



Caja Costarricense de Seguro Social
Presidencia Ejecutiva
Dirección de Planificación Institucional

Informe de Evaluación Plan Presupuesto Institucional

Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM)
Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte IVM

Anual 2019

Contenido

Introducción.....	4
Aspectos Generales	5
Alineamiento desde la Gestión para Resultados	5
Sistema de Planificación Institucional (SPI)	5
Plan Estratégico Institucional y su alineamiento (Plan Táctico, Plan Presupuesto).....	6
Seguimiento del Plan-Presupuesto Institucional 2019 y la Estrategia Institucional	7
Objetivo del Informe	7
Alcance y ámbito de aplicación	8
METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN SEGÚN PARÁMETROS DE EVALUACIÓN	8
Resultados de la Ejecución Física	9
Desempeño Institucional.....	9
Resumen Sobre el Desempeño Institucional por Programa IVM-SEM	9
Descripción de logros por Ejes Estratégicos del Plan Estratégico Institucional 2019-2022.....	10
Eje 1.....	11
Promoción de la salud y	11
Prevención de la enfermedad	11
(4 METAS)	11
Eje 2.....	19
Prestación de los Servicios de Salud y Pensiones con oportunidad y calidad.....	19
(13 METAS)	19
Eje 3.....	42
Sostenibilidad del Seguro Social.....	42
(13 metas).....	42
A. Evaluación Actuarial Interna.....	50
B. Nuevo Proyecciones Demográficas Financieras (PRODEFI)	50
C. Acompañamiento Contratación del Nuevo PRODEFI.....	51
D. Términos de Referencia de la Valuación Actuarial Externa.	51
EJE 4	62
Innovación y Mejora Continua de la Prestación de los Servicios.	62
(8 metas).....	62
Consideraciones Finales:	78
Anexo 1	79

Planes de Mejora	79
Anexo 2	82
Matriz de Ejecución Física	82
Anexo 3	100
Portafolio de Proyectos de Inversión	100

Introducción

Con fundamento en las “Normas Técnicas sobre Presupuesto Público (N-1-2012-DC-DFOE)”, emitidas por la Contraloría General de la República, las cuales vienen a encaminar a las instituciones del sector público costarricense en la dinámica e interrelación de los procesos de planificación y presupuesto; así como las directrices de Presidencia Ejecutiva y Junta Directiva, la Dirección de Planificación Institucional, presenta el siguiente informe de Evaluación Física de los Seguros de SEM e IVM de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el cual se mostrará el grado de cumplimiento de la programación física establecida para las metas incorporadas en el Plan Presupuesto Institucional .

Es importante mencionar que el seguimiento es una actividad fundamental, pues permite a los gestores valorar el avance de sus compromisos, identificar la materialización de riesgos y tomar las medidas precisas y oportunas para asegurar el cumplimiento de los objetivos y resultados institucionales.

Aspectos Generales

Alineamiento desde la Gestión para Resultados



En la Institución se ha definido la Gestión para Resultados como el marco de gestión referencial, a fin de orientar el desempeño

institucional hacia el cumplimiento de los objetivos para la generación de resultados, entendido estos como los cambios sociales observables, susceptibles de medición, producto de las intervenciones realizadas de manera transparente y sostenible.

En línea con lo descrito, el fin último de la Gestión para Resultados (GpR) en la Institución, es lograr la generación de valor público por medio de la prestación de sus servicios (salud, pensiones y prestaciones sociales) como respuesta a las necesidades o demandas de la población.

Sistema de Planificación Institucional (SPI)

En la Caja Costarricense del Seguro Social, la implementación del modelo de GPR, inicia con el establecimiento del Sistema de Planificación Institucional (SPI), el cual está constituido en tres niveles de planificación; estratégico, táctico y operativo, viéndose influidos por los

compromisos externos pactados en el Plan Nacional de Desarrollo y de Inversión Pública (PNDIP) y otros planes de diferentes sectores.

Durante la construcción de la planificación, cada uno de estos niveles en las fases de seguimiento y control, utilizan una serie de herramientas para el análisis del entorno y ambiente interno, las cuales contribuyen en la definición estratégica y la valoración del cumplimiento de lo programado como el marco orientador de la gestión. En este sentido, se establece una relación de impacto, resultados, productos y recursos necesarios en cada nivel, que se ve reflejada en los planes, donde se definen las responsabilidades de los actores involucrados.

Figura 1: Sistema de Planificación Institucional



Fuente: Dirección de Planificación Institucional

El SPI utiliza como fundamento el modelo de Gestión para Resultados y se orienta a través del direccionamiento establecido en el Plan Estratégico Institucional, así como los compromisos incorporados en el PNDIP y en otros planes externos.

A partir de lo anterior, la administración conformada por las gerencias y sus respectivas

unidades programáticas, son las responsables de planificar, construir, ejecutar y monitorear las actividades pertinentes para la consecución de la estrategia institucional y la generación de resultados. Además, construyen información y generan productos, que, a través del flujo de información establecido en el SPI, se conforma la plataforma necesaria para la toma de decisiones.

Institucionalmente el Sistema de Planificación Institucional (SPI) constituye la forma y provee las herramientas para gestionar la planificación, desde el nivel superior de autoridad institucional (con la planificación estratégica) y la administración (el nivel táctico y operativo), en el nivel operativo se ejecutan las actividades correspondientes y los recursos destinados al cumplimiento de la planificación estratégica y planificación táctica, constituyendo el motor del sistema, al operacionalizar el direccionamiento estratégico-táctico al que aspira la Institución para la generación de resultados.

Basado en lo anterior y considerando los múltiples factores que interactúan en todo proceso de cambio y transformación social, la planificación estratégica en la CCSS se ha centrado en la definición del direccionamiento estratégico para alcanzar los resultados en salud y pensiones, conforme la cadena de resultados institucional y el escenario futuro deseado, en el entendido de que los efectos e impactos que reflejan la consecución de estos resultados, están previstos para el largo plazo, constituyendo el Plan Estratégico Institucional 2019-2022 (PEI), uno de los instrumentos que orientará la gestión institucional hacia la consecución de dicho fin.

Para alcanzar los resultados esperados, se han definido un conjunto de componentes estratégicos en el PEI 2019-2022, los cuales delimitan el rumbo que en los próximos años orientará la gestión institucional y brindan la estructura del direccionamiento estratégico, según se muestra a continuación:

Figura 2: Estructura PEI 2019-2022

Plan Estratégico Institucional y su alineamiento (Plan Táctico, Plan Presupuesto)

Uno de los principales retos que asume la Institución como fundamento para el Plan Estratégico Institucional 2019-2022, es responder a las demandas de la población, en términos de eficacia, eficiencia, así como una transparente rendición de cuentas en el uso y aplicación de los recursos.



Fuente: Dirección de Planificación Institucional 2019

En aras de cumplir con la estrategia definida en el PEI 2019-2022, las unidades ejecutoras a nivel institucional, conforme el ordenamiento planteado en el Sistema de Planificación Institucional, aportan la mayor parte de las contribuciones de la Institución para la generación de resultados, programando en sus Planes Presupuesto los objetivos y metas que desean alcanzar en cada uno de los años, de acuerdo con los recursos disponibles (financieros, humanos, estructura y equipo).

En este sentido se cuenta con los Planes Tácticos que fungen como puente entre la planificación estratégica y la Planificación Operativa.

En línea con lo descrito, el presente informe se centrará en detallar el estado de cumplimiento de las metas programadas en el Plan Presupuesto Institucional 2019, agrupándolas, según Eje Estratégico del PEI, lo cual permitirá mostrar el conjunto de acciones emprendidas por las unidades y su alineamiento con el PEI 2019-2022, así como su vinculación con los programas presupuestarios. Seguidamente se listan los ejes estratégicos del PEI:

Figura 3: Ejes Estratégicos



Fuente: Dirección de Planificación Institucional 2019

Seguimiento del Plan-Presupuesto Institucional 2019 y la Estrategia Institucional

Con el objetivo de dar seguimiento al Plan Presupuesto Institucional 2019, es importante considerar el análisis de la ejecución física, a través del cumplimiento de los objetivos y metas que contribuyen a los resultados de la Institución, así como los aspectos referentes a la evaluación presupuestaria y la justificación de las desviaciones de las diferentes subpartidas.

Es importante mencionar que las metas se encuentran relacionadas con diferentes programas como lo son: Programa de Atención Integral a la Salud de las Personas, Programa de Atención Integral de las Pensiones y Programa de Conducción Institucional, así como alineamiento con el PNDIP y las líneas de acción del PEI 2019-2022.

El análisis detalla los logros alcanzados versus lo programado, indicando los factores de éxito, limitaciones y riesgos materializados que incidieron en el cumplimiento de las metas. Esta información constituye un insumo para la toma de decisiones y la implementación de acciones correctivas y preventivas.

Objetivo del Informe

Informar a las Autoridades Superiores, el estado de avance de los compromisos trazados a nivel del Plan Presupuesto Institucional, según eje estratégico del PEI 2019 2022 y

su relación con los programas de Atención Integral a la Salud de las Personas, Atención Integral de las Pensiones y Conducción Institucional correspondiente al año 2019, con el propósito de generar información relevante de los resultados obtenidos en el proceso de rendición de cuentas hacia la máxima autoridad institucional y consecuentemente al Ente Contralor; y a su vez, coadyuve en la dinámica de las decisiones por tomar, requeridas para encaminar y corregir los desvíos encontrados.

Alcance y ámbito de aplicación



Este informe se delimita al proceso de evaluación de los Seguros de SEM e IVM de la Caja Costarricense de Seguro

Social, con los resultados de la evaluación física al 31 de diciembre del 2019.

METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN SEGÚN PARÁMETROS DE EVALUACIÓN

El presente documento se elabora 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.

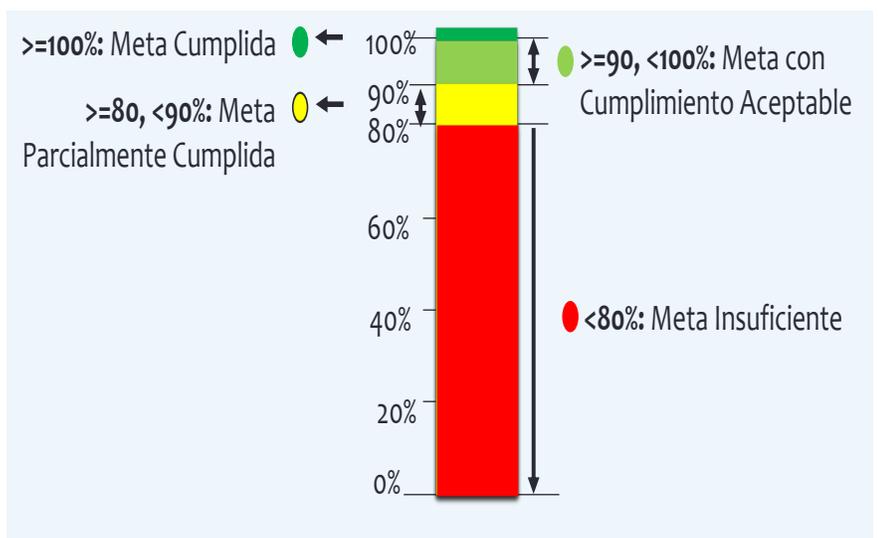
Según lo dispone la legislación vigente, dicha información estará disponible públicamente para consulta y revisión de actores interesados y la ciudadanía en general.

Los datos obtenidos constituyen un insumo base para la toma de decisiones por parte de las autoridades institucionales y a su vez conforman un método de rendición de cuentas hacia el Ente Contralor.



Para una mejor comprensión de los resultados obtenidos, se indica que el desempeño de los programas institucionales (Atención Integral a la Salud de las Personas, Atención Integral de las Pensiones y Conducción Institucional) y sus metas, se determinan comparando lo ejecutado versus lo programado, expresando el cociente de la división como un porcentaje de avance, el cual se ubica posteriormente en una de las categorías definidas en los parámetros de evaluación, aprobados por el Consejo de Presidencia y Gerentes en la sesión N° 315 del 7 de mayo del 2012, según se observa en la siguiente figura:

Figura 4: “Parámetros de Evaluación”



Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social, 2012

Resultados de la Ejecución Física

Desempeño Institucional

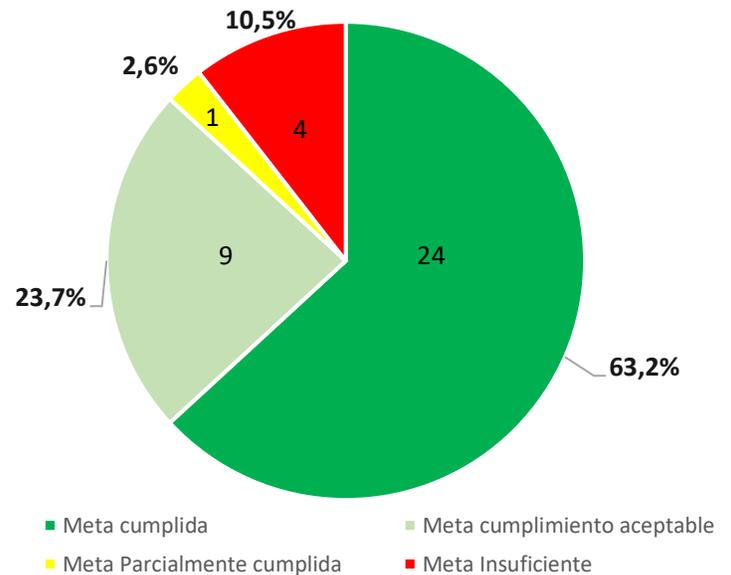
El Plan Anual Institucional está constituido de 40 metas e igual número de indicadores, el cual incluye metas SEM, IVM y RNC, siendo las que determinarán el desempeño institucional en este periodo.

Es necesario aclarar que el presente informe contempla únicamente las acciones relativas a los Seguros de Enfermedad y Maternidad (SEM) e Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) (38 metas), siendo que las metas restantes, correspondientes al Régimen No Contributivo de Pensiones (RNC), se reportan en informe independiente, conforme el procedimiento vigente.

En el caso de las metas programadas en los Seguros de SEM e IVM; el 31.6% (12 metas) se derivan del Plan Nacional de Desarrollo y de Inversiones Públicas 2019-2022 y el 68,4% (26 metas) están asociadas a los Planes Tácticos Gerenciales.

Al cierre del año 2019, en conjunto ambos Seguros de IVM y SEM, obtienen un desempeño global del 92,0%; que se corresponden con la siguiente desagregación: 24 metas se catalogan “cumplidas” equivalente a un 63,2% del total evaluadas; 9 (23,7%) presentan un “cumplimiento aceptable”; 1 (2,6%) como “parcialmente cumplida” y 4 metas (10.5%) “insuficiente” según se muestra en el siguiente gráfico:

Gráfico 1: Desempeño Institucional Seguros SEM-IVM Según Parámetros de Evaluación Al 31 de diciembre 2019



Fuente: Dirección de Planificación Institucional, 2019

Resumen Sobre el Desempeño Institucional por Programa IVM-SEM

Para determinar el desempeño institucional, se realiza la sumatoria del porcentaje de cumplimiento obtenido en cada meta. Esta sumatoria debe contrastarse con la nota máxima del cumplimiento total del Plan Presupuesto Institucional, para determinar el grado de avance real. En el cuadro 1, se incluye el logro de los cuatro programas, incluido el del Régimen No Contributivo para determinar el desempeño general institucional. Importante reiterar que el RNC, no está incorporado en el presente informe, dado que su reporte se realiza de forma independiente. Seguidamente se

detalla el desempeño institucional de cada uno de los programas presupuestarios:

**Cuadro N° 1: Desempeño Institucional por Programa
Al 31 de diciembre, 2019**

Programa	Número de metas	% Cumplimiento
1- Atención Integral a la Salud de las Personas	24 metas - 04 metas Eje 1 - 13 metas Eje 2 - 04 metas Eje 3 - 03 metas Eje 4	88,6%
2- Atención Integral de las Pensiones	4 metas - 03 meta Eje 3 - 01 meta Eje 4	97,5%
3- Conducción Institucional	10 metas -06 metas eje 3 -04 metas Eje 4	97,8%
Total, Institucional IVM-SEM	38 metas	92,0%
4- Régimen No Contributivo de Pensiones	2 metas - 02 metas Eje 2	100%
Total, Institucional IVM-SEM y RNC	40 metas	92,4%

Fuente: Dirección de Planificación Institucional, 2019

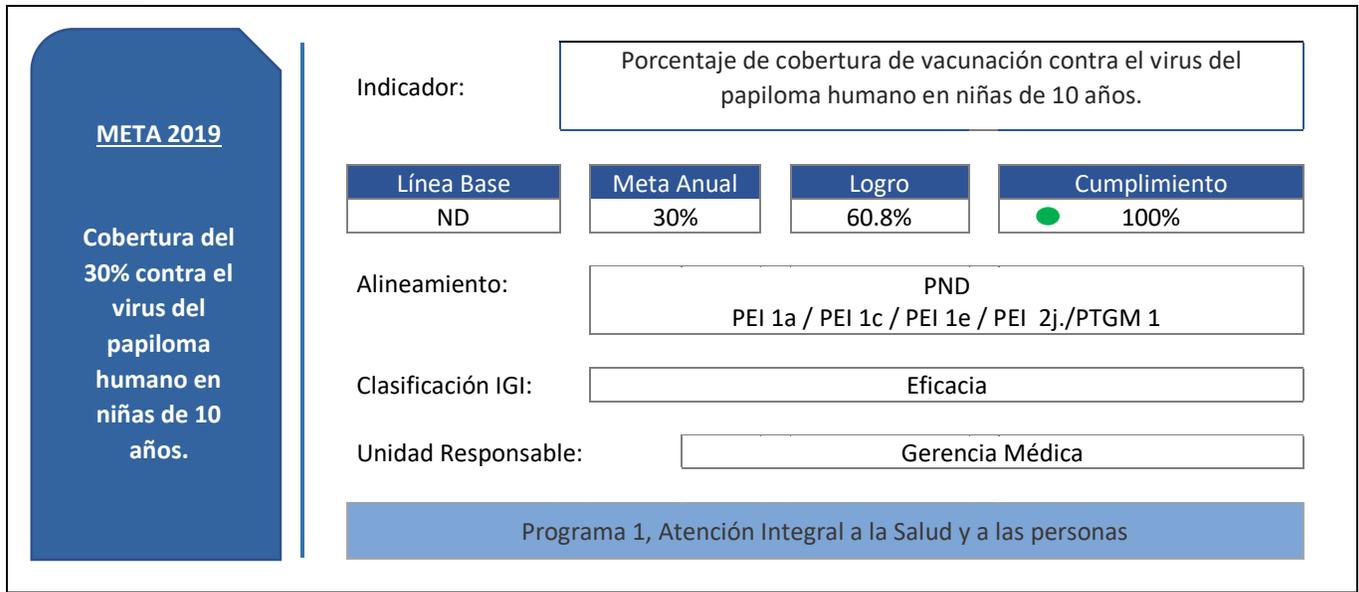
Descripción de logros por Ejes Estratégicos del Plan Estratégico Institucional 2019-2022.

La misión institucional, se sustenta en el mandato definido en la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, centra la razón de ser institucional en la prestación de servicios de salud y pensiones a la población, los cuales deben traducirse en resultados, concebidos para generar valor público, es decir, cambios positivos y tangibles en la situación y condiciones de la población costarricense. Con fundamento en lo anterior fue formulado el PEI 2019-2022, el cual a partir de los desafíos a los que se enfrenta la institución, define cuatro ejes estratégicos, delimitando a su vez las líneas de

acción que buscan orientar el funcionamiento institucional hacia la generación de resultados y la consecución de un futuro deseado.

Acorde con lo descrito cada una de las metas trazadas en el Plan Institucional 2019, se encuentran alineadas al PEI 2019-2022, por lo que seguidamente se muestran los logros en cada una de ellas agrupadas según eje estratégico del PEI:

Eje 1
Promoción de la salud y
Prevención de la enfermedad
(4 METAS)



Análisis de resultados:

Esta meta obtuvo una cobertura del 60,8% para un total de 14.097 niñas vacunadas con primera y segunda dosis, este resultado duplicó el resultado esperado, alcanzando el 100% de cumplimiento.

