedad intelectual, participaciones público-privadas y público académicas, administración de servicios de salud, y un largo etc.*

*Sabemos que se ha preparado toda una vida para asumir este reto desde que fundó y ha liderado el Observatorio Ciudadano de la CCSS. Además, conocemos que impulsará el análisis estratégico en la toma de decisiones, basadas en la evidencia y en los procesos transparentes y justos y en lo personal, lo considero la mejor elección posible para continuar la labor que ya hemos iniciado. Un verdadero lujo para nuestro país, el poder contar con jerarcas de su trayectoria, probada honorabilidad y sobrada capacidad técnica. Confío en que ustedes le den la más cordial bienvenida a la CCSS y lo apoyen en todo lo que se requiera para que todos, tengamos éxito en la gestión del cambio que ya se ha comenzado.*

*La Caja Costarricense de Seguro Social, como prestadora de los servicios de salud y pensiones a nivel nacional, se encuentra inmersa en un contexto complejo y dinámico, donde convergen diversos elementos: actores, necesidades, oportunidades, incertidumbre, tendencias, políticas, entre otros.*

*Por lo anterior, ha tenido que plantear intervenciones articuladas en programas, políticas, planes y proyectos para cumplir los objetivos y metas institucionales en respuesta a las necesidades de la población.*



A pesar de los esfuerzos realizados, no se puede descuidar el entorno de reactividad y de atención de prioridades del presente, las cuales limitan la capacidad de respuesta ante situaciones y problemáticas que han persistido por años.

Paralelamente, es necesario que la institución continúe con el compromiso de ejecutar la Agenda Global de los Objetivos del Desarrollo Sostenible al año 2030, los cuales pretenden hacer realidad los derechos humanos de todas las personas, poniendo fin a la pobreza y el hambre, y velando porque todas puedan realizar su potencial con dignidad, igualdad y en un medio ambiente saludable.

En este propósito, la Caja Costarricense de Seguro Social, debe seguir incorporando en su desempeño los siguientes enfoques:

Figura 30: Enfoques en la Gestión Institucional



FUENTE: CCSS, 2018.

- **Gestión para Resultados:** propicia la creación de valor público, concebido como el bienestar que la institución genera a la población mediante la prestación de los servicios de salud y pensiones, así como la mejora en las condiciones de vida de las personas y rendición de cuentas a la ciudadanía.
- **Gestión del Riesgo:** herramienta de planificación para administrar y mitigar los riesgos, así como la búsqueda de oportunidades para mejorar la gestión institucional.
- **Gestión por Proyectos:** mejora la calidad, eficiencia y eficacia del desempeño institucional, ya que proporciona una hoja de ruta para que los proyectos cumplan sus objetivos en tiempo, costo y alcance.
- **Seguimiento y evaluación:** proceso para ejecutar las acciones necesarias, según los avances y limitaciones de la ejecución de las intervenciones (políticas, planes, programas y proyectos). Los resultados de la evaluación son un insumo para la toma de decisiones y propicia la mejora de los objetivos propuestos.

Es así como el desempeño enfocado en la gestión para resultados, riesgos, proyectos y el seguimiento y la evaluación, logran fortalecer las bases de una institución que se prepara para el futuro. De la misma manera, este fortalecimiento requiere de dos elementos que se complementan:

- **Prospectiva:** al encontrarse inmersa la institución en constante renovación y cambio, debe apostar hacia un enfoque prospectivo desde una visión sistémica y estratégica de la planificación que aborde el futuro examinando una serie de opciones (escenarios) y planteando una visión de largo plazo que permita aprovechar los retos y oportunidades.
- **Pensamiento estratégico:** facilita la toma de decisiones, permite la innovación y lectura del entorno, así como el replanteamiento de las estrategias y procesos conforme a las demandas y necesidades de la población.

Ante este panorama, en el cual la institución se prepara para los cambios del futuro, es inminente la construcción de una visión de largo plazo que oriente el rumbo a seguir para los próximos años, siendo oportuno plantearse tres preguntas para dar continuidad a las bases forjadas hasta ahora.