El sobrecumplimiento de la meta obedece a que esta vacuna es nueva y ha sido objeto de una importante afectación mediática, lo cual estimula a la población meta a acudir para aplicársela.

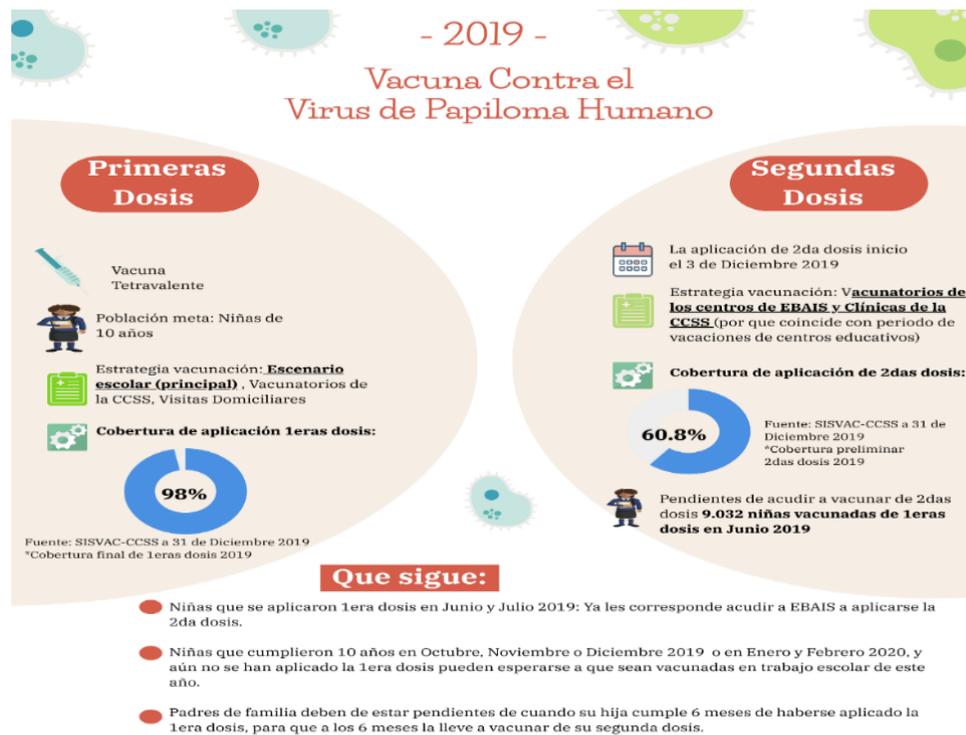
Al momento de la formulación de la meta, se esperaba obtener una cobertura baja, sin embargo, el estímulo de la población meta, aunado a la capacitación y motivación el personal de salud de la CCSS, así como la implementación de estrategias de captación y comunicación, lograron que la población respondiera adecuadamente a la aplicación de la vacuna.

Entre los principales factores de éxito que permitieron el logro de esta meta se puede mencionar:

- La inclusión de esta vacunación ha sido exitosa, muy bien recibida y aceptada por la población.
- El personal de la CCSS ha estado comprometido con la captación de niñas, tanto en escenario escolar como en escenario domiciliario o intramural, persiguiendo siempre las técnicas de vacunación segura.
- Se ha fortalecido la capacitación e información sobre la importancia de la aplicación de la vacuna, lo que ha contribuido a su aceptación.
- Los ESAVIS (efectos adversos supuestamente asociados a la vacunación) que se han presentado, han sido leves y asociados a la zona de aplicación.

Figura N°5

Cobertura Vacunación Virus de Papiloma Humano



Fuente: Informe Seguimiento Anual 2019, Gerencia Médica.

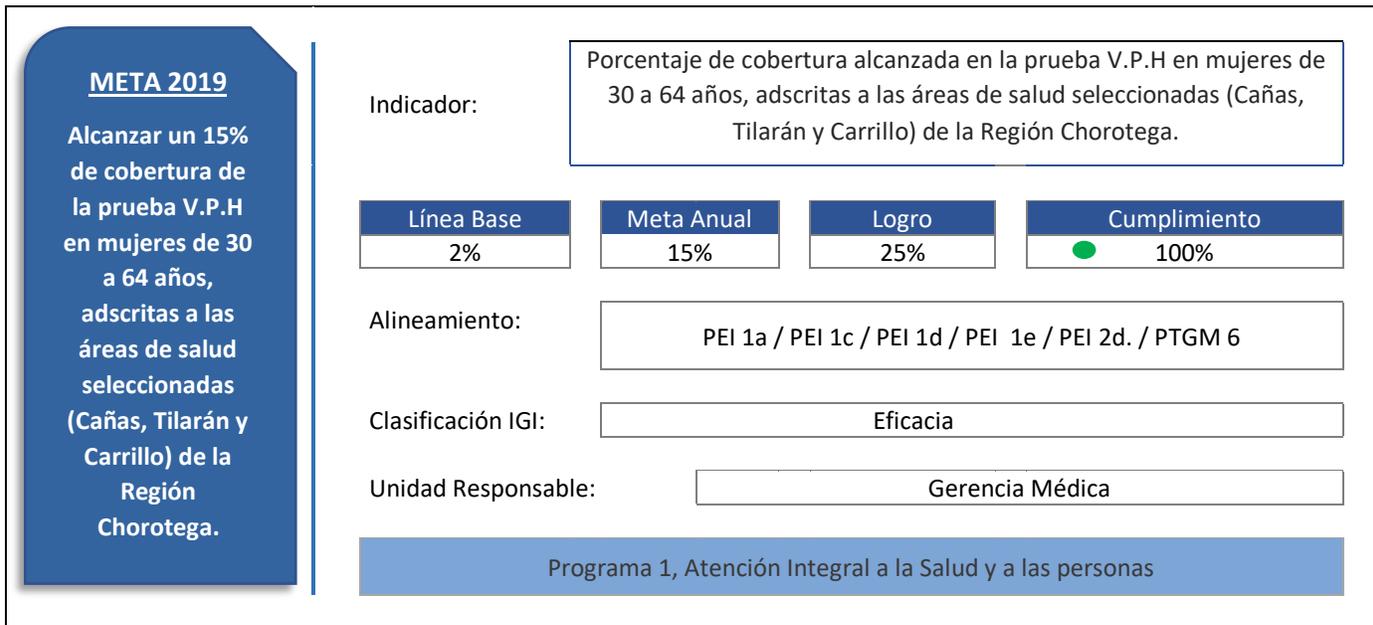
Cabe mencionar que esta meta alcanzó un cumplimiento satisfactorio, sin embargo, existen limitaciones que pueden afectar la meta:

- Fecha de inicio de aplicación, la cual se dio a mitad de periodo (junio 2019), las segundas dosis se comenzaron a aplicar el 03 de diciembre del 2019, esto generó dificultad para obtener los datos de cobertura definitivos al finalizar el año.
- La producción de vacunas para la OPS durante los años sucesivos es un riesgo inminente que podría repercutir en el abastecimiento de dicha vacuna.

Es importante mencionar que se continuarán realizando acciones de mejora, con el fin de alcanzar más resultados positivos en esta meta, entre la cuales se pueden señalar:

- Continuar con implementación de estrategias que abarquen el proceso de vacunación tanto en primera como segunda dosis en escenario escolar.
- Se fortalecerá la educación e información a los padres de familia.
- Se llevará un control estricto del inventario de la vacuna de VPH.

El gasto de la meta durante el 2019 fue de ¢ 229.90 millones, requiriendo un mayor financiamiento, dado que inicialmente se superó el presupuesto programado (¢116.9 millones) para la adquisición de la vacuna del VPH. Lo anterior, surge a raíz de que la programación original se realizó según el costo de la compra de vacunas con base en la Organización Panamericana de la Salud (fondo rotatorio) sin embargo, dicho ente se vio desabastecido de la vacuna y no pudieron solventar la necesidad de esta en el tiempo establecido por lo que se debió recurrir a comprar a un tercero, lo que implicó mayores costos para la adquisición de la vacuna, situación que fue solventada por la Gerencia de Logística.



Análisis de resultados:

En lo que respecta al V.P.H, la meta alcanzó un 25% de cobertura, esto quiere decir que de la meta programada se obtuvo un 100% de cumplimiento. Lo anterior responde a varios factores, entre los que podemos mencionar:

- En las áreas de salud tenían una producción baja de toma de citologías, se realizó un análisis de la eficiencia en este aspecto y de acuerdo con el mismo, se establecieron metas semanales a cada EBAIS, lo aumentó la captación de mujeres.
- Se contó con un proceso de sensibilización en las usuarias con respecto a las ventajas de la prueba de VPH, esto causó un efecto positivo haciendo que las mujeres demandaran por sí mismas la prueba.
- Las áreas de salud cuentan con los requerimientos e insumos necesarios para la realización de la prueba de VPH.

- El personal está sumamente comprometido y capacitado, esto permitió aumentar la cobertura en el tamizaje de mujeres de 30 a 64 años.
- Existe una comunicación oportuna entre médicos, enfermería, laboratorio y transporte que permite conocer dónde y cuándo hay muestras para procesar.
- Se ha dado una adecuada divulgación en redes sociales, apoyo de redes comunales y otras instituciones como INAMU, Ministerio de Salud y el mismo personal.

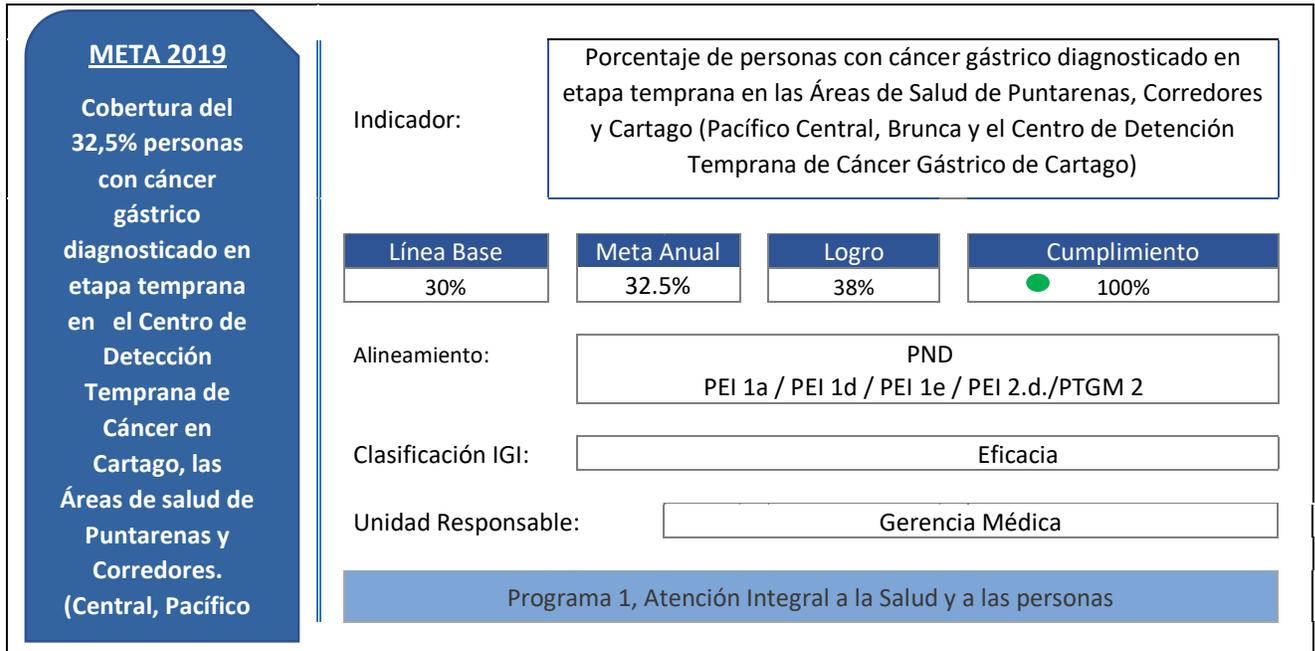
- En el caso del Área de Salud de Cañas, en el Servicio de Gineco-Obstetricia, se brinda un abordaje integral en la usuaria, así como el apoyo de los médicos de EBAIS.

Por otra parte, también se han presentado limitaciones para el cumplimiento de la meta, entre estas, se puede mencionar que hay usuarias sin modalidad de aseguramiento, para esto se ha planteado como estrategia brindar educación a la población en este tema, además, en el Área de Salud de Carrillo no se cuenta con transporte fijo para el retiro de en los EBAIS; a pesar de los esfuerzos, todavía existe falta compromiso por parte de algunos médicos en la toma de muestras por VPH.

Cabe mencionar que se trabajan algunas estrategias para lograr mejores resultados futuros, entre los cuales se encuentran las siguientes:

- Mejorar del transporte, de esta manera, contar con un chofer diariamente para realizar gira a los diferentes EBAIS a retirar muestras tomadas.
- Establecer la programación anual 2020, por parte de los EBAIS con las pacientes a toma de muestra.
- Reforzar la capacitación en los médicos y personal de salud sobre la importancia de la toma de VPH en mujeres de 30-64 años, esto realizado en forma integral y bajo la premisa, de continuar con la misma tendencia de trabajo a la fecha.
- Mantener constante monitoreo en las comunidades por medio de los ATAPS donde se registre y se dé seguimiento a las usuarias que no se les ha tomado la prueba con el fin de que sean referidas al EBAIS o al servicio de ginecobstetricia según corresponda.

En cuanto a la ejecución presupuestaria para llevar a cabo este logro, este se dio por la compra de reactivos para las pruebas de VPH a demanda, para un monto de €30.4 millones ejecutado en el periodo 2019, lo cual está en relación con lo programado.



Análisis de resultados:

Para el año 2019, esta meta obtuvo un logro del 38% de cobertura, lo cual significa un cumplimiento del 100% según lo programado.

Lo anterior se debe al trabajo realizado en el Centro de Detección de Cáncer Gástrico de Cartago, el cual ha diversificado el tamizaje de cáncer gástrico, empleando endoscopia directa en los cantones de mayor incidencia, permitiendo abordar un número mayor de población.

Además, existe una propuesta para mejorar el alcance de la detección temprana de este tipo de cáncer en los cantones prioritarios del país, lo cual daría sostenibilidad a la intervención y permitiría consolidar la detección temprana en los cantones de mayor incidencia.

Esta meta alcanzó un cumplimiento satisfactorio, pese a ello, se presentaron limitaciones que incidieron en su implementación, tales como:

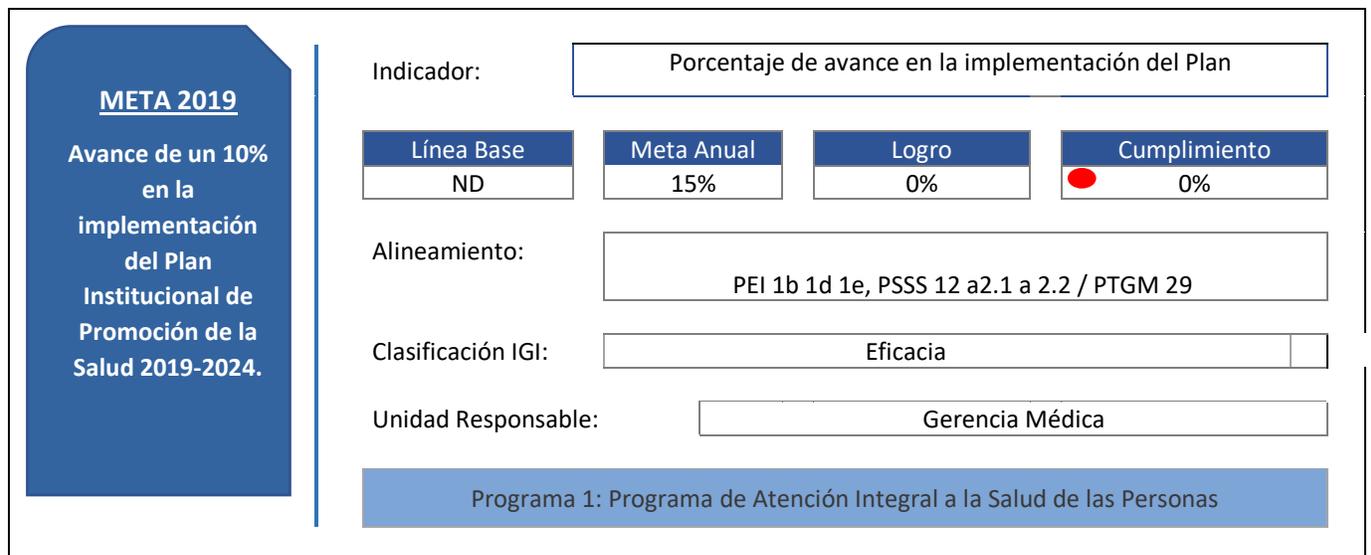
- La dotación de recurso humano ha sido un punto crítico para la consolidación de este proyecto, desde sus inicios en el 2015 tanto en Puntarenas como en el Sur-Sur.
- Actualmente, la Clínica San Rafael de Puntarenas no cuenta con un Médico Especialista en Radiología. Ante esta situación, se han implementado alianzas estratégicas con el Hospital Monseñor Sanabria para la realización de los estudios radiológicos.

- En el Hospital de Ciudad Neilly, la demanda de gastroscopias supera la capacidad de respuesta de este Centro, lo cual limita la realización oportuna de los estudios.

Para los próximos períodos se implementarán acciones de mejora, para continuar con la atención oportuna en pacientes con cáncer gástrico, entre las que se pueden mencionar las siguientes:

- Continuar con la mejora en la detección temprana a nivel de los cantones prioritarios del país.
- En trámite la dotación del Médico Especialista en Radiología para la Clínica San Rafael de Puntarenas.
- Continuar implementando alianzas de cooperación entre los centros de salud, para efectuar el tamizaje de manera oportuna.

El gasto ejecutado para el cumplimiento de esta meta fue de 4,5 millones de colones.



Análisis de resultados:

En lo que respecta a la implementación del Plan Institucional de Promoción de la Salud 2019-2024, este instrumento actualmente se encuentra en fase de revisión por parte de las autoridades superiores.

No obstante, durante el año 2019 se efectuaron actividades según fases del Plan Institucional de Promoción de la Salud y síntesis que integran cada fase, entre las que se pueden mencionar:

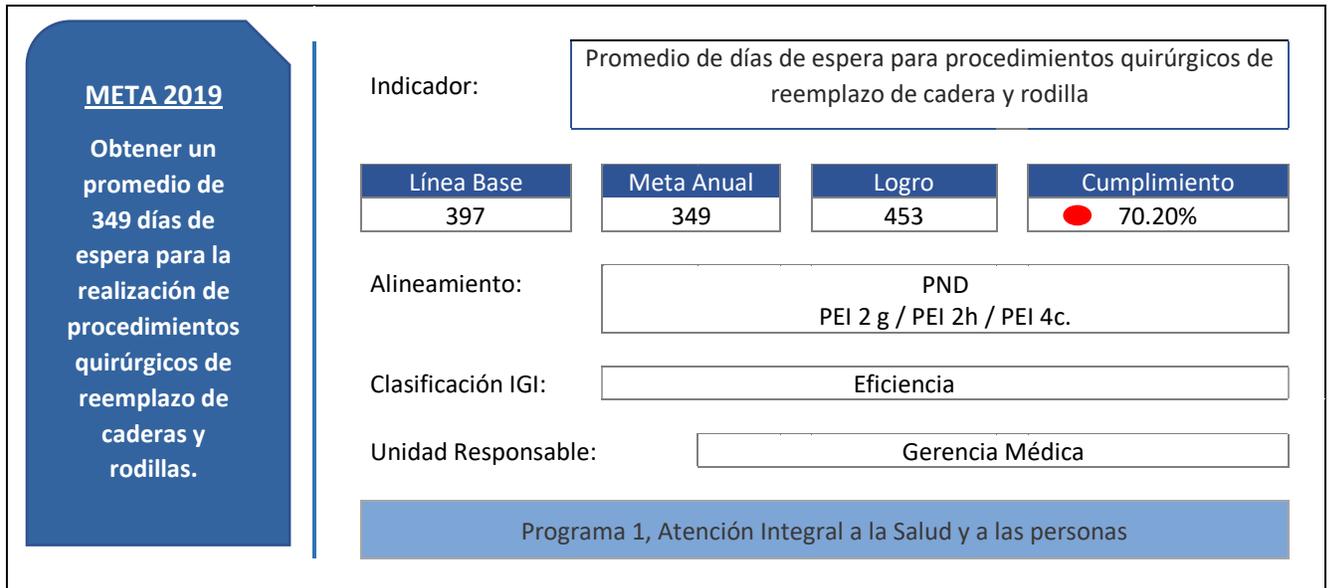
- Fase 1, Análisis de situación: en esta fase se hizo el análisis FODA que constituyó el mapeo de recursos humanos, financieros, materiales, infraestructura y tecnología, también se hizo la identificación de ámbitos institucionales en promoción de la salud, además se realizó un análisis de investigaciones nacionales sobre hábitos saludables en los diferentes grupos de población.
- Fase 2, Identificación de mejores prácticas y lineamientos existentes en Promoción de la Salud: en esta fase se realizó el inventario de prácticas y lineamientos existentes, la identificación de mejores prácticas; la definición de prácticas deseables; la validación de prácticas en promoción de la salud y el diseño de oferta Institucional de Promoción de la Salud.
- Fase 3, Reorientación de la prestación de los servicios: se desarrollaron las siguientes actividades, definición de directrices y lineamientos gerenciales; dotación de recursos humanos, financieros, materiales, tecnológicos y de infraestructura. Además, el sistema de información Institucional de Promoción de la Salud, la estrategia de comunicación interna y externa; la red institucional para asesoría y realimentación e intercambio metodológico.
- Fase 4, Normalización técnica y de gestión para el nivel operativo: en esta fase se realizó los lineamientos técnicos y de gestión, la definición de indicadores en Planificación Institucional; las guías metodológicas y material gráfico y capacitación.
- Fase 5, Seguimiento y evaluación: esta fase desarrolló la estrategia de seguimiento de la gestión, desempeño y logros; los planes de mejora continua y la evaluación de resultados del Plan Institucional de Promoción de la Salud.

Para los siguientes años el porcentaje de avance en la implementación del Plan Institucional de Promoción de la Salud 2019-2024, estará sujeto a la decisión que se brinden en corto plazo.

A solicitud de la Gerencia Médica el Plan Institucional de Promoción de la Salud 2019-2024 se encuentra en proceso de modificación, motivo por el cual se está a la espera de las observaciones de parte de las autoridades para continuar según lo indicado.

Respecto a la ejecución presupuestaria las actividades fueron desarrolladas con presupuesto ordinario de la unidad y en espacios Instituciones, lo cual no amerita gasto presupuestario.

Eje 2
Prestación de los Servicios de Salud y Pensiones con
oportunidad y calidad
(13 METAS)



Análisis de resultados:

La realización de procedimientos quirúrgicos de reemplazo de caderas rodillas alcanzó en promedio 453 días de espera, de los 349 días programados, alcanzando un cumplimiento del 70.20%.

Si bien es cierto, la meta no avanzó más de lo esperado, se evidencian importantes logros en la disminución de la espera de este tipo de procedimientos.

Producto de las intervenciones realizadas en esta materia, durante los últimos 6 años se ha logrado disminuir a la mitad el promedio de días de espera en la resolución para los procedimientos quirúrgicos de reemplazo de cadera y rodilla, al pasar de 889 días de espera en el año 2014 a 453 días en el año 2019.

Respecto del año anterior, la disminución en los días de espera también ha sido considerable, al pasar de 573 a 453 días, es decir, 120 días menos y una variación de 20,92% entre ambos años.

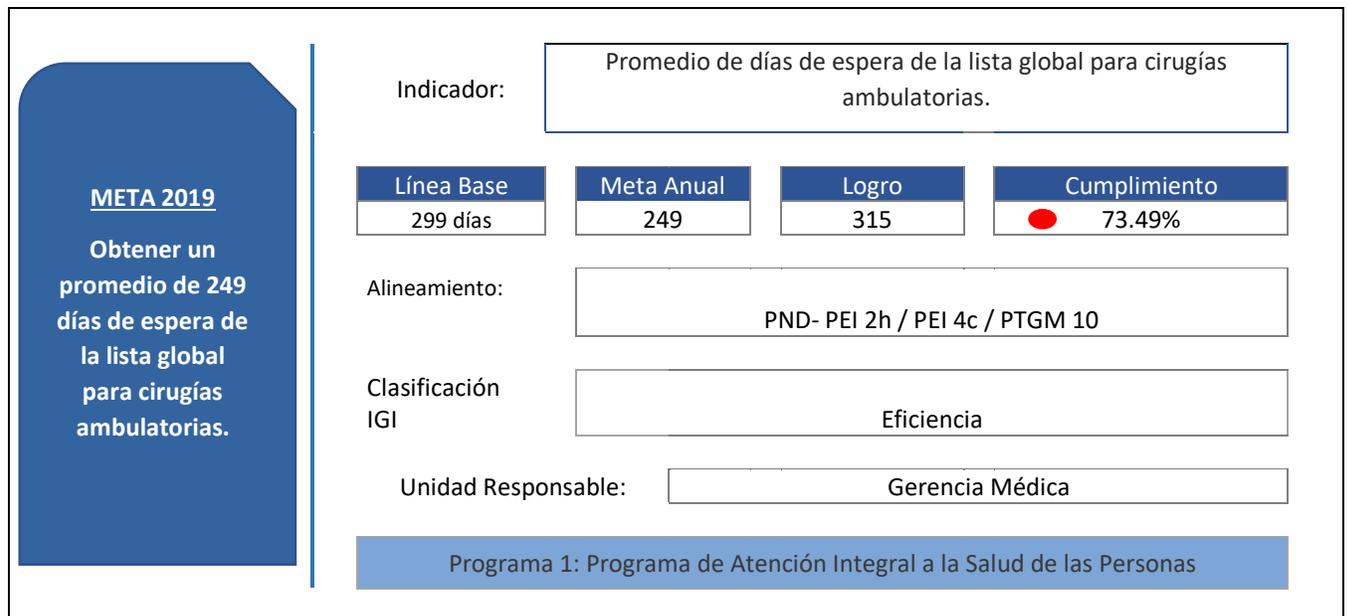
Este logro es producto de las intervenciones realizadas en los centros de salud correspondientes, sobresaliendo avances importantes en algunos de ellos, tales como: CENARE, Hospital México, Hospital Enrique Baltodano de Liberia, Hospital Calderón Guardia y Hospital Max Peralta de Cartago.

Entre las principales limitaciones presentadas para el logro de la meta están:

- Al momento de generar la línea base los sistemas de información no estaban unificados, sin embargo, actualmente el 100% de los hospitales generadores de listas de espera realizan esta labor en el sistema unificado ARCA.
- El CENARE es una de las unidades de salud que resuelven más este tipo de cirugía, no obstante, fue hasta en el mes de abril que se pudo dar inicio con el proyecto para la resolución de procedimientos quirúrgicos de reemplazo de cadera y rodilla, lo cual incidió en el tiempo para la resolución y a su vez en el avance del indicador.

Entre las acciones de mejora para la atención de rezagos en el avance de las metas está la ampliación para el año 2020 del proyecto en el CENARE para la resolución de procedimientos quirúrgicos de reemplazo de cadera y rodilla.

Para el cumplimiento de esta meta se gastó un total de €3.000 millones de colones, recursos que se ejecutaron según lo programado.



Análisis de resultados:

Esta meta alcanzó 315 días de espera de los 249 días programados, lo cual representa un cumplimiento del 73.49%. Este avance equivale a la realización de 92.124 cirugías ambulatorias bajo esta modalidad.

En el siguiente grafico se muestra el comportamiento de los días de espera de las cirugías ambulatorias, notándose una reducción de 24 días en el mes de diciembre, respecto al mes enero del mismo año:

Gráfico N°2
“Comportamiento Plazo Cirugías Ambulatorias”



Fuente: Informe Seguimiento Anual 2019, Gerencia Médica

Dentro de los principales obstáculos y limitaciones que incidieron en el cumplimiento de esta meta, se detallan los siguientes:

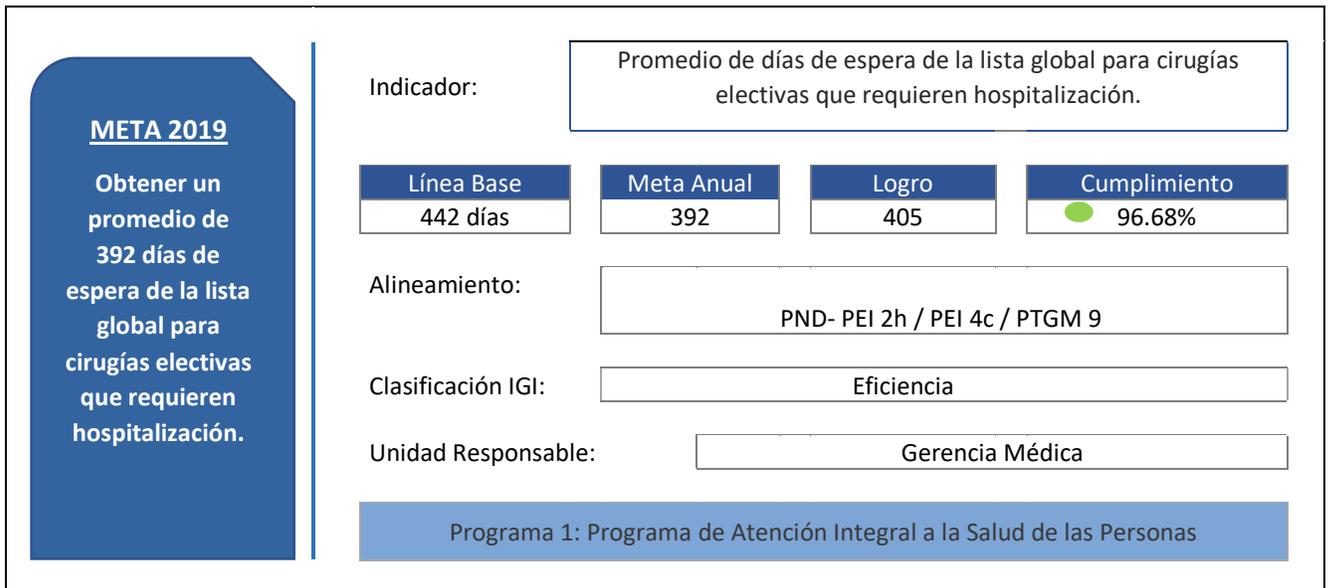
- Al momento de generar la línea base los sistemas de información no estaban unificados, sin embargo, actualmente el 100% de los hospitales generadores de listas de espera realizan esta labor en el sistema unificado ARCA.
- Las Jornadas de Producción dieron inicio en febrero en la Región de Chorotega, paulatinamente se integraron las Regiones Central Norte y Central Sur las cuales iniciaron aproximadamente en el mes de mayo, esto incidió en el porcentaje obtenido puesto que las Jornadas comenzaron a realizarse en diferentes meses del año.

Como parte de las acciones de mejora en la disminución del número de días de espera de cirugías ambulatorias, se pueden citar:

- Continuar con la mejora en la gestión de las listas de espera de los C.A.I.S. ya que, es donde se están realizando la mayor cantidad de cirugías de este tipo.
- Disminuir la lista de espera en esta modalidad mediante las nuevas salas del Hospital México, Max Terán, CENARE.
- Realizar mayor cantidad de cirugías ambulatorias en la Clínica Oftalmológica y la Clínica Marcial Fallas.

- Ampliar la cantidad de quirófanos mediante la construcción de la Torre Este del Hospital Calderón Guardia y la construcción de la Torre de Quirófanos del Hospital México.

En lo referente a la ejecución de esta meta debe aclararse que una cantidad importante de pacientes que se encontraban en lista de espera de cirugías electivas, fueron revaloradas resolviendo su condición bajo la modalidad de cirugías ambulatorias, lo cual engrosó la cantidad de cirugías de este tipo, requiriendo por ende un mayor financiamiento del programado.



Análisis de resultados:

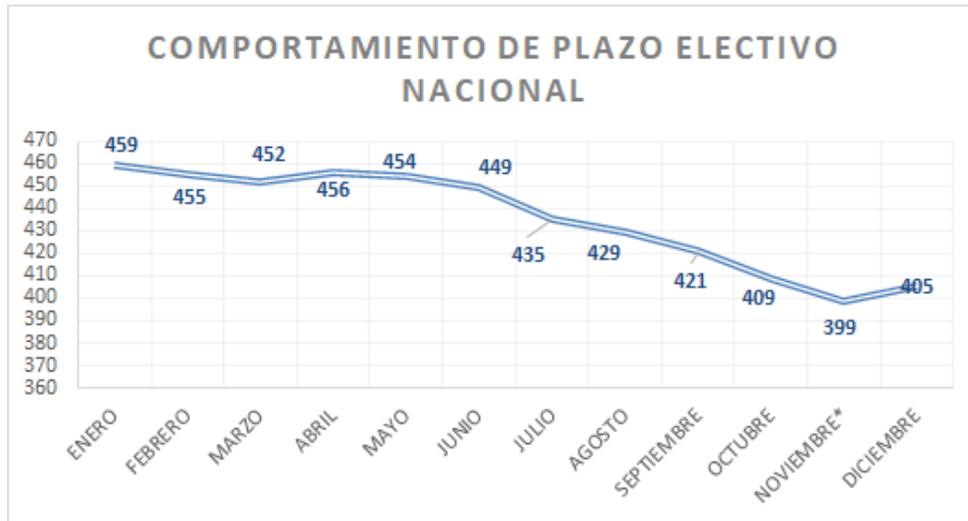
Esta meta obtuvo un promedio de 405 días de espera de los 392 programados para la realización de cirugías electivas, lo cual representa un cumplimiento del 96.68%

Este resultado responde al trabajo en conjunto con los centros médicos y a la resolución de pacientes más antiguos de las listas de espera.

El siguiente gráfico muestra el comportamiento mensual durante el año 2019 de los días de espera para la realización de cirugías electivas, haciéndose notar una disminución importante conforme avanzó el año, para un total de 54 días menos de espera entre enero y diciembre:

Gráfico N°3

"Comportamiento Plazo Cirugías Electivas"



Fuente: Informe Seguimiento Anual 2019, Gerencia Médica

El logro obtenido en esta meta es significativo, sin embargo, se presentaron los siguientes obstáculos y limitaciones:

- Al momento de generar la línea base los sistemas de información no estaban unificados, sin embargo, actualmente el 100% de los hospitales generadores de listas de espera realizan esta labor en el sistema unificado ARCA.
- Ausentismo de pacientes que se encuentran en la lista de espera.
- Realización de cirugías ambulatorias en lugar de cirugías electivas.

Este indicador obtuvo una sub-ejecución presupuestaria de 32,97% (¢2.638,00 millones), producto del comportamiento inverso en el gasto de cirugías electivas y ambulatorias, siendo que muchos de los pacientes que se encontraban en lista de espera de cirugías electivas fueron revalorados, su atención se resolvió bajo modalidad de cirugía ambulatoria, lo cual provocó una disminución en el gasto de cirugías electivas.

Realizar un 43% de cirugías mayores en forma ambulatoria de la lista de prioridad realizada.

Indicador: Porcentaje de cirugías mayores de la lista de prioridad realizada en forma ambulatoria.

Línea Base	Meta Anual	Logro	Cumplimiento
41,6%	43%	67%	● 100%

Alineamiento: PEI 4c. / PTGM 11

Clasificación IGI: Eficiencia

Unidad Responsable: Gerencia Médica

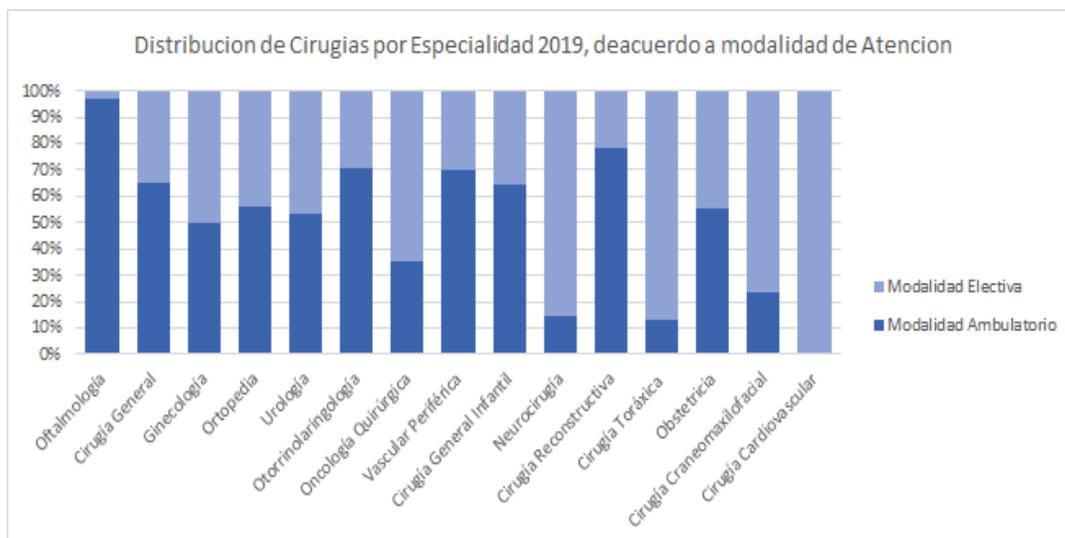
Programa 1: Programa de Atención Integral a la Salud de las Personas

Análisis de resultados:

Este indicador obtuvo un logro del 67% lo cual corresponde a un cumplimiento del 100%, esto responde a que se ha dado énfasis a la cirugía ambulatoria, es así como del total de intervenciones quirúrgicas que se llevan a cabo en los distintos centros, el 67% se resuelve por la vía de cirugía ambulatoria, logrando así un mejor aprovechamiento de la capacidad instalada.

En el siguiente grafico se muestra la distribución de cirugías por especialidad, de acuerdo con la modalidad de atención, durante el año 2019:

**Gráfico N°4
"Distribución de Cirugías por Especialidad (Modalidad de Atención)"**



Fuente: Informe Seguimiento Anual 2019, Gerencia Médica

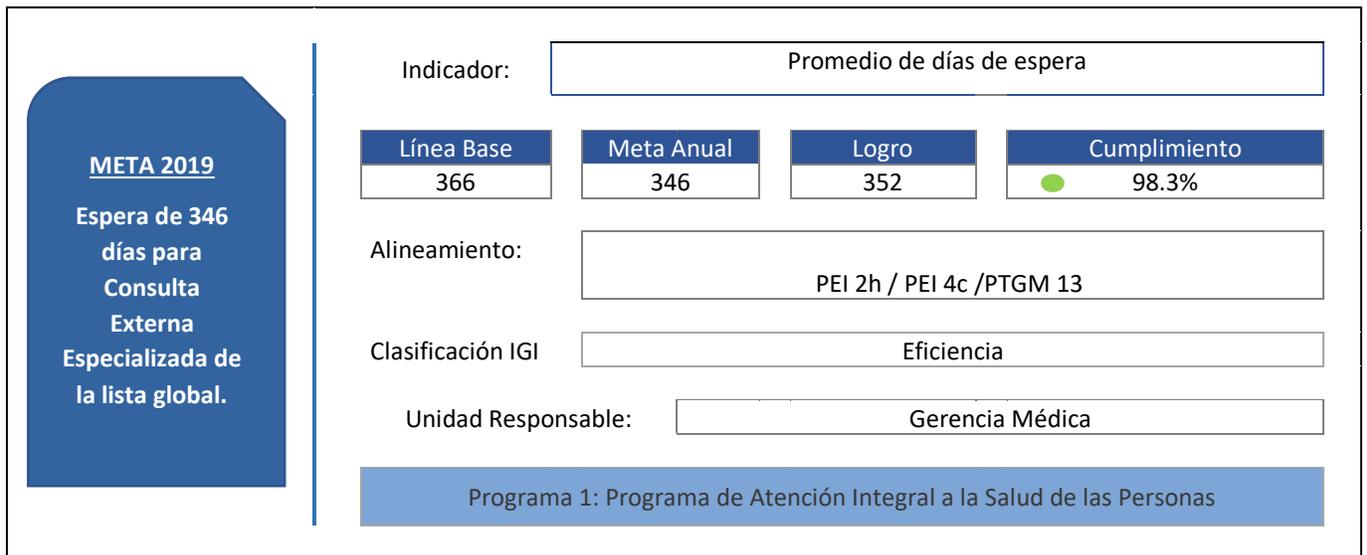
Los factores de éxito que incidieron en la consecución de esta meta se citan a continuación:

- Nuevos procedimientos ambulatorios en el CAIS de Cañas, tales como tiroidectomías ambulatorias e histeroscopias.
- Apoyo en la adquisición de equipamiento para el CAIS de Cañas, CAIS de Puriscal y CAIS de Siquirres y otros centros de la red que apoyan la realización de cirugías ambulatorias tales como: torres de laparoscopia, histeroscopias, mesas quirúrgicas, arco en C, entre otros.
- Incorporación de nuevos especialistas gracias a la coordinación con la Comisión de Asignación de Especialistas. Otro factor favorable es que se han derivado cirugías de bajo riesgo a los CAIS antes referidos.
- Las cirugías de menor complejidad como vasectomías han sido resueltas por Áreas de Salud como Tibás-Uruca-Merced, Coronado, así como en el CAIS de Cañas. Se ha promovido la realización de cirugías ginecológicas y de cirugía general en los CAIS por vía ambulatoria.
- Coordinación con la Comisión de Cirugía Ambulatoria y la Gerencia de Infraestructura y Tecnología en la evaluación de nuevas tecnologías y su ubicación en las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud para llevar a la realización de cirugías más complejas de forma ambulatoria, siendo que se encuentra finalizado el estudio de sistema de láser quirúrgico para hiperplasia prostática benigna.