Figura 31: Interrogantes para la visión de largo plazo institucional

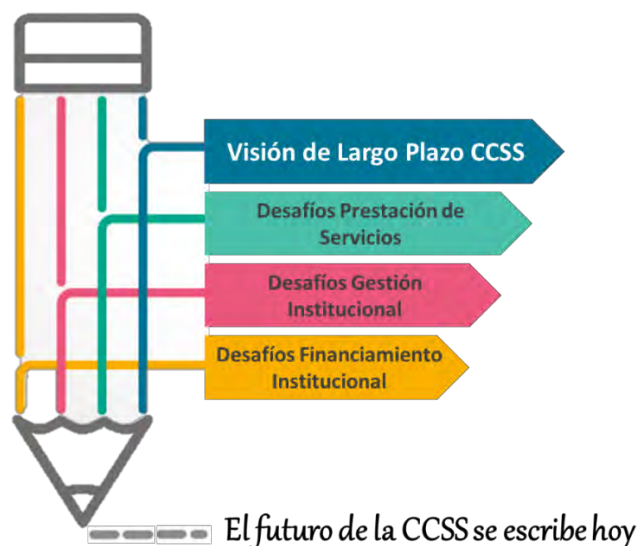


FUENTE: CCSS, 2018.

Con base en las interrogantes anteriores, la visión de largo plazo debe plantear desafíos que permitan posicionar a la institución en el presente y asumir una actitud retadora frente al futuro. Por lo anterior, se plantean los siguientes desafíos<sup>27</sup>:

<sup>27</sup> Tomado del Plan Estratégico Institucional 2015-2018, aprobado por Junta Directiva en el artículo 22 de la sesión 8818, del 17 de diciembre de 2015.

Figura 32: Desafíos Institucionales



FUENTE: CCSS, 2018.

### 11.1 Desafíos para la prestación de servicios

- **Capacidad de respuesta ante la transición demográfica:** El envejecimiento progresivo de la población, que demanda servicios de salud más complejos; así como el aumento en la esperanza de vida, que genera presión sobre el seguro de pensiones; aunado a la disminución de las cotizaciones; son retos que la institución debe afrontar en el futuro, pues plantean un desafío en la sostenibilidad de los servicios de salud y de pensiones.
- **Respuesta a la evolución del perfil epidemiológico:** La CCSS debe anticiparse y tener capacidad de prospección y respuesta ante situaciones, problemas o necesidades generadas por la alta prevalencia de enfermedades crónicas, los cambios en los estilos de vida, los pacientes con pluripatologías complejas y aquellos factores del entorno que afectan a la población y los servicios de la institución (accidentes, violencia intrafamiliar, riesgos psicosociales, riesgos de desastres, entre otros). Todas estas condiciones demandan una nueva forma de prestar servicios de salud, dados los cambios en el perfil epidemiológico.
- **Evolución de los servicios públicos:** La reducción del presupuesto público frente a la expansión demográfica, los cambios en los estilos de vida, el creciente nivel educativo de la población y los cambios tecnológicos (digitalización de la información y automatización de los procesos); generan la necesidad de reinventar la gestión institucional para ofrecer servicios que se

adapten a las necesidades cambiantes de la ciudadanía y contribuyan al bienestar colectivo de la población; todo esto bajo el marco de la gestión por resultados, la rendición de cuentas y la participación.