Aunque la meta se logró holgadamente, existieron obstáculos significativos, entre los cuales se pueden señalar:

- Ausentismo de los pacientes en especialidades como: Oftalmología, Cirugía General, Ortopedia, Urología y Ginecología las cuales coinciden con las especialidades que presentan mayor porcentaje de resolución bajo esta modalidad, ejemplificadas en el cuadro anterior; la falta de recurso humano como especialistas.
- Falta de infraestructura y equipamiento
- Poca cantidad de recursos destinados al Programa de Procedimientos.

En lo que respecta a la ejecución presupuestaria, este indicador obtuvo un gasto de 1,000 millones, el cual fue ejecutado acorde a lo programado.



Análisis de resultados:

Durante el año 2019, se obtuvo un logro de 352 días de espera, lo cual corresponde a un cumplimiento del 98.3%. Para el logro favorable de esta meta se han establecido múltiples proyectos, siendo el de mejor resultado la plataforma de atención a nivel nacional establecida por el Servicios de Fisiatría en CENARE, misma que abordará en la segunda etapa atenciones de las especialidades de Ortopedia y Neurocirugía.

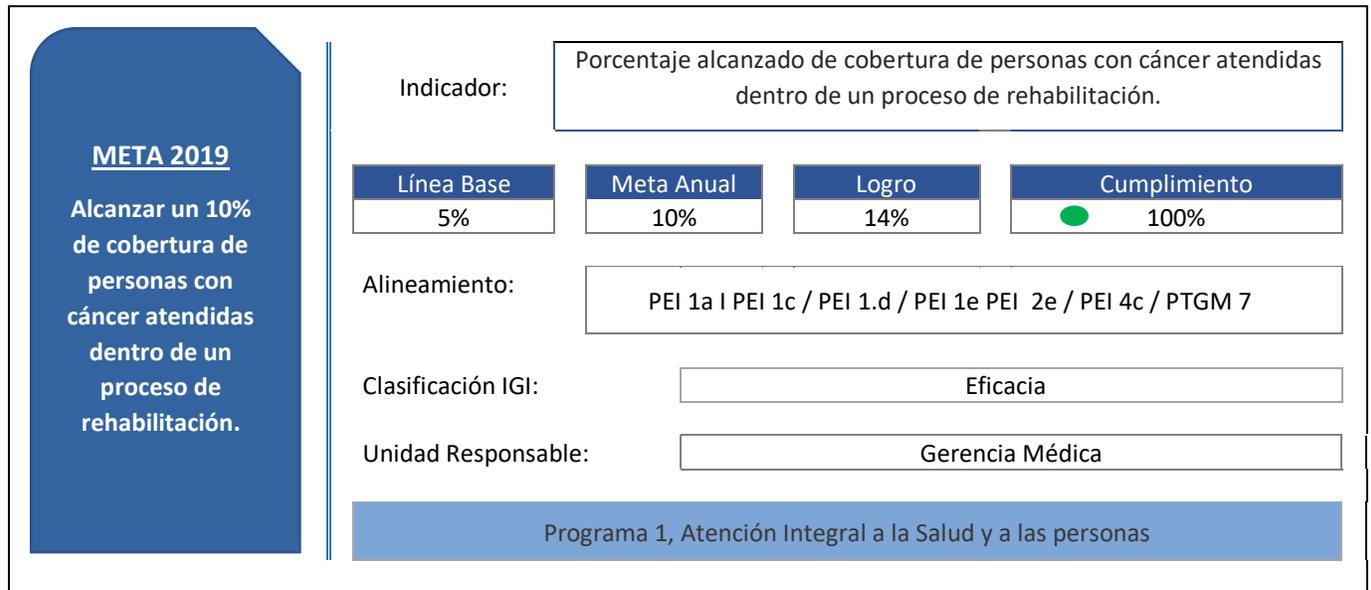
Adicionalmente se adquiere una Cámara No Midriática por parte del Hospital Max Peralta la cual funcionará desde el Área de Salud del Guarco para toda la Red. Se establecerá Plan de Abordaje de la Red Integrada de Servicios de Salud Central Sur. De igual forma, con los actuales centros en jornadas, se ha logrado impactar la lista con una reducción de 14 días, se espera que esta tendencia continúe.

Dentro de los obstáculos más significativos que incidieron en la disminución de lista de espera en Consulta Externa según lo programado son:

- El ausentismo de los pacientes.
- Falta de recurso humano como especialistas.
- Falta de infraestructura y equipamiento.
- Poca cantidad de recursos destinados al programa.

En lo que respecta a la ejecución presupuestaria, esta meta ejecutó un monto de ¢1.000 (millones), siendo el presupuesto estimado ¢1965 (millones) la subejecución obedece a que,

inicialmente se pensó en más proyectos de consultas externa especializada, pero las unidades no presentaron los proyectos esperados.



Análisis de resultados:

Se alcanza un 14% de cobertura, esto representa un 100% del cumplimiento según lo programado; se logró la atención de 1.475 pacientes con cáncer en los Servicios de Fisiatría y Rehabilitación.

A continuación, se muestra un desglose de los pacientes atendidos por centro de atención

Cuadro N°2
"Pacientes con cáncer atendidos en Fisiatría y Rehabilitación Año 2019"

Período	CENARE	Hospital San Juan de Dios	Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia	Hospital México	Hospital San Rafael	Clínica San Rafael Puntarenas	TOTAL
I Cuatrimestre	355	171	No Indica	839	87	23	1.475
II Cuatrimestre						Pendiente	
III Cuatrimestre							
	355	171	0	839	87	23	

Fuente: Registros Médicos y Estadística de los Hospitales CCSS, Gerencia Médica 2019.

Para el año 2019 se estimó en 10.399 los casos de cáncer según los datos suministrados por el Área de Estadística de la Dirección Actuarial, la estimación se realiza con base en la tasa de incidencia, excluye los cánceres de piel e insitu.

La meta se sobrepasa por las diversas actividades desarrolladas durante el año como son las capacitaciones dadas, los convenios realizados, la entrega de equipos para una mejor atención al usuario, además de las Estrategias de Implementación del Proyecto de Rehabilitación del Paciente con Cáncer dicha estrategia se elaboraron con diferentes unidades de la red de servicios de salud, todo esto permitió el logro reportado.

Además, se pueden mencionar los siguientes factores de éxito para el logro de la meta:

- Desarrollo del Proyecto de Cooperación Bilateral Chile – Costa Rica 2018-2020 de “Implementación de los equipos de rehabilitación oncológica de la CCSS”.
- Realización de un taller en rehabilitación oncológica con enfoque del equipo interdisciplinario (25 al 27 marzo 2019) con la asistencia de 100 profesionales, en este hubo participación trabajadores sociales, terapeutas físicos, ocupacionales, de lenguaje, médicos fisiatras, residentes de fisioterapia, enfermeros de los tres niveles de atención.
- Se realizaron giras a diferentes unidades de la red de servicios de salud para la elaboración de Estrategias de Implementación del Proyecto de Rehabilitación del Paciente con Cáncer en: Región Pacífico Central y Chorotega, CAIS de Cañas, Área de Salud Tilarán, Área de Salud de Barranca, Hospital Monseñor Sanabria, Hospital de Upala, Hospital Enrique Baltodano Briceño, Hospital de la Anexión, Área de Salud San Rafael de Puntarenas.
- Realización de curso de “Actualización en Rehabilitación Oncológica” (24 de abril 2019) capacitación para fisiatras, oncólogos, enfermeras, terapeutas de los tres niveles de atención en rehabilitación Oncológica. El curso se realizó en conjunto con la Coordinación con la Técnica del Cáncer y con la Sub Área de Cooperación Internacional del CENDEISSS en el marco del Proyecto de Cooperación Bilateral Colombia – Costa Rica 2018-2020 “Fortalecimiento de la rehabilitación oncológica en la CCSS”. El evento tuvo una duración de ocho horas, con una parte de capacitación teórica y otra de análisis y presentación de casos clínicos, impartido Médicos Fisiatras Especialistas en Rehabilitación Oncológica del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. Al curso asistieron 85 funcionarios de los equipos multidisciplinarios en cáncer de los tres niveles de atención de la CCSS.
- Entrega de equipamiento básico pendiente para la rehabilitación del paciente con cáncer planificado. (equipo de presoterapia, equipo de oscilaciones profundas).
- Elaboración de los criterios de referencia de los pacientes con cáncer a los servicios de fisioterapia y elaboración de protocolos de atención en etapa de elaboración con apoyo de

las contrapartes de Chile y Colombia en Proyecto de Cooperación internacional Fortalecimiento de la Rehabilitación oncológica en la CCSS.

- Estandarización de recolección de datos de registros médicos y códigos. Sistemas y formato de registro y seguimiento, con apoyo de la Dirección de Compra de Servicios de Salud.
- Proceso de elaboración de Documentos de Normalización Técnica (Directriz) y tiempos de atención.
- Elaboración del proyecto de rehabilitación onco-pediátrica, para ser presentado ante el Consejo Oncológico Institucional.
- Inicio del proceso de elaboración de Documentos de Normalización Técnica (Manual de procedimientos como producto del Proyecto de Cooperación Técnica Bilateral Costa Rica Colombia: "Fortalecimiento de la Rehabilitación Oncológica en la Caja Costarricense de Seguro Social") con la guía y apoyo de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud de la CCSS, el cual finaliza 2020.

Entre los principales obstáculos presentados, está la carencia de un sistema de información para extraer información de cada centro. Además, no se ha logrado en EDUS tener los énfasis en rehabilitación/cáncer que permita extraer la información estadística de forma eficiente, oportuna y confiable. En este sentido se espera la priorización por parte del equipo EDUS para trabajar criterios de inclusión para visibilizar la atención del paciente con cáncer atendido en los servicios de rehabilitación y fisioterapia.

El presupuesto que se ejecutó en el periodo 2019, fue la compra de 13 equipos de electroestimulación en el marco del Proyecto Rehabilitación de la persona sobreviviente de cáncer, por un monto de ¢72.9 millones de colones, siendo lo programado ¢600.5 millones

La sub-ejecución presupuestaria se da porque cuando se definió el proyecto se programó la compra del equipamiento de las 25 unidades del programa para equiparlas completamente. Pero se definió en reunión con los integrantes del consejo asesor de Rehabilitación Oncológica y la encargada de compras del Proyecto de Fortalecimiento Atención Integral del Cáncer, que era materialmente imposible el comprar un equipamiento completo de cada servicio de rehabilitación y que esto es menester de las unidades ejecutoras (centros de salud) con el propósito de logro de los objetivos del proyecto de la persona con cáncer,

Por ende, se definió la compra de cuatro tipos de equipos utilizados para el abordaje de los tipos de cáncer, incluidos en el proyecto.

- 1. Presoterapia.
- 2. Biofeedback
- 3. Oscilaciones profundas
- 4. Crioterapia

<p style="text-align: center;">META 2019</p> <p style="text-align: center;">Obtener una cobertura del 47% en la atención de las personas con Diabetes Mellitus tipo 2.</p>	<p>Indicador: Porcentaje de Cobertura de atención a las personas con Diabetes Mellitus tipo 2.</p> <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 5px;">Línea Base</th> <th style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 5px;">Meta Anual</th> <th style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 5px;">Logro</th> <th style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 5px;">Cumplimiento</th> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">46%</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">47%</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">45%</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ● 95,74% </td> </tr> </table>	Línea Base	Meta Anual	Logro	Cumplimiento	46%	47%	45%	● 95,74%
Línea Base	Meta Anual	Logro	Cumplimiento						
46%	47%	45%	● 95,74%						
<p style="text-align: center;">META 2019</p> <p style="text-align: center;">Obtener un 43% de cobertura de atención a las personas con Hipertensión Arterial.</p>	<p>Indicador: Porcentaje de Cobertura de atención a las personas con Hipertensión Arterial.</p> <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 5px;">Línea Base</th> <th style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 5px;">Meta Anual</th> <th style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 5px;">Logro</th> <th style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 5px;">Cumplimiento</th> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">41.5%</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">43%</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">43%</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ● 100% </td> </tr> </table>	Línea Base	Meta Anual	Logro	Cumplimiento	41.5%	43%	43%	● 100%
Línea Base	Meta Anual	Logro	Cumplimiento						
41.5%	43%	43%	● 100%						
<p style="text-align: center;">META 2019</p> <p style="text-align: center;">Obtener un 64% de personas con hipertensión arterial de 20 años y más con control óptimo de presión arterial.</p>	<p>Indicador: Porcentaje de personas con hipertensión arterial de 20 años y más con control óptimo de presión arterial.</p> <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 5px;">Línea Base</th> <th style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 5px;">Meta Anual</th> <th style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 5px;">Logro</th> <th style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 5px;">Cumplimiento</th> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">62%</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">64%</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">65%</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ● 100% </td> </tr> </table>	Línea Base	Meta Anual	Logro	Cumplimiento	62%	64%	65%	● 100%
Línea Base	Meta Anual	Logro	Cumplimiento						
62%	64%	65%	● 100%						
<p>Alineamiento:</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> PEI 2a / PEI 2b / PEI 2d / PEI 2 f / PEI 2g / PEI 2j. / PTGM 14 / PTGM 16 / PTGM 17 </div>								
<p>Clasificación IGI:</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Eficacia </div>								
<p>Unidad Responsable:</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Gerencia Médica </div>								
<p>Programa 1, Atención Integral a la Salud y a las personas</p>									

En cuanto a la cobertura de pacientes con hipertensión arterial (HTA), se ha dado un incremento en el año 2019 respecto al 2018, ya que se brindó atención a 1.356.305 personas con HTA, para

una cobertura de 43%, lo que a su vez generó un 65% de pacientes con control óptimo; ambas metas lograron un 100% de cumplimiento según lo programado.

Similar ha sido el comportamiento de la atención de los pacientes crónicos con Diabetes Mellitus tipo 2, al cierre del año 2019 se obtuvo una cobertura acumulada de 45%, lo cual representa un 95.74% de cumplimiento

Cabe mencionar que la institución ha realizado esfuerzos para alcanzar logros significativos en el control de enfermedades crónicas, entre las que se pueden detallar las siguientes:

- Se llevo a cabo el pasado 05 de junio, 2019 con la participación de las autoridades institucionales, Ministerio de Salud y consultora Internacional en Sistemas de Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se caracterizó la población que padece de Hipertensión, siendo elementos importantes:
 - Estudios epidemiológicos demuestran que 15.2% del grupo entre 20 a 39 años fue diagnosticado con este padecimiento, es decir unas 250 mil personas.
 - La hipertensión arterial ha demostrado estar asociada con otras enfermedades cardiovasculares, pues tres de cada 10 hipertensos en Costa Rica cuentan con diabetes como enfermedad concomitante, lo cual potencializa el riesgo de enfermedad cardiovascular en el futuro.
 - En este momento, la CCSS tiene en tratamiento farmacológico a 1.108.497 personas, ofreció el año pasado 1.356.305 consultas por esta causa y atendió 43848 emergencias provocadas por descompensaciones por este padecimiento.

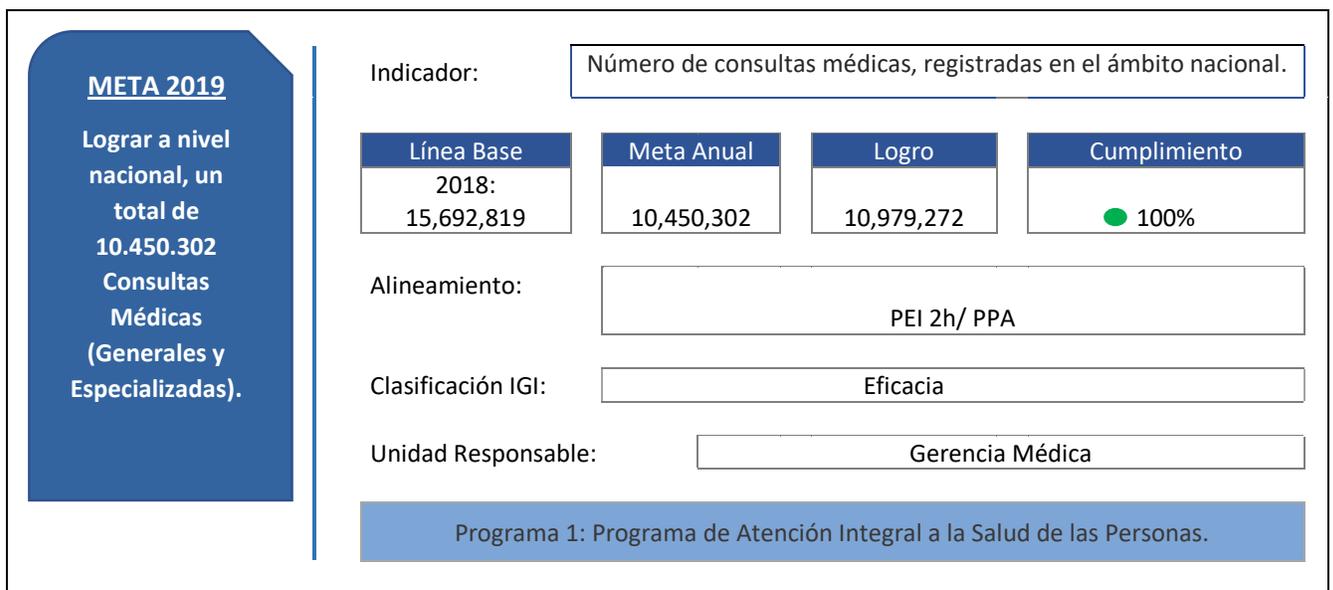
Desde la perspectiva de determinantes que condicionaron para esto casos situaciones que dificultaron un mejor cumplimiento de las metas y que son meritorios de hacer mención:

- Se ha presentado la limitante de contar con el recurso humano capacitado que desde lo técnico colaboren en la elaboración de la normativa que regule la atención de las patologías crónicas no trasmisibles, esta limitante ha generado que en múltiples ocasiones se desatiendan otros procesos de igual o mayor relevancia, lo que genera retrasos en la atención oportuna de actividades para el cumplimiento de metas.
- Ante una evidente debilidad en la programación de actividades para el cumplimiento de las metas y su costo promedio, siendo esto una conducta muy común en la institución, en ocasiones se presentan problemas por sub-ejecución o sobre-ejecución presupuestaria o en el peor de los casos no se cuenta del todo con financiamiento, lo que ocasiona que se asuman los compromisos con presupuesto ordinario de la unidad, esta debilidad en

ocasiones es insostenible y por ende se tenga que cancelar la realización de actividades programadas.

- Producto del cambio de prioridades institucionales o bien ante las demandas externas en ocasiones se dan desvinculación de los actores institucionales e intersectoriales que dentro de sus competencias deben de apoyar la sostenibilidad del proceso.

- Limitación en la disponibilidad de tecnologías (sistemas de información, equipos, capacitación, insumos).

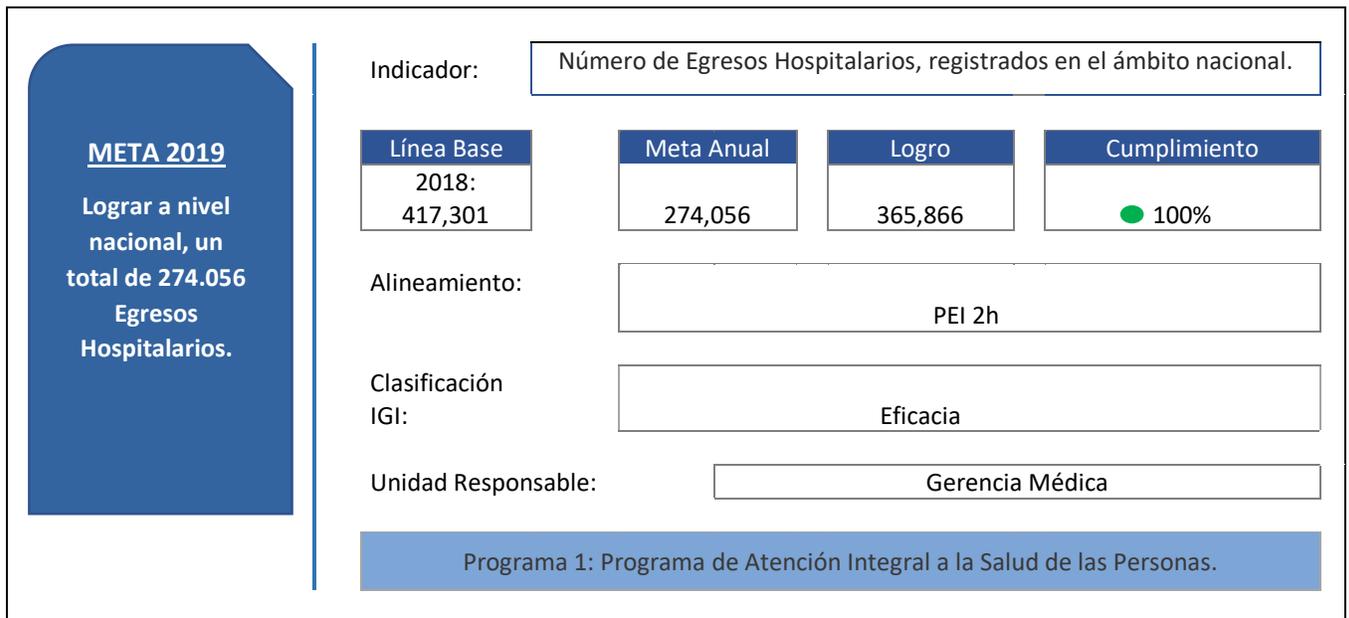


Análisis de resultados:

En lo que respecta a las consultas médicas realizadas (generales y especializadas); en el año 2019, se logra a nivel nacional un total de 10,979,272 consultas, obteniendo un cumplimiento del 100%, sobrepasando con ello lo programado para el año en mención.

No obstante, se presentaron algunas inconsistencias tales como; ausentismo por parte de los pacientes, principalmente en Consulta Externa Especializada y falta de especialistas en algunos servicios, principalmente por incapacidades, permisos o vacaciones y que no se pueden sustituir.

En lo que respecta al monto ejecutado del presupuesto en el número de consultas médicas generales y especializadas suministradas en el ámbito nacional corresponde a un total de ₡637,269.8 millones de colones.



Análisis de resultados:

Referente al número de Egresos Hospitalarios se reporta un logro superior al programado de 365,866, es decir un cumplimiento del 100%.

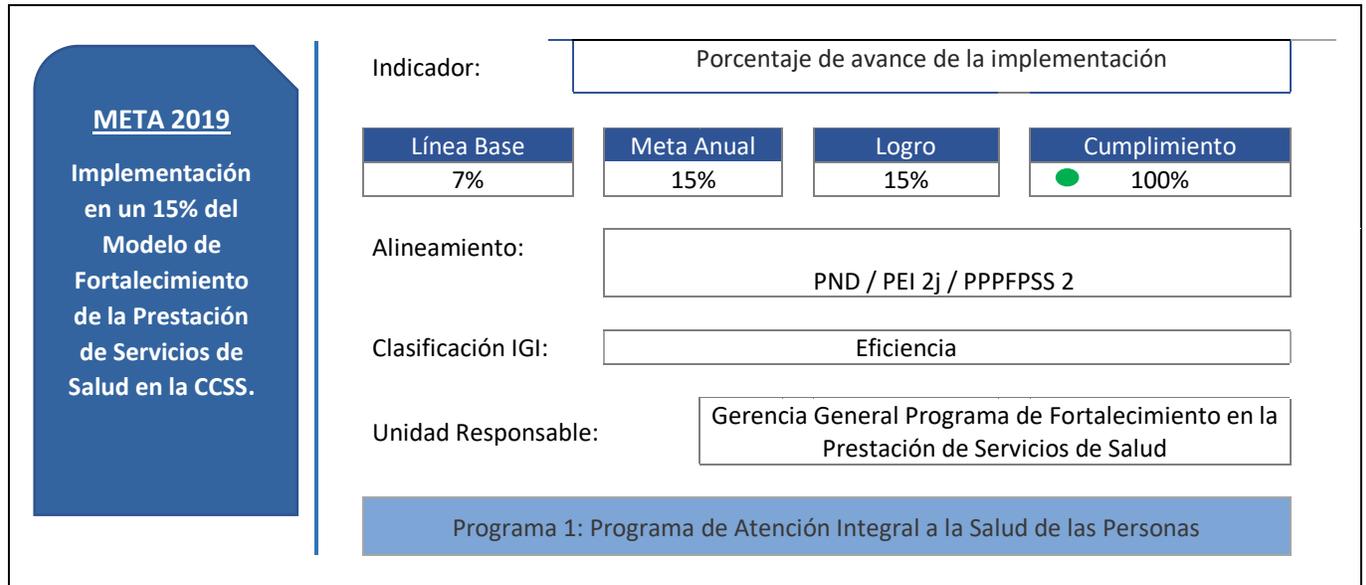
El logro de este indicador supera lo programado debido a los siguientes factores de éxito:

- Los sistemas de información con los que cuenta la institución permiten registros exactos, oportunos y confiables
- Las jornadas de producción se han intensificado para la atención oportuna de los usuarios de las listas de espera.

A pesar del cumplimiento anteriormente señalado, se presentaron algunas limitaciones particularmente en algunos hospitales, como la falta de recurso humano especializado, por situaciones tales como:

- Especialistas pensionados
- Incapacidades, vacaciones y permisos sin goce de salario.
- Asignación histórica de recursos presupuestarios que no se encuentran acordes con las necesidades de las unidades, para garantizar la prestación del servicio.

El monto ejecutado del presupuesto en el número de egresos hospitalarios registrados en el ámbito nacional corresponde a un total de \$1,469,973.4 millones de colones.



Análisis de resultados:

Para el 2019, se logró alcanzar el 15% de la implementación del modelo de fortalecimiento de la prestación de Servicios de Salud en la CCSS, es decir se cumplió en un 100% la implementación del Modelo.

Dentro de las acciones desarrolladas para el cumplimiento se pueden mencionar:

- 1- La aprobación de la continuidad del proceso de Fortalecimiento de la Prestación de los Servicios de Salud de la CCSS, al ser declarado de interés institucional por parte de la Junta Directiva, lo cual incluye la aprobación de los documentos base desarrollados en el proyecto de validación, de acuerdo con lo solicitado por ese Órgano Superior y las Gerencias de la Institución.
- 2- La aprobación de la organización de la prestación de servicios de salud en Redes Integradas y la creación del Programa Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud (en adelante Programa), como instancia conductora del proceso a nivel institucional.

Asimismo, se ha avanzado en la conformación del Programa, lo que incluye el trámite de los recursos financieros, el nombramiento del director del Programa y la incorporación de nuevos miembros al equipo, lo cual permite distribuir mejor las actividades a realizar e ir avanzando en todos los aspectos contenidos dentro del proceso de implementación.

Otro de los puntos que se ha trabajado, es la elaboración del plan de gestión del Programa, el cual permite definir de forma concreta las acciones a realizar dentro de este, el alcance del Proceso de Fortalecimiento y del Programa como tal, la organización del trabajo a ejecutar, entre otros aspectos.

Dentro de los temas priorizados para la implementación del proceso están:

- Elaboración del Manual de Organización y perfiles de puestos para las Direcciones de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud (DRIPSS): para ello se conformó un grupo de trabajo con funcionarios de las diferentes unidades competentes institucionales, con los cuales se realizó un análisis del documento, definición, conformación y funcionamiento del Gobierno de las RIPSS, desarrollado durante el proyecto de validación y aprobado por la Junta Directiva. Posteriormente se ha estado realizando un análisis de las funciones ejecutadas por las diferentes DRIPSS (anteriores Direcciones Regionales), como insumo para la elaboración del Manual.

Figura N°6

“Actividad ejecutada en las DRIPSS Huetar Atlántica para el diagnóstico de las funciones”



Fuente: Programa de fortalecimiento en la prestación de Servicios de salud

- El cálculo y planteamiento de propuesta de cierre de brechas de recursos básicos para el primer nivel de atención: al respecto se realizó una propuesta de metodología para el cálculo inicial de las brechas, que permitiera de forma estandarizada obtener un dato de brechas tanto de EBAIS, como de personal del Equipo de Apoyo de las Área de Salud, sobre el cual poder plantear un plan de cierre acorde con las posibilidades financieras institucionales.

Esta propuesta fue presentada a la Dirección de Proyección de Servicios de Salud y se trabaja en una definición conjunta que permita tener un dato de brecha institucional homologado sobre el cual poder plantear las propuestas de dotación de dichos recursos.

- La integración de las diferentes acciones ejecutadas a nivel institucional para la atención de los problemas de salud prioritarios, especialmente las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT): Al respecto se realizó una recopilación y análisis preliminar de diferentes documentos que se han elaborado y publicado por parte de instancias institucionales y el Ministerio de Salud para la atención de estos problemas, asimismo se han realizado acercamientos con la Dirección Desarrollo de Servicios de Salud, para ir buscando una unificación de criterios a nivel institucional.
- Desarrollo del curso virtual de capacitación general para el Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud: Dicho curso ha tenido un avance acorde con la programación del producto, el cual es desarrollado por un equipo técnico conformado por el Programa, con el apoyo de la Escuela de Salud Pública de la UCR. En dicho producto a finales del 2019 se completó el desarrollo de los contenidos de cada módulo.
- Acompañamiento a la RIPSS Huetar Atlántica en su proceso de conformación y funcionamiento como Red Integrada: en este año se trabajó en el afinamiento del Plan de Gestión y su presentación ante las autoridades, además se ha brindado apoyo en cuanto a la conformación y tareas a ejecutar por parte de los equipos técnicos de implementación que ha formado la Red para ir avanzando en el desarrollo de los objetivos del Plan.

De forma complementaria se han realizado reuniones para aclarar aspectos desarrollados en el Proyecto de validación, respecto a los productos a implementar en la Red y se han realizado coordinaciones con el nivel central para buscar apoyo para la Red en su proceso de implementación, especialmente en temas de gestión de cambio, donde incluso se ha participado en actividades con la Red para homologar conceptos en sus funcionarios.

- Otro de los aspectos relevantes, constituye la coordinación con la Dirección de Presupuesto para la asignación de recursos financieros requeridos para apoyar el proceso de implementación de la RIPSS, así como en el llenado de matrices solicitada por dicha dirección para la asignación de los recursos.

Dentro de las principales limitaciones para el cumplimiento de la meta, se puede mencionar el cambio de autoridades y organización interna de la Institución, lo cual incidió en una necesidad de redoblar esfuerzos en cuanto al análisis y justificación con las diferentes Gerencias y autoridades de las acciones que permitieran la continuidad del proceso.

Posterior a la aprobación de la continuidad, con la necesidad de nombrar un nuevo director del Programa, la salida del equipo de algunos de los funcionarios que participaron en el proyecto de validación y la incorporación de nuevos miembros al equipo ha sido necesario

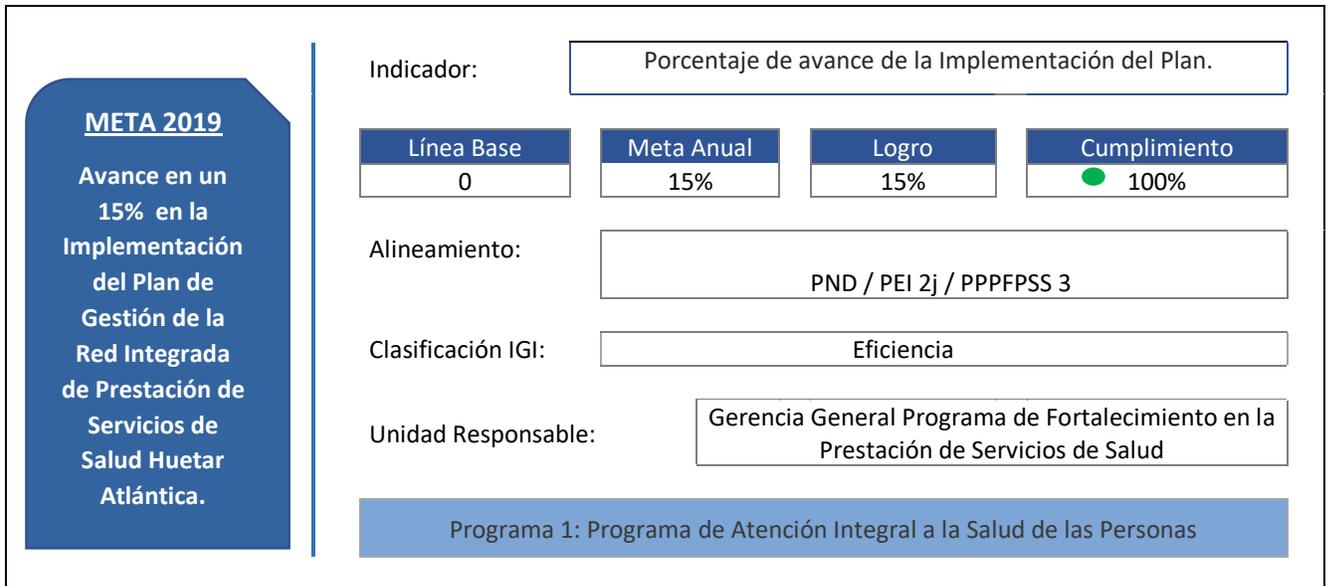
ejecutar un proceso de adaptación e inducción de estos nuevos funcionarios, lo cual en alguna medida ha dificultado el avance en la implementación. Sin embargo, no se ha visto afectado el cumplimiento de la meta establecida.

En cuanto a la ejecución presupuestaria se presentó una subejecución del presupuesto, siendo que el presupuesto estimado es de €160.30 millones y lo ejecutado de €124.60 millones, debido a las siguientes razones:

- Los recursos destinados para la adquisición de un grupo de equipos de cómputo para el Programa no se ejecutaron debido a que el proveedor no logró entregar a tiempo dichos equipos, por lo que el pago se realizará en el año 2020, con recursos de la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicación, quien fue la unidad ejecutara del proceso de compra, ya que el Programa no posee unidad de compras.
- En el caso de las pantallas para las unidades de la RIPSS Huetar Norte, la compra la ejecutó el Hospital San Carlos y pese a que se adquirieron tal como estaba planificado, debido a una situación particular no se utilizaron los recursos del Programa para hacer el pago de estas, sino que la Dirección de Presupuesto le giró al Hospital los recursos requeridos para dicha compra, quedando los dineros apartados por el Programa sin ejecutar.
- En lo referente a los recursos relacionados con los servicios personales y cargas sociales, la subejecución se genera debido a que a partir del mes de setiembre 2019 se contó con una plaza en el Programa y los recursos cargados por la Dirección de Presupuesto para dicha plaza fueron superiores a los utilizados.

Como se indicó anteriormente, las razones que explican la subejecución de los recursos no dependen directamente de la gestión del Programa, por cuanto en las partidas de servicios no personales y materiales y suministros, así como en las demás partidas la ejecución superó el 95%.

Finalmente es importante indicar que a pesar de la subejecución presupuestaria generada y explicada anteriormente, no afectó el cumplimiento de la meta planteada, por lo cual el objetivo del Programa fue cumplido a cabalidad.



Análisis de resultados:

Para el año 2019, se logró alcanzar el 15% de la meta programada, es decir se cumplió en un 100% el avance de la implementación del Plan de Gestión de red, lo anterior siendo que dio inicio al proceso de organización como Red Integrada a través de la conformación del Gobierno de la Red, partiendo de la antigua Dirección Regional y conformando los diferentes entes del Gobierno, como lo son el Consejo Consultivo, Consejo de Juntas de Salud y el Equipo de Gestión Integrada.

Adicionalmente, se completó el Plan de Gestión de la Red, el cual es el instrumento que dirige el accionar de los diferentes atributos de las Redes Integradas y la atención de las condiciones particulares de la población que abarca la Red. Dicho plan fue presentado a las autoridades institucionales y se dio su aval para la implementación. Actualmente es sometido a un proceso de revisión más profundo del mismo.

Para la implementación del plan se crearon una serie de Equipos Técnicos de Implementación con participación de funcionarios de las diferentes unidades de la RIPSS, de manera que cada equipo lidere la planificación y desarrollo de las acciones de cada objetivo.

A partir de allí se ha trabajado en los objetivos del plan, especialmente en aquellos considerados prioritarios, según se describen a continuación:

- Identificación de las necesidades de la población, en el cual se debía unificar con el desarrollo existente en el proyecto de validación, para su posterior aplicación en todos los equipos de las distintas Áreas de Salud de la Red,

- Atención integral e integrada de las ECNT, se ha trabajado en un diagnóstico de cómo se atienden las personas con esta problemática en cada una de las unidades de la Red y las acciones que se realizan y se han definido a nivel institucional y de país, donde se visualicen los resultados y oportunidades de mejora de esta atención, como base para la definición de la estrategia a desarrollar para toda la Red.
- Desarrollo de estrategias de atención de la población indígena, ya que dicha población está presente en la mitad de las Áreas de Salud de la Red y constituye una población vulnerable ante los problemas de salud debido a las condiciones socioeconómicas y de vida. Se ha avanzado en el diagnóstico de las condiciones que permitan una equidad en el acceso de los servicios a dichas poblaciones, como base para la construcción de las estrategias a desarrollar.
- Fortalecimiento de las modalidades de atención no convencional, enfocadas en la atención ambulatoria, las cuales poseen impactos positivos en la eficiencia en el uso de los recursos, en la aceptación de los servicios y en los resultados de las intervenciones.

Estas modalidades requieren una articulación y vinculación importante entre los establecimientos del primer y segundo nivel, por lo que se ha trabajado en la identificación de las condicionantes para mejorar y fortalecer su implementación de forma extendida en toda la Red.

Adicionalmente se ha trabajado en el diagnóstico de la situación actual respecto al manejo de la cirugía ambulatoria en los dos Hospitales de la Red, lo que permita crear una estrategia que fortalezca y potencie este tipo de intervención para un mejor aprovechamiento de los recursos de la red y responder mejor a las necesidades de la población atendida.

- Gestión administrativa integrada, para ello se realizó un diagnóstico de las condiciones particulares de la gestión administrativa en diferentes temáticas, a fin de conocer fortalezas y debilidades para lograr una integración de estas funciones en la Red.