- **Implementación de nuevas modalidades de atención de la salud:** La innovación tecnológica, los cambios en los estilos de vida, el envejecimiento de la población y las nuevas demandas de una ciudadanía conocedora de sus derechos; obligan a replantear las modalidades de prestación de los servicios de salud tradicionales y pensar en las redes de servicios de salud del futuro, con una alta vocación comunitaria, de innovación y resolutivez ampliada. Es necesario reinventar alternativas de atención más allá de la infraestructura hospitalaria y pensar en espacios multifuncionales de atención para la promoción de la salud y la atención de las necesidades de la población. Es por ello que la validación e implementación de un modelo de prestación de servicios innovador e integral, se convierte en un desafío específico para la Caja Costarricense de Seguro Social.
- **Alfabetización de la salud y empoderamiento de la población para la prevención y control de las enfermedades y la promoción de la salud:** El enfoque biológico de atención a la enfermedad debe revertirse hacia la prevención y promoción de la salud; para ello, la institución, en coordinación con el Ministerio de Salud y otras instituciones del sector salud, deben facilitar los medios, recursos, herramientas e información sobre la prevención, promoción, autocuidado y detección temprana de enfermedades, para que las personas sean las responsables de su propia salud y se conviertan en gestores de sus necesidades, vigilantes de la calidad de los servicios y partícipes del sistema.
- **Protección social y pensiones:** En un escenario de transición demográfica, envejecimiento de la población, nuevas formas del mercado laboral, con tendencia a la baja en la tasa de fecundidad; y considerando las proyecciones actuales del sistema de pensiones; es importante que la institución se concentre en garantizar, proteger y fortalecer la sostenibilidad del régimen de pensiones. El reto es garantizar la seguridad económica del régimen, durante el mayor tiempo posible y para todas las personas; y mantener el poder adquisitivo de las pensiones, sin comprometer la solvencia actuarial y financiera del régimen. Es necesario prever los ajustes para que haya un sistema de seguridad social sólido, que garantice la protección social a la población.

## 11.2 Desafíos para la gestión institucional

- **Renovación del pacto social de los seguros sociales:** En un contexto de transformación social y nuevas demandas de la población, es necesario fortalecer los mecanismos de diálogo social, para impulsar las transformaciones

que sean necesarias y viables. Para ello son claves la apertura de diversos espacios de participación ciudadana, una visión integradora de los enfoques particulares del sector, repensar los principios fundamentales de la seguridad social, la construcción de mayores consensos en la toma de decisiones entre los actores y la articulación y coordinación de esfuerzos interinstitucionales.

- **Rediseño de la estructura funcional y organizacional del nivel central:** A fin de lograr la eficiencia y la eficacia en la consecución de los objetivos y la optimización de los procesos y recursos institucionales; es necesario rediseñar la estructura funcional y organizacional del nivel central. El rediseño debe tener en cuenta a las unidades prestadoras de servicios de salud, de forma que las funciones de dirección y de gobierno sean ágiles y permitan el efectivo accionar de los ámbitos regional y local, para que la prestación de los servicios a los usuarios se otorgue en forma integral, con oportunidad y calidad.
- **Gestión con excelencia y calidad continua:** La creciente demanda de servicios ágiles, con calidad, seguridad, oportunidad y buen trato; por parte de una población cada vez más informada de sus derechos y deberes; es un reto permanente que requiere del compromiso de todas las trabajadoras y trabajadores para asegurar la satisfacción de tales demandas. En ese sentido, se hacen necesario el trabajo articulado en los niveles de atención de la salud, de forma que se permita la gestión en red; el aumento de la capacidad resolutive del primero y del segundo nivel de atención, para priorizar las intervenciones de los centros de salud según su tipo y descongestionar la demanda en los establecimientos de salud nacionales y especializados; optimizar los tiempos de espera en la prestación de servicios de salud y en el otorgamiento de pensiones; fortalecer la política de calidad y seguridad del paciente; así como un recurso humano capacitado y comprometido con los principios y valores de la seguridad social.
- **Capacidad estratégica y anticipada en la gestión logística y de abastecimiento:** En una economía de mercado donde la oferta y la demanda definen los precios y las cantidades de producción, se debe tener capacidad de anticipación en la gestión logística y de abastecimiento, para garantizar la adecuada operación de los servicios institucionales. La capacidad de anticipación es necesaria para introducir criterios de viabilidad, calidad y seguridad, ante las demandas de bienes y servicios de la población. También se requiere de capacidad de anticipación para el establecimiento de alianzas y negociaciones estratégicas con otras instituciones y con los proveedores. Se debe contar con capacidad para anticipar, para identificar los riesgos y oportunidades que se presentan en los procesos de gestión de bienes y servicios; de forma que. Mediante una evaluación *ex ante*, sea posible anticiparse a los cambios en el sistema de mercado, con el apoyo de las facilidades tecnológicas. Esto permitirá explorar formas novedosas de



adquisición de bienes y servicios en mejores condiciones, con oportunidad, calidad y a precios razonables.