Producto de lo anterior, se realizó una reorganización del trabajo administrativo de la DRIPSS, lo que permita ir incorporando funciones de vinculación con las diferentes unidades que conforman la Red para el desarrollo de acciones conjuntas en procura de articular esfuerzos y mejorar la eficiencia.

En línea con lo descrito, se ha trabajado en un sistema de información que conjunte los presupuestos de las unidades, se han realizado capacitaciones para compras en Red y se ha coordinado con el Hospital Calderón Guardia para unificar la compra de algunos medicamentos no LOM para toda la Red.

- Proceso de gestión al cambio, el cual es requerido para concientizar a todos los funcionarios de la necesidad de cambiar los esquemas de trabajo actuales hacia un enfoque centrado en las personas y mediante una organización en Redes Integradas.

Se elaboró un plan de gestión de cambio para la Red, iniciando su implementación con los actores clave identificados en la red y se ha ido extendiendo a los demás participantes del proceso.

En lo que respecta a la ejecución presupuestaria se debe hacer la aclaración de que se destinaron recursos específicos adicionales al presupuesto de la DRIPSS Huetar Atlántica, para el financiamiento de las actividades de implementación del Plan.

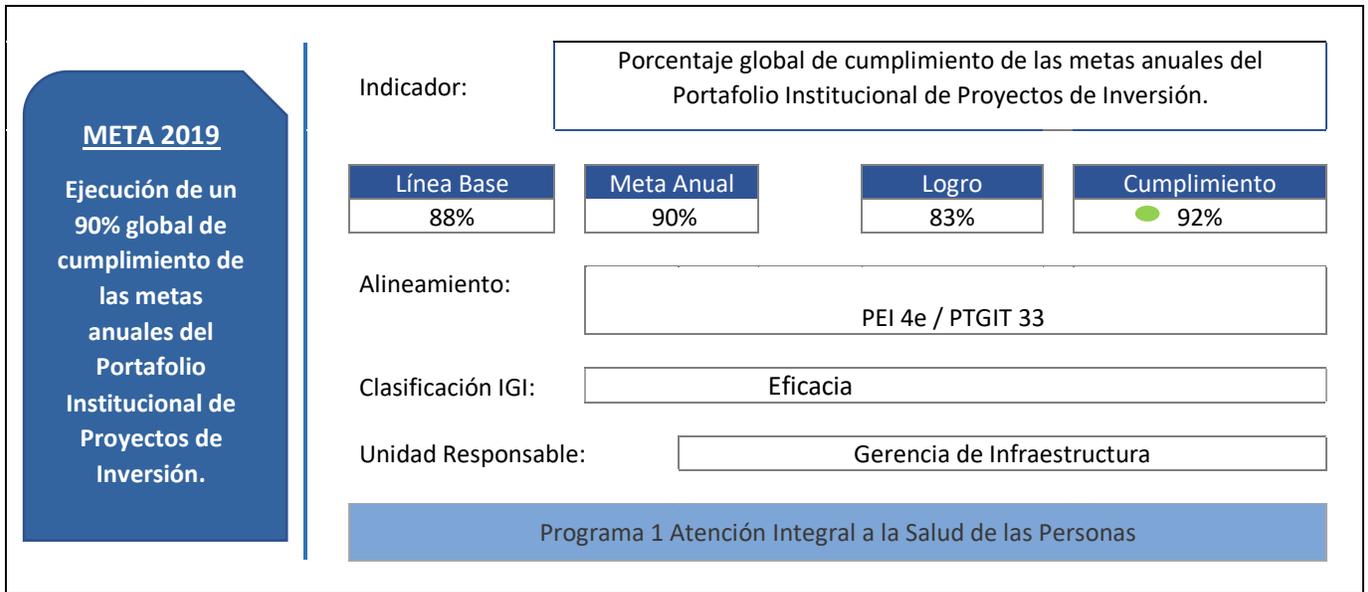
Dichos recursos tuvieron una subejecución debido a que los equipos técnicos de implementación utilizaron en su mayoría recursos propios de las unidades de origen para financiar viáticos, sustituciones y otras necesidades sin utilizar los recursos adicionales dados a la Dirección de RIPSS.

Adicionalmente, en el caso de compras de equipos y otros insumos no se lograron concretar debido al tiempo disponible para la ejecución y la dificultad para realizar los procesos de compras, falta de oferentes, capacidad instalada, entre otros.

Asimismo, en el caso de los recursos destinados a contratación de servicios de ingeniería, para mejorar las condiciones de las infraestructuras, no se realizó debido a que se solicitó criterio al Ministerio de Salud, respecto a los requisitos de las instalaciones, pero no se obtuvo respuesta.

No obstante, a pesar de la subejecución de estos recursos destinados para la implementación del Plan, la meta se logró en un 100%, especialmente por la utilización de recursos ordinarios de las Unidades de la Red.

Eje 3
Sostenibilidad del Seguro Social
(13 metas)



Análisis de resultados:

En lo que respecta a la ejecución global de las metas del Portafolio Institucional, se logró el 83% de lo programado en el 2019, que corresponde a un 92% de cumplimiento. En forma general la entrega de edificaciones y equipamiento contribuyen a aumentar la capacidad instalada de las unidades de salud, y entre otros beneficios permiten:

- Disminuir los tiempos de espera.
- Aumentar la oferta y precisión de los procedimientos de diagnóstico de mayor complejidad.
- Apoyar los programas de detección temprana y tratamiento para la reducción de enfermedades cardíacas y del cáncer.
- Brindar servicios de salud en instalaciones con condiciones óptimas y de calidad a los pacientes y trabajadores de la salud.

Aun cuando la meta avanza de manera satisfactoria, se presentaron limitaciones que han incidido en el desarrollo de los proyectos tales, como situaciones de atraso relacionadas especialmente con los procesos de:

- Planificación.
- Contratación.
- Condiciones climáticas que afectan el proceso de construcción.

Otros Proyectos que tienen avances importantes dentro del portafolio destacan:

- Acelerador Lineal Monoenergético, Hospital México: proyecto concluido en un 100%. Inversión €2.198 millones.
- Dotar de equipo Angio-Tac al Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia (incluye infraestructura): Logró un 40% de avance de la etapa constructiva. Se realizaron trabajos menores de demoliciones, avance en el levantamiento de paredes livianas, se terminaron los trabajos de reforzamiento de la losa de piso para la ubicación del angio-tac y rayos x, recepción inicial del equipo para la revisión, previo al inicio de la instalación.
- Construcción y equipamiento del Servicio de Urgencias Hospital de San Carlos: Logró el 100% de lo programado en el 2019, que corresponde al 81% de avance acumulado de la etapa constructiva. Se logró la recepción definitiva de la etapa I, el 17 de octubre 2019, además se llevó a cabo las labores de traslado del Servicio de Emergencias existente a la nueva infraestructura, obras complementarias tales como: la batería de baños en la plazoleta, la cual es necesaria para la puesta en marcha del Servicio. El 11 de noviembre 2019, se dio inicio de las obras de la etapa II del proyecto.

En relación con el presupuesto ejecutado del Portafolio, se invirtió en infraestructura y equipo médico durante el 2019, un total de €40.843 millones, siendo lo programado €143.964 millones

META 2019 Avance de un 95% en la ejecución de obra de la Unidad de Medicina Reproductiva de Alta Complejidad, Hospital de Las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva. Región Central.	Indicador:	Porcentaje de avance de ejecución de obra.			
		Línea Base	Meta Anual	Logro	Cumplimiento
		0	95%	100%	 100%
	Alineamiento:	PND/ PEI 5e			
	Clasificación IGI:	Eficacia			
	Unidad Responsable:	Gerencia de Infraestructura			
Programa 1 Atención Integral a la Salud de las Personas					

Análisis de resultados:

Durante el año 2019, este proyecto se cumplió en un 100%, lo cual equivale a su construcción, que incluye: obra civil, obra electromecánica y acabados arquitectónicos. Además, se instaló el equipo médico y el mobiliario administrativo. Se realizó la recepción definitiva el 17 de mayo de 2019.



Características del Proyecto:

Área: 1.675 m²

Inversión total: €4.668 millones.

Monto ejecutado en el 2019: €2.053 millones



META 2019

Porcentaje de avance de la construcción de la II Etapa del Edificio Torre Este, Hospital Calderón Guardia

Indicador:

Porcentaje de avance de ejecución de obra.

Línea Base	Meta Anual	Logro	Cumplimiento
0	50%	72%	● 100%

Alineamiento:

PND/PEI4e

Clasificación IGI:

Eficacia

Unidad Responsable:

Gerencia de Infraestructura

Programa 1 Atención Integral a la Salud de las Personas

Análisis de resultados:

Al concluir el año 2019, se registró un logro superior a lo programado por cuanto la construcción avanzó en un 72% superando con ello la meta pactada, para un cumplimiento del 100%; lo anterior debido a un aumento en la planilla de trabajadores de la empresa contratista que, junto con el equipo de inspección de la CCSS, logran avanzar en la construcción. Además, se contó con los recursos financieros necesarios para el pago a los proveedores.

Características del Proyecto:

Área: 20.838 m²

Costo total estimado: ¢45.658 millones.

Monto ejecutado en el 2019: ¢12.707 millones

Inversión acumulada: ¢20.065 millones



Otros logros importantes destacan:

- Avance en las actividades de acabados, instalaciones de puertas, estructuras de cielos, pulidos de terrazo, enchapes, colocación de elementos de protección de paredes y pintura. Además, se avanza en las fachadas.
- Inicio de la interconexión de Torre Este con Torre Norte.
- Inicio de la construcción del centro de acopio.



META 2019

Avance de un 10% en la elaboración de planos constructivos del Nuevo Hospital William Allen de Turrialba

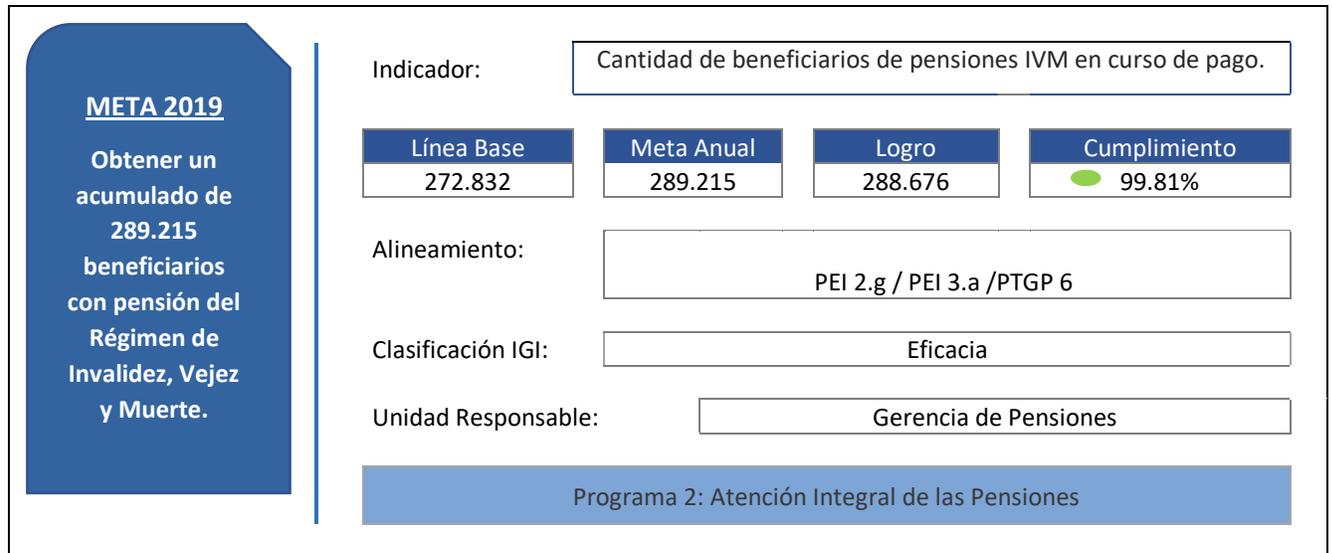
Indicador:	Porcentaje de avance de ejecución de obra.		
Línea Base	Meta Anual	Logro	Cumplimiento
	10%	10%	● 100%
Alineamiento:	PND / PEI 4f 4h		
Clasificación IGI:	Eficacia		
Unidad Responsable:	Gerencia de Infraestructura		
Programa 1 Atención Integral a la Salud de las Personas			

Análisis de resultados

Se logró cumplir un 10% de avance correspondiente a la elaboración de los planos constructivos, para un cumplimiento del 100%. Otros logros importantes, destacan:

-Se dio orden de inicio el pasado 19 de agosto de 2019.

-Se recibió por parte de la empresa constructora la propuesta de distribución en planta del anteproyecto y se encuentra en revisión con distintas Áreas y Direcciones de la CCSS, en conjunto con los diseñadores. Los resultados de la revisión se enviarán al Consorcio para que proceda con los ajustes.



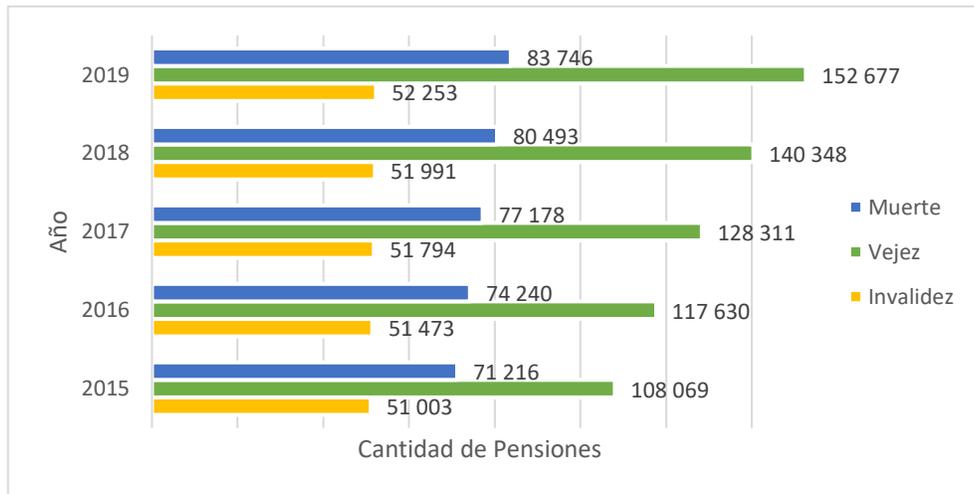
Análisis de resultados

Para el año 2019, se otorgaron 15844 pensiones del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, logrando alcanzar a 288.676 beneficiarios acumulados de pensiones por el Régimen de IVM; lo cual representa el 99,81% de cumplimiento de la meta.

Seguidamente se muestra el gráfico n°5, el cual contempla la distribución de los pensionados del IVM por año y riesgo, manteniendo la tendencia observada en otros años, donde es el riesgo de vejez el que muestra el mayor crecimiento y representa la mayor cantidad de pensiones en curso de pago en el régimen de IVM, el cual para el 2019 representó el 52.88% del total.

La gestión de pensiones en el Seguro de IVM está directamente relacionada al comportamiento de la población en términos de envejecimiento y al cumplimiento de los requisitos establecidos en la normativa vigente por parte de los afiliados al Régimen.

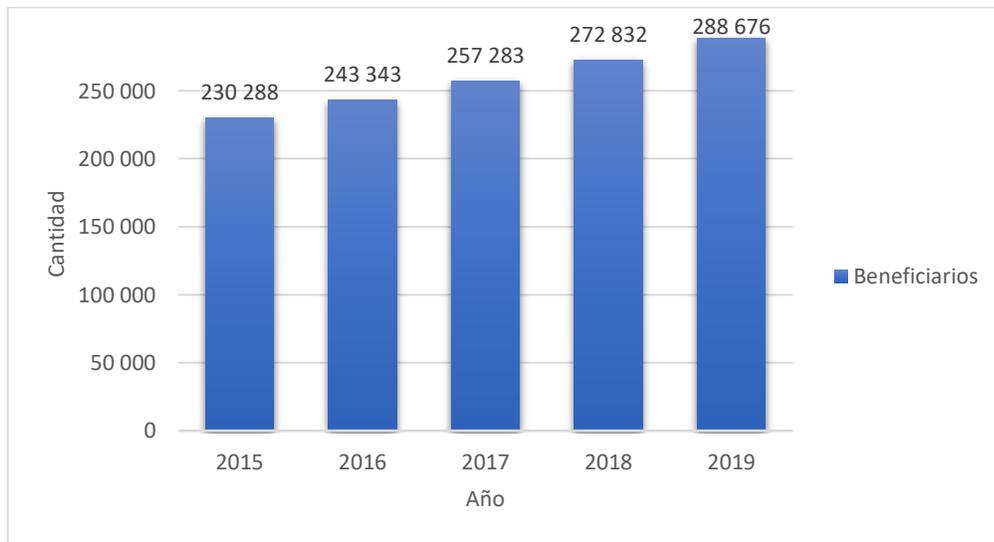
Gráfico N° 5
“Distribución de pensionados del IVM, por Riesgo y Año”



Fuente: Informe Seguimiento Anual 2019, Gerencia de Pensiones

La cantidad total de beneficiarios del IVM ha ido en incremento a lo largo de los años, tal como se visualiza en el siguiente gráfico.

Gráfico N° 6
"Distribución del total de beneficiarios del IVM, por año"



Fuente: Informe Seguimiento Anual 2019, Gerencia de Pensiones

A continuación, se muestra la distribución por región, donde se observa que la Región Central representa la mayor cantidad de beneficiarios del Régimen de IVM, lo cual es un comportamiento normal producto de la concentración de la población.

Cuadro N° 3

“Distribución de pensionados por Región”

Región	Invalidez	Peso %	Muerte	Peso %	Vejez	Peso %	Total general	Peso %
Central	27,869	53.30	47,592	57	99,032	64.90	174,493	60
Huetar Norte	9,039	17.30	13,689	16	22,400	14.70	45,128	16
Chorotega	6,895	13.20	9,762	12	13,329	8.70	29,986	10
Huetar Atlántica	5,731	11.00	8,103	10	11,038	7.20	24,872	9
Brunca	2,719	5.20	4,600	5	6,878	4.50	14,197	5
Total general	52,253	100%	83,746	100%	152,677	100%	288,676	100%

Fuente: Informe Seguimiento Anual 2019, Gerencia de Pensiones

Para llevar a cabo un análisis de la gestión, que sin duda alguna lleva aparejado la capacidad de la administración por atender la demanda de los servicios. Dentro de los factores de éxito que incidieron en alcanzar las metas trazadas en tiempos de respuesta en las regiones, se encuentran:

- Mensualmente se realiza informe de gestión en materia de tiempos de respuesta y de casos tramitados a nivel nacional con la finalidad de dar seguimiento a la gestión.
- Se da seguimiento al pendiente.
- Se realizan sesiones de trabajo en la cual participan los coordinadores de pensiones (jefaturas de las Subáreas Gestión de Pensiones) de las Direcciones Regionales de Sucursales.
- Capacitación en materia de pensiones.
- Se solicitan requerimientos informáticos para establecer mejoras en la gestión.
- Supervisión, capacitación y asesoría en Trabajo Social.
- Personal comprometido con los principios de la seguridad social.

En cuanto a la ejecución presupuestaria para el pago de las pensiones del Régimen de IVM, de acuerdo con el informe mayor auxiliar de asignaciones presupuestarias al 31 de diciembre 2019, se ejecutaron \$989,961,717,701.64.

<p>META 2019</p> <p>Avance de un 10% en el desarrollo de la Estrategia de Sostenibilidad Financiera del Régimen de IVM.</p>	Indicador:	Porcentaje de avance en el desarrollo de la Estrategia.			
		Línea Base	Meta Anual	Logro	Cumplimiento
		ND	10%	9%	 90%
	Alineamiento:	PEI 3.c / PEI 4.f / PEI 4.m / PEI 5.k 5c / PTGP 16			
	Clasificación IGI:	Eficacia			
Unidad Responsable:	Gerencia de Pensiones				
Programa 2 Atención Integral de las Pensiones					

Análisis de resultados:

Se logró alcanzar un 9% de la meta propuesta para el año 2019, con el cumplimiento del 90%, representando lo anterior avances significativos en el desarrollo de la estrategia de sostenibilidad financiera del Régimen de IVM, en lo que respecta a:

A. Evaluación Actuarial Interna.

Durante el I Semestre del año se inicia por parte de la Dirección Actuarial y Económica la elaboración de la Evaluación Actuarial del IVM con corte a diciembre 2018, la misma se ha realizado el 90% (2% de la Estrategia), por cuanto se encuentra en la última revisión de la Dirección para su remisión a las autoridades de la CCSS.

La Junta Directiva aprueba mediante artículo 3 sesión No. 9062 del 11 de noviembre 2019. la "Valuación Actuarial del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte al 31 de diciembre 2018".

B. Nuevo Proyecciones Demográficas Financieras (PRODEFI)

Se avanzó en el desarrollo de los términos de referencia para la contratación del nuevo PRODEFI. El grupo de trabajo conformado para la elaboración de los términos de referencia, posterior a consultas y coordinaciones internas, elaboró y trasladó a la Gerencia de Logística el nuevo borrador para la revisión respectiva, así como el levantamiento del cartel y proceso de contratación, Gerencia que generó observaciones, principalmente en lo que son la definición de entregables, porcentajes de pago y plazos.

Posteriormente, se decidió remitir el borrador a la Superintendencia de Pensiones (SUPEN) para sus observaciones, las cuales fueron analizadas y discutidas.

En el mes de agosto se reciben las observaciones de la SUPEN, tales como observaciones de forma en la parte técnica del cartel y solicitudes de incorporación de formatos de presentación de la información en los reportes de salida del programa; posteriormente, se procede con el análisis y se remite el cartel para el inicio del concurso de la contratación Licitación Abreviada N°2019LA-000023-1150 “Servicios Profesionales para la validación, ampliación y automatización del modelo matemático actuarial, para la elaboración de proyecciones y valuaciones actuariales de la CCSS”, cuya recepción de oferta se llevó a cabo el 11 de diciembre del 2019.

C. Acompañamiento Contratación del Nuevo PRODEFI.

En el mes de octubre se realizó la apertura de la Contratación del Nuevo PRODEFI, mediante Licitación Abreviada N°2019LA-000023-1150 “Servicios Profesionales para la validación, ampliación y automatización del modelo matemático actuarial, para la elaboración de proyecciones y valuaciones actuariales de la CCSS”, del nuevo sistema denominado ProValAct (Proyecciones Valuaciones Actuariales). Actualmente, se encuentra en la etapa de análisis técnico de la Comisión, conformada por personal de la Dirección Actuarial y Económica, Presidencia Ejecutiva y Gerencia de Pensiones, quienes rendirán informe incluyendo la razonabilidad de precios durante el mes de enero del 2020, quedando pendiente la adjudicación únicamente.

D. Términos de Referencia de la Valuación Actuarial Externa.

Durante el II Semestre se realizó una revisión de los términos de referencia técnicos elaborados para las contrataciones anteriores, validándose los contenidos actuales y su viabilidad para una nueva contratación, con lo cual se completa el avance programado.

En cuanto a los términos administrativos, deberá definirse la opción a seguir, sobre si será una licitación nacional o internacional, se optará por un Convenio de Cooperación con Organismos Nacional o Internacionales, ya que al respecto en ambos casos se han realizado convenios de este tipo para este objeto en específico, por lo cual ya se cuenta con experiencia en los mismos.

Con respecto a la contratación del Nuevo PRODEFI (ProValAct), surgieron retrasos en la elaboración de los términos de referencia, lo cual incidió en la fecha de inicio del concurso, no pudiendo completarse al cierre del año la contratación; sin embargo, el acto final está programándose para inicios de febrero 2020.

Es importante aclarar que, por cuanto las contrataciones no han dado inicio, este indicador carece de ejecución de recursos presupuestarios.

<p>META 2019</p> <p>Avance de un 30% en el Plan de Fortalecimiento del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte.</p>	Indicador:	Porcentaje del Plan de Fortalecimiento.			
		Línea Base	Meta Anual	Logro	Cumplimiento
		ND	30%	30%	 100%
	Alineamiento:	PEI 4.a / PEI 4.f / PEI 5.m / PTGP 17			
	Clasificación IGI:	Eficacia			
Unidad Responsable:	Gerencia de Pensiones				
Programa 2 Atención Integral de las Pensiones					

Análisis de resultados

De acuerdo con lo programado se logró el 30% de avance del Plan de Fortalecimiento del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM), con 100% del cumplimiento, según se evidencia a continuación:

Se programó un “Foro Internacional sobre tendencias de la seguridad social e impacto de la robotización y nuevas modalidades de trabajo”, el cual coincidía con la conmemoración de los 100 años de fundación de la Organización Internacional del Trabajo OIT, que contemplaba la misma temática a abordar, por lo cual, se acordó no realizar el foro y en cambio se dio la participación de la CCSS, con una exposición del Presidente Ejecutivo, y una amplia participación, cursándose invitación a la Junta Directiva de la CCSS, Gerentes, personal de la Gerencia de Pensiones, Dirección Actuarial, Gerencia Financiera, etc.

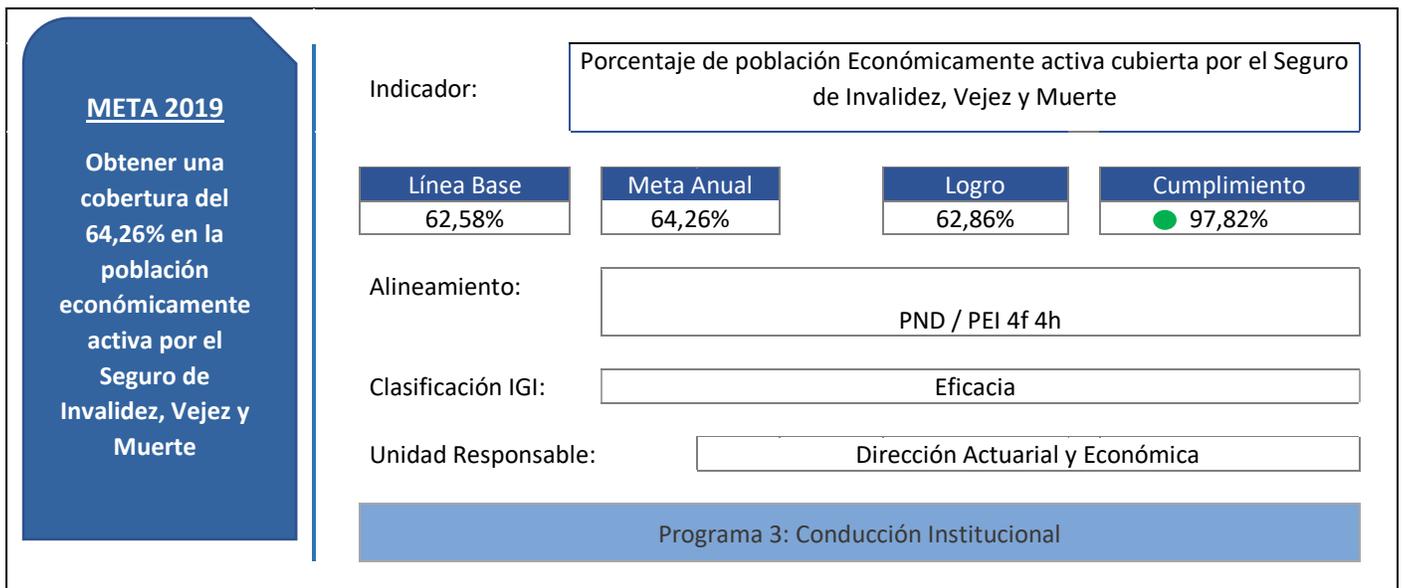
En el Hotel Crowne Plaza Corobicí se realizó el FORO “Trabajar para un futuro más prometedor, diálogos sobre el Futuro del Trabajo en Costa Rica”, contando con las ponencias de expertos internacionales y nacionales incluyendo al Presidente Ejecutivo de la CCSS, Dr. Román Macaya Hayes, Ministro de Trabajo y Seguridad Social, Sr. Gonzalo Delgado, Presidente de la UCCAEP, etc., Lic. Andrea Acuña, Centro Internacional para el Desarrollo del Teletrabajo CIDTT, también se invitó a la Junta Directiva de la CCSS, a personal de las distintas Gerencias Financiera, Médica y de Pensiones, así como Operadores de Pensiones Complementarias OPC, SUPEN, MICIT.

En dicho foro se examinaron las modalidades y perspectivas futuras del trabajo, la construcción de un trabajo justo y equitativo, así como las diferentes visiones desde la perspectiva de los empresarios, el gobierno y los trabajadores.

Como parte de la exposición se plantea los efectos de la “4° Revolución Industrial y el Desarrollo Sostenible” que es precisamente en tema del impacto de la robotización y nuevas modalidades de trabajo.

Se establece por medio de la Presidencia Ejecutiva la Comisión de Alto Nivel Técnico, conformada por la Gerencia de Pensiones, la Dirección Actuarial y Económica y la Presidencia Ejecutiva, en las figuras del Gerente de Pensiones, Director Actuarial, Presidente Ejecutivo de la CCSS, así como el Asesor Actuarial de la Presidencia Ejecutiva, contando con la asistencia del Personal de la Dirección Actuarial y Económica y el Asesor Actuarial de la Gerencia de Pensiones.

Se cuenta con el apoyo de la Organización Internacional del Trabajo, así como de la Asociación Internacional de la Seguridad Social AISS, que están anuentes en brindar la cooperación en el momento en que sea requerida.



Análisis de resultados

Al cierre del año 2019 (datos a octubre), se alcanzó una cobertura del 62,86% para un cumplimiento del 97.82%.

Como principales retos que tiene la Institución destacan:

- Mantener la cobertura en los niveles actuales, tratando de aumentarlos, mediante la mejora en la prestación de servicios de salud, con calidez y eficiencia.
- Mantener los sistemas de inspección y la elaboración de estrategias para incrementar la cobertura de grupos de difícil afiliación, como son: la micro y pequeña empresa, el servicio doméstico y los trabajadores independientes bajo la línea de pobreza.

META 2019

Obtener una cobertura del 70,88% en la población económicamente activa por el Seguro de Enfermedad y Maternidad

Indicador: Porcentaje de población Económicamente activa cubierta por el Seguro de Enfermedad y Maternidad.

Línea Base	Meta Anual	Logro	Cumplimiento
69,02%	70,88%	69,92%	● 98,65%

Alineamiento: PND / PEI 4f 4h

Clasificación IGI: Eficacia

Unidad Responsable: Dirección Actuarial y Económica

Programa 3: Conducción Institucional

Análisis de resultados

Al cierre del año 2019 (datos a octubre), este indicador alcanzó una cobertura del 69,92% para un cumplimiento del 98,65%, como lo refleja el siguiente cuadro:

Cuadro N°4
“Cobertura de la PEA Total según Seguro”

Junio 2016 - Octubre 2019		
Mes	Seguro	
	Salud	Pensiones
jun-16	65.85	59.67
jun-17	69.02	62.58
jun-18	69.66	62.92
ene-19	69.41	62.95
feb-19	69.87	63.11
mar-19	70.09	63.22
abr-19	69.66	62.82
may-19	69.75	62.85
jun-19	69.67	62.74
jul-19	69.71	62.75
ago-19	69.64	62.58
sep-19	69.50	62.46
oct-19	69.92	62.86

Fuente: Dirección Actuarial y Económica, 2019

Pese a que se logró cumplir con lo pactado, se presentaron los siguientes obstáculos o limitaciones:

- Afectación por el comportamiento del mercado laboral, donde a partir del año 2018 se ha presentado un relativo estancamiento en el número de trabajadores asegurados activos.
- Aumento en el desempleo, manteniéndose por encima del 10% en los últimos trimestres y en forma paralela se ha incrementado el empleo informal.
- Crecimiento del Producto Interno Bruto, el cual ha experimentado una variación menor a la proyectada - se estimaba superior al 3% y resultó de 2,19%- generando esto un cambio en la elasticidad observada entre este y el empleo, y por tanto afectando la cobertura.
- Por otra parte, durante el año 2019 el comportamiento del Índice Mensual de Actividad Económica (IMAE), refleja tasas de aceleración negativas y una tasa de variación interanual relativamente estancada; especialmente en los sectores agrícolas y de manufactura de grandes establecimientos, donde el seguro social tiene coberturas superiores al 90%. Algunos de estos datos se muestran en el siguiente cuadro, elaborado por el Banco Central de Costa Rica:

Cuadro N°5
“Índice Mensual de Actividad Económica (IMAE)”

Mes	Nivel	Variación de los últimos 12 meses /n1	Variación media	Tasa de aceleración	Variación interanual
oct-18	121,5	3,0	3,0	-0,3	2,2
nov-18	121,7	2,9	2,9	-0,2	1,9
dic-18	121,9	2,8	2,8	-0,1	1,8
ene-19	122,1	2,7	1,8	0,0	1,8
feb-19	122,3	2,6	1,7	-0,1	1,7
mar-19	122,5	2,4	1,6	-0,2	1,5
abr-19	122,6	2,2	1,5	-0,2	1,3
may-19	122,8	2,1	1,5	-0,1	1,2
jun-19	123,0	1,9	1,4	0,0	1,2
jul-19	123,2	1,8	1,4	0,2	1,4
ago-19	123,5	1,7	1,5	0,3	1,7
sep-19	123,9	1,6	1,5	0,3	2,0

Fuente: Departamento de Estadística Macroeconómica. Banco Central de Costa Rica.

- El Encaje Mínimo Legal (EML) y la Tasa Política Monetaria (TPM), muestran una reducción tendiente a coadyuvar al crecimiento económico; el incremento en los precios de combustible y la tasa interés contrarrestan los efectos esperados y limitan el crecimiento.
- Impacto de la aplicación de la Ley de Fortalecimiento de las Finanzas Públicas (salarios, impuesto a la renta, impuesto a los ahorros).

Dentro de las acciones de mejora, se pueden citar:

- Elevar a aprobación por parte del Sr. Carlos Alvarado Quesada, Presidente de la República, la modificación presentada por la Institución mediante oficio PE-2874-2019.
- Mantener la cobertura en los niveles actuales, tratando de aumentarlos, mediante la mejora en la prestación de servicios de salud, con calidez y eficiencia.
- Mantener los sistemas de inspección y la elaboración de estrategias para incrementar la cobertura de grupos de difícil afiliación, como son: la micro y pequeña empresa, el servicio doméstico y los trabajadores independientes bajo la línea de pobreza.

META 2019 Avance de un 50% en el desarrollo de un Proyecto que permita identificar el correcto aseguramiento y protección familiar de las personas en el Seguro de Salud	Indicador:	Porcentaje de avance de proyecto			
		Línea Base	Meta Anual	Logro	Cumplimiento
		ND	50%	50%	 100%
	Alineamiento:	PEI 4h/PTGF 16			
	Clasificación IGI:	Eficacia			
	Unidad Responsable:	Gerencia Financiera			
Programa 3 Conducción Institucional					

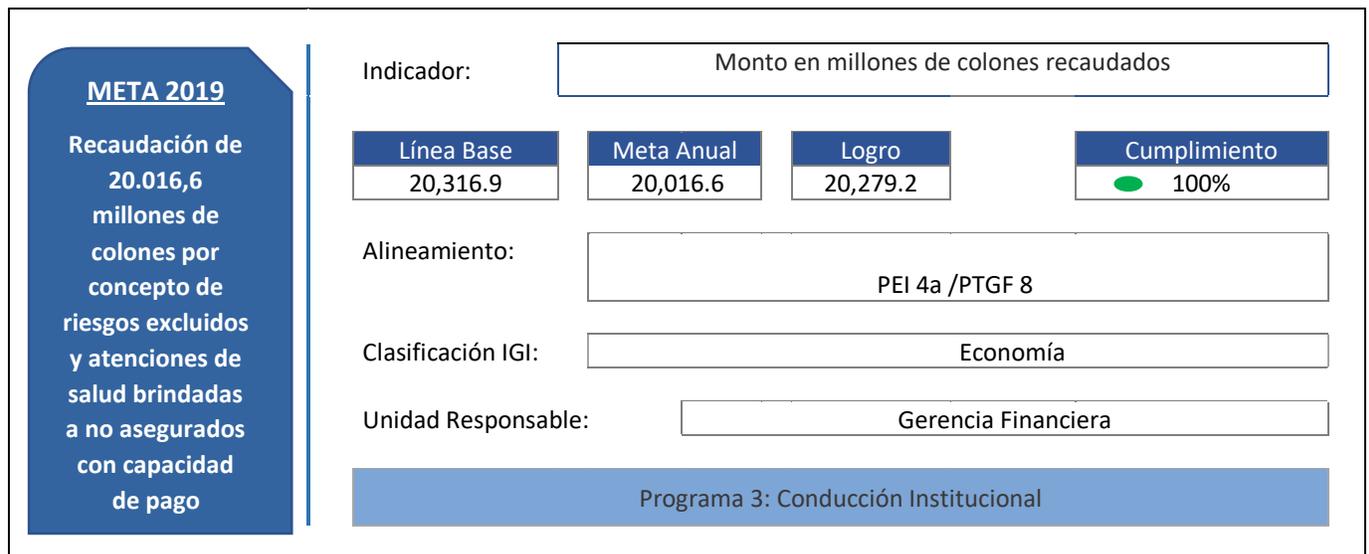
Análisis de resultados:

La meta fue cumplida a cabalidad siendo que la Gerencia Financiera cuenta con la versión final de la propuesta de Reglamento de Protección Familiar, la cual fue revisada y ajustada según recomendación de la Dirección Jurídica y la Gerencia Médica. A su vez cuenta con la revisión

conjunta de funcionarios del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, en donde se acordó incluir un apartado con los requisitos de la norma para atender la solicitud del Ministerio.

Actualmente la propuesta de “Reglamento Protección Familiar en la CCSS”, fue remitida a la Gerencia General, para su revisión y posterior presentación ante los miembros de Junta Directiva.

Cabe indicar que una vez presentada y avalada se definirá el modelo operativo, la elaboración del Manual de requerimientos y los requisitos técnicos para el desarrollo de las herramientas informáticas requeridas en aplicación de la propuesta del Reglamento para la Protección Familiar en la CCSS.



Análisis de resultados

Para el año 2019, la proyección de incremento en la recaudación por concepto de riesgos excluidos y atenciones de salud arrojó una cifra estimada de €20,016.63 millones. No obstante, para el primer semestre del año se logró una suma de €9,832.92 millones y de €10,446.28 millones durante la segunda mitad del año, resultando así en una recaudación real total de €20,279.2 millones durante todo el año 2019, cumpliendo con ello la meta de recaudación establecida.

Cuadro N° 6
“Recaudación de sumas por concepto de Riesgos Excluidos (SOA – RT) y Personas No Aseguradas con Capacidad de Pago. Periodo 2019”

Descripción	*Monto Meta (Año 2019)	*Monto Recaudado	% Cumplimiento
Seguro Automotores SOA	11 618.4	11 564.8	99.54%
Seguro Riesgos de Trabajo SRT	7 367.1	7 480.5	101.53%
No Asegurados	1 030.23	1 233.8	119.76%
Total	20,015.73	20 279.1	101.31%

Fuente: Gerencia Financiera

Es importante mencionar que se está negociando el adendum del Convenio de Cooperación entre el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y el Sistema Nacional de Información y Registro Único de Beneficiarios del Estado (SINIRUBE), a fin de que el Área de Coberturas por el Estado, adscrita a la Dirección de Coberturas Especiales de la Gerencia Financiera, pueda registrar la información referente a los beneficiarios del Seguro por el Estado.

Además, se están llevando a cabo las coordinaciones interinstitucionales correspondientes entre los profesionales de TIC del IMAS y la CCSS, en coordinación con la Dirección de Coberturas Especiales, para definir el traslado de la información, en una plataforma específica.