- **Gestión de las personas trabajadoras de la CCSS:** La gestión de las personas debe fortalecerse a fin de promover un clima organizacional sano y el desarrollo de capacidades acordes con un modelo de prestación de servicios que optimice el desempeño y la productividad en la generación de valor público.
- **Gestión del recurso físico:** La gestión del recurso físico debe ser comprendida como parte de las soluciones integrales a las necesidades de salud, cuya gestión debe, bajo los principios de racionalidad, traducirse en un verdadero cambio cualitativo en la calidad de la atención a la población usuaria.
- **Adaptación al cambio tecnológico:** Los sistemas de salud y de pensiones necesitan apostar a la investigación y a la generación de conocimiento; para ello se requiere de una gestión eficiente de la tecnología, de acuerdo con los avances generados en este ámbito y las demandas de la población. Se requiere de servicios que sean competitivos y para ello es necesario dar mantenimiento y optimizar la actual capacidad tecnológica; y, en los casos previamente evaluados (costo-beneficio), adquirir o reemplazar equipos e insumos, siempre bajo los principios de racionalidad, eficiencia y eficacia. Además, la Caja Costarricense de Seguro Social debe avanzar hacia sistemas de información que permitan la integración de procesos, procedimientos, equipos y tecnologías, con miras a facilitar la accesibilidad y oportunidad de los servicios de salud y de pensiones, a las personas usuarias. La institución, bajo un principio de austeridad, busca el financiamiento de proyectos que fortalezcan los sistemas de información y propicia que estos sean los motores de la gestión en red.

### 11.3 Desafíos para el financiamiento institucional

- **Adaptación a los cambios en el mercado de trabajo:** Vivimos en un mercado laboral permeado por una economía globalizada, por la transculturación, la transformación productiva y por nuevas formas de contratación (teletrabajo, trabajo virtual de empresas con sede en el extranjero, trabajo ocasional e informal, entre otros); un mercado que todavía coexiste con una importante base laboral en sectores tradicionales de la economía (agricultura, manufactura, pequeña y mediana empresa, comercial y de subsistencia). Ante ese panorama, la CCSS debe adaptar las modalidades de aseguramiento a fin de continuar generando los recursos que garanticen la protección económica y social de la población, mediante la cobertura de los servicios de salud y de pensiones.
- **Definición de nuevas fuentes de financiamiento:** La institución ha venido captando ingresos de diversas formas; no obstante, cambios en la estructura laboral, la obligatoriedad de simplificar trámites, los nuevos sistemas de información, así como los fraudes, la evasión y la morosidad; obligan a la

institución a diversificar sus fuentes de financiamiento y los mecanismos de control. De esta forma será posible obtener los recursos económicos que garanticen su sostenibilidad financiera en el largo plazo.

- **Aumento del flujo migratorio desde la perspectiva de la contribución financiera a los ingresos institucionales:** En las últimas décadas, la inmigración de personas hacia Costa Rica por razones de trabajo, la búsqueda por parte de ellos de mejores condiciones de vida; sea por conflictos sociales o políticos en sus países de origen, ha sido significativa para el país. La Caja Costarricense de Seguro Social debe aprovecharlo como una oportunidad para el crecimiento económico y para el desarrollo social. Es de suma importancia garantizar la accesibilidad al sistema, el derecho a la salud y la protección social de esta población, así como potenciar estrategias interinstitucionales que fortalezcan su estabilidad social, laboral, económica y, por tanto, su aporte contributivo a la seguridad social.

Estos desafíos conllevan elementos trazadores como el envejecimiento poblacional, el cambio en el perfil epidemiológico, la innovación tecnológica, el empoderamiento ciudadano, la estructura del mercado laboral, el cambio climático, entre otros, que marcarán la seguridad social en el futuro y obligarán a hacer un replanteamiento de la estrategia actual para responder a las necesidades futuras.

Finalmente, el abordaje de desafíos en la gestión institucional, así como la preparación de acciones y estrategias hacia una visión de largo plazo, deben garantizar la continuidad y calidad en la prestación de los servicios, la sostenibilidad financiera, la sostenibilidad ambiental, la contribución a la mejora de la salud y protección social de la población y la generación de valor público.