A la vez se ha logrado avanzar con el plan de capacitaciones de forma oportuna en lo que respecta a la correcta aplicación de la Normativa Institucional en temas de Riesgos Excluidos, Coberturas por el Estado y No Asegurados, impartiendo en el segundo semestre del 2019 un total de 20 capacitaciones para un total de 524 personas capacitadas

En línea con lo anterior, durante el año 2019, se aplicaron 58 evaluaciones en las unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos, lo que permitió identificar las debilidades y fortalezas de los Establecimientos de Salud en el proceso de recuperación de costos por atenciones de riesgos excluidos, para buscar estrategias, con el fin de mejorar el proceso.

El resultado de esta evaluación permitió conocer, el grado de cumplimiento del marco técnico y normativo de los funcionarios(as) de las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos en la gestión de Riesgos Excluidos, situación que ha permitido ayudar a los Establecimientos de Salud en la correcta toma de decisiones y mejora continua en la identificación, captura de la información, registro, facturación y seguimiento, en los casos de atenciones prestadas por riesgos excluidos.

META 2019 Determinar la participación del gasto de remuneraciones del Seguro de Salud con respecto al gasto total del Seguro de Salud	Indicador:	Porcentaje de participación de gasto remuneraciones entre el gasto total del Seguro de Salud.		
	Línea Base	Meta Anual	Logro	Cumplimiento
	62%	62%	57%	 100%
	Alineamiento:	PEI 4d / PTGF18		
	Clasificación IGI:	Economía		
Unidad Responsable:	Gerencia Financiera			
Programa 3: Conducción Institucional				

Análisis de resultados

Para el año 2019, la Gerencia Financiera logra un 57% de avance en la participación del gasto de remuneraciones del Seguro de Salud, lo que corresponde a un cumplimiento del 100%, este comportamiento, se debe a factores como la implementación de Ley de Fortalecimiento de las Finanzas Públicas (N.º 9635), a la creación moderada de plazas y utilizadas en las áreas estratégicas de cara a los servicios de salud.

Es importante indicar que en materia de gasto depende del comportamiento de la economía y uso racional de los recursos. El tema de remuneraciones está asociado a los aumentos salariales que decreta el Gobierno Central para los empleados del Sector Público, pagos de tiempos extraordinarios, entre otros.

META 2019 Avance de un 50% en el desarrollo e implementación del Sistema de Fortalecimiento en la Atención de Emergencias y Desastres	Indicador:	Porcentaje de avance en el desarrollo e implementación del Sistema										
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Línea Base</th> <th>Meta Anual</th> <th>Logro</th> <th>Cumplimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ND</td> <td>50%</td> <td>50%</td> <td> 100%</td> </tr> </tbody> </table>	Línea Base	Meta Anual	Logro	Cumplimiento	ND	50%	50%	 100%		
	Línea Base	Meta Anual	Logro	Cumplimiento								
	ND	50%	50%	 100%								
	Alineamiento:	PEI 4m / PTGA 17										
	Clasificación IGI:	Eficacia										
Unidad Responsable:	Gerencia Administrativa											
	Programa 3: Conducción Institucional											

Análisis de resultados

Para el año 2019, se logró alcanzar un 50% del desarrollo e implementación del Sistema de Fortalecimiento en la atención de emergencias y desastres lo que representa un cumplimiento del 100%.

La Gerencia Administrativa en coordinación con el Centro de Atención de Emergencias y Desastres, gestionó con la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicación el apoyo para disponer de los recursos necesarios, y los requerimientos técnicos para la contratación del Sistema.

Así las cosas, durante el mes de noviembre 2019, se da inicio con la etapa inicial de la contratación y el 29 de noviembre sale publicada la licitación abreviada en el periódico oficial La Gaceta.

Para el día 10 de diciembre se da la apertura de ofertas. Se realiza el análisis administrativo y actualmente se está en proceso de análisis técnico de las ofertas presentadas. (evidencia: expediente Licitación Abreviada N° 2019-000022-1150, actualmente custodiado en el CAED para realizar análisis técnico).

Dentro de los factores de éxito que incidieron en el logro de la meta están:

- Contar con el recurso humano disponible y técnico.

- Contar con la disponibilidad y colaboración por parte de la Dirección de Tecnologías de Información.
- Planear y programar adecuadamente las actividades y los recursos requeridos.

EJE 4
Innovación y Mejora Continua de la Prestación de los
Servicios.
(8 metas)

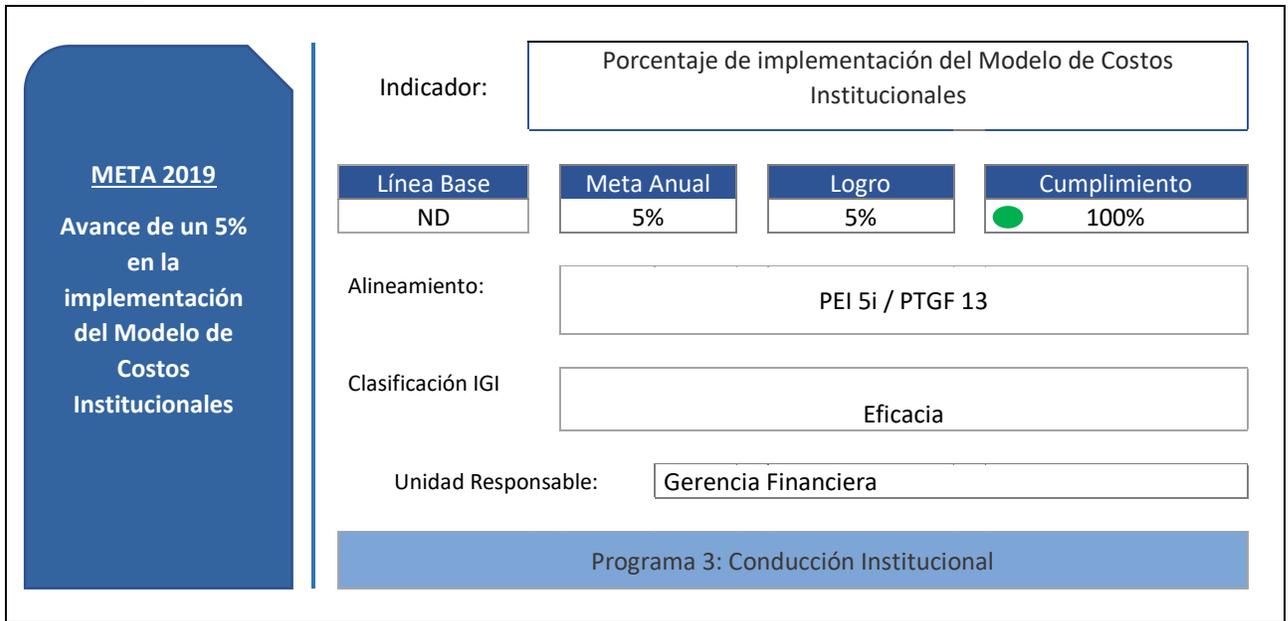
<p>META 2019</p> <p>Avance de un 25% en las etapas de elaboración del proyecto nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria.</p>	Indicador:	Porcentaje de avance del Modelo de Gestión Hospitalaria.			
		Línea Base	Meta Anual	Logro	Cumplimiento
		50%	25%	0	● 0%
	Alineamiento:	PEI 2i / PEI 5e /PTGM 26			
	Clasificación IGI	Eficacia			
	Unidad Responsable:	Gerencia Médica			
Programa 1: Programa de Atención Integral a la Salud de las Personas					

Análisis de resultados

Esta meta se vio afectada debido a que, no se contaba con el equipo técnico responsable de la coordinación de este Modelo. No obstante, se realizará un replanteamiento del indicador en lo que respecta al modelo de gestión hospitalaria, el cual incluirá el ámbito administrativo (evaluación, indicadores, variables) y el ámbito de prestación de servicios (evaluación de la red en general) se plantea conformar un equipo de trabajo por parte de la gerencia médica que le continuidad a dicho modelo.

Esta meta se vio afectada, por lo que para el año 2019 no se reporta avance, los cambios de gestión generados en la Gerencia Médica como lo fue el cambio de Gerente Médico y el posterior nombramiento de algunos de los directores de sedes, influyó en la coordinación de este proyecto, motivo por el cual no se avanzó según lo programado.

La medida de mejora para el reporte de la meta, esta debe ser valorada en la primera modificación que se haga al Plan Táctico Gerencial, cuyo objetivo es valorar los actores y continuidad de esta.

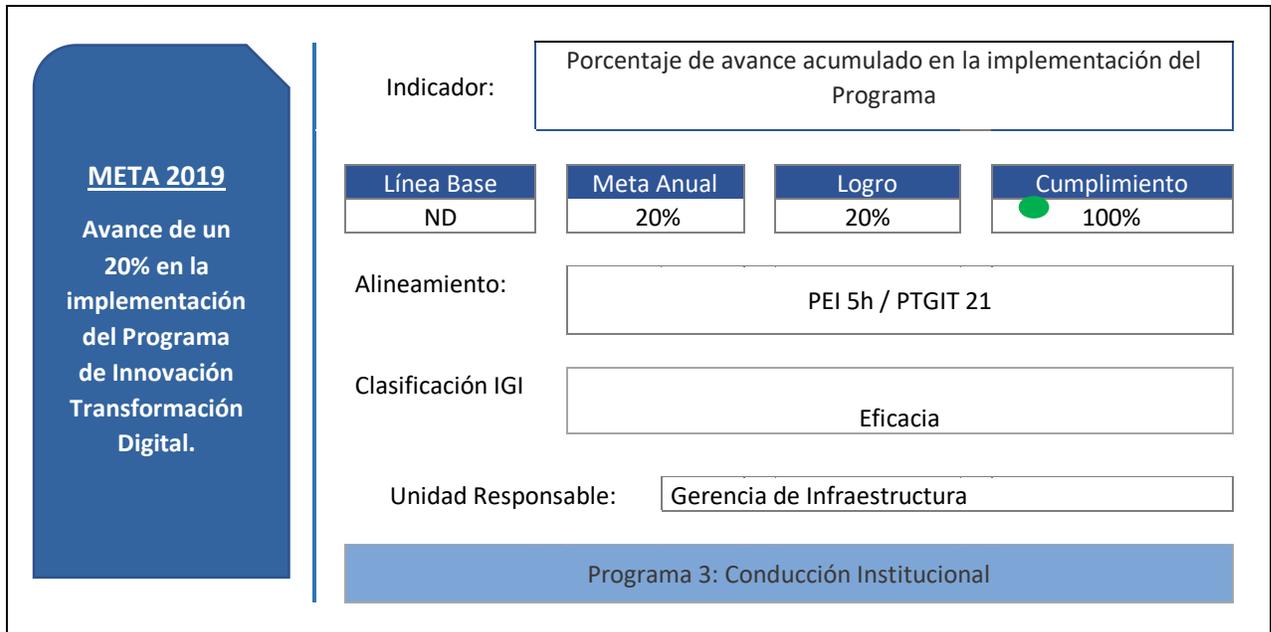


Análisis de resultados

Para el 2019, esta meta logró avanzar en un 5%, lo que representa un cumplimiento del 100% del Modelo de Costos Institucional.

Dicho modelo será un complemento al proyecto ERP y tendrá un gran impacto a nivel Institucional, ya que pretende mejorar el Sistema de Costos Institucional que permitirá realizar cobros y pagos ajustados al valor real de los mismos y mejorar la toma de decisiones.

Dentro de su ámbito de competencia la gerencia cumplió con el avance requerido, correspondiente a la elaboración del documento Modelo de Costos Institucional.



Análisis de resultados

La implementación del Programa de Innovación Transformación Digital obtuvo un logro del 20%, lo que significa un cumplimiento del 100%, que corresponde al diagnóstico de la capacidad de innovación.

Para la ejecución del diagnóstico se realizaron entrevistas a miembros de Junta Directiva, Gerentes y Directores de Sede (22 funcionarios en total), con lo que se obtuvo un diagnóstico Institucional del tema de innovación en los contextos de salud, pensiones y prestaciones sociales, estableciendo un enfoque integral de la situación actual de dicho proceso en la CCSS.

Esta meta presenta sub-ejecución, debido a que se utilizaron únicamente recursos presupuestarios para la elaboración del diagnóstico, como punto de partida para definir e implementar el Programa de Innovación Transformación Digital.

<p>META 2019</p> <p>Avance de un 25% adicional en el Proyecto Modernización del Modelo Logístico para un acumulado del 50%.</p>	Indicador:	Porcentaje de avance del Proyecto Modernización del Modelo Logístico.		
	Línea Base	Meta Anual	Logro	Cumplimiento
	ND	25%	25%	● 100%
	Alineamiento:	PEI 5k / PTGL 6 / PTGL 6		
	Clasificación IGI	Eficacia		
	Unidad Responsable:	Gerencia Logística		
Programa 3: Conducción Institucional				

Análisis de resultados

De acuerdo con la programación realizada por la Gerencia de Logística, para el segundo semestre 2019 se pactó un 25% de avance del proyecto de Modernización del Modelo Logístico, lo que representa un cumplimiento del 100%, porcentaje que atiende lo relacionado con el levantamiento de requerimientos para la contratación de un consultor experto conforme a la propuesta emitida por la Dirección de Aprovisionamiento de Bienes y Servicios.

Dado lo anterior, al 31 de diciembre 2019 y el porcentaje de logro es del 25% para un cumplimiento del 100% de lo programado. Lo anterior evidenciado en el documento “Términos de Referencia para la Contratación de Consultoría para Estudio de Nuevo Modelo de la Cadena de Abastecimiento de la Caja Costarricense de Seguro Social” el cual incluye el desarrollo de los requerimientos para el nuevo Modelo Logístico de la Cadena de Abastecimiento de la CCSS.

El objetivo general de la Consultoría es contar con un diseño de un “Nuevo Modelo de la Cadena de Abastecimiento de la Caja Costarricense de Seguro Social” a partir de un estudio de viabilidad técnica, legal y financiera que permita fortalecer la integración de los eslabones de la cadena de abastecimiento.

El proceso de consultoría se basa en el cumplimiento de los siguientes objetivos específicos:

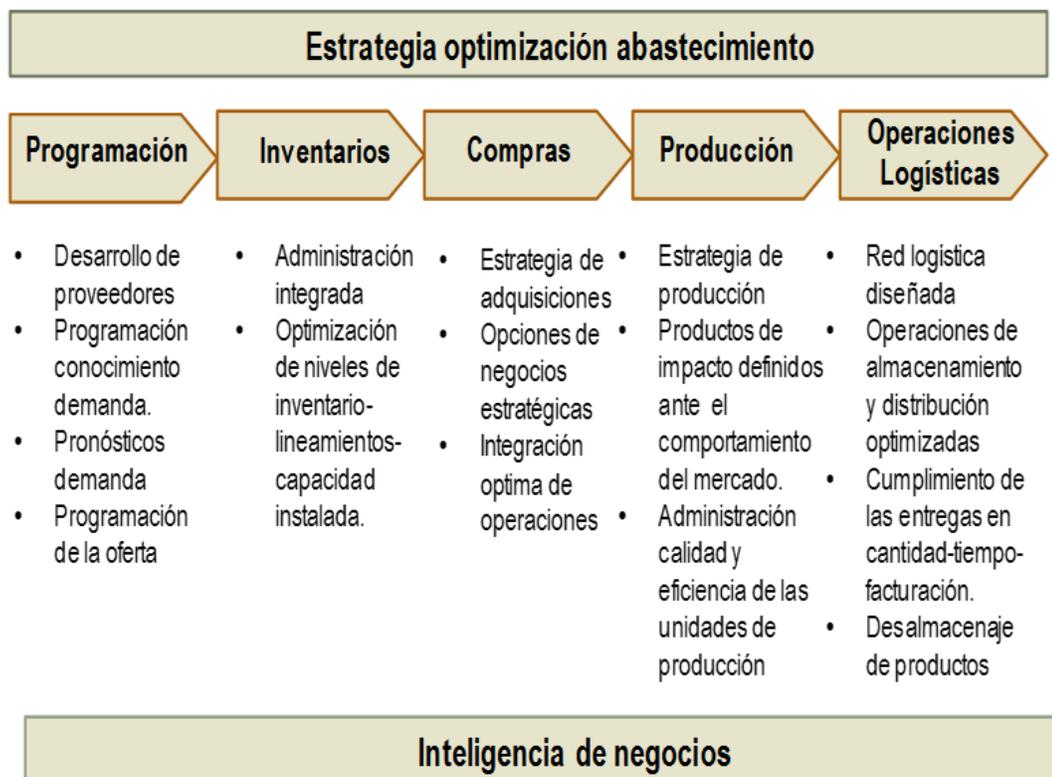
- Analizar y valorar las políticas, normas, criterios y variables que se tienen para la planificación y programación de los suministros abastecidos por el nivel central y su fundamentación teórica y práctica, para determinar su eficiencia en el ciclo de abastecimiento.

- Medir el impacto y comportamiento del inventario contratado, bajo los criterios legales, financieros y técnicos establecidos por la CCSS, términos y condiciones, en todo el proceso de la cadena de abastecimiento institucional: nivel central y local.
- Definir los costos operativos, financieros, y otros, de las metodologías actuales de contratación de las mercancías que se adquieren a nivel central.
- Determinar el impacto en los Centros de Distribución, por la recepción y almacenamiento de las materias primas de los centros de producción de la Dirección de Producción Industrial y su consecuente abastecimiento periódico.
- Considerar y establecer, dentro del marco legal otras formas o modalidades, viables de contratación, abastecimiento y distribución de acuerdo con la naturaleza de los productos que adquiere la Institución.
- Analizar y cuantificar la logística actual de almacenamiento de la CCSS, con el fin de buscar oportunidades de mejora y que sirva como base para la creación de un nuevo Centro de Distribución que pueda sustituir al actual. Considerando para ellos las características de los medicamentos e insumos médicos.
- Aplicar técnicas matemáticas e ingenieriles en la creación de los diseños considerando los datos históricos y proyecciones de demanda, para que las decisiones puedan estar fundamentadas en análisis de datos y procesos.
- Modelar las posibles soluciones para que sean base para la toma de decisiones en la solución más viables y factible para el nuevo modelo de la cadena de abastecimiento dentro de las necesidades de la CCSS.
- Seleccionar la solución que sirva de base para el diseño del nuevo modelo de la cadena de abastecimiento.
- Definir y diseñar el nuevo centro de distribución logístico que permita solventar las necesidades que requiere el nuevo modelo de la cadena de abastecimiento.
- Definir y seleccionar la posible herramienta tecnológica para la eficiente administración de operaciones conforme al centro de distribución.
- Establecer para el corto, mediano y largo plazo, escenarios para la toma de decisiones en cuanto a los procesos del manejo centralizado de los inventarios, su distribución a los usuarios y plantas de producción.

- Definir el modelo de gobierno para cadena de abastecimiento a partir de Enfoque Integrado para toda la Institución en el fortalecimiento de los servicios y sostenibilidad financiera.

El desarrollo del proyecto “Optimización del Abastecimiento”, se efectuará con recurso humano a lo interno de la Institución por medio de usuarios expertos, para lo cual se deberán definir las estrategias encaminadas a la consecución de los resultados tal y como se detalla a continuación:

Figura N°7
“Optimización del Abastecimiento”



Fuente: Gerencia Logística

Lo anterior, conlleva un ajuste a lo programado de manera inicial para el Proyecto “Modernización del Modelo Logístico” por lo que para el primer trimestre del año 2020, se estará presentado la solicitud de modificación de la meta con la finalidad de “Contar con un diseño para la optimización del Abastecimiento de la C.C.S.S. orientado a maximizar la eficiencia, eficacia, para satisfacer las necesidades de bienes y servicios de los usuarios, con el desarrollo de operaciones con un valor agregado a la prestación de los servicios a nivel Institucional.”

META 2019 Alcanzar un 40% de viviendas georreferenciadas como parte del funcionamiento del Expediente Digital Único en Salud.	Indicador:	Porcentaje de avance de ejecución de obra.		
	Línea Base	Meta Anual	Logro	Cumplimiento
	0	40%	40%	 100%
	Alineamiento:	PND/PEI 5c		
	Clasificación IGI:	Eficacia		
	Unidad Responsable:	Gerencia de Infraestructura		
Programa 1 Atención Integral a la Salud de las Personas				

Análisis de resultados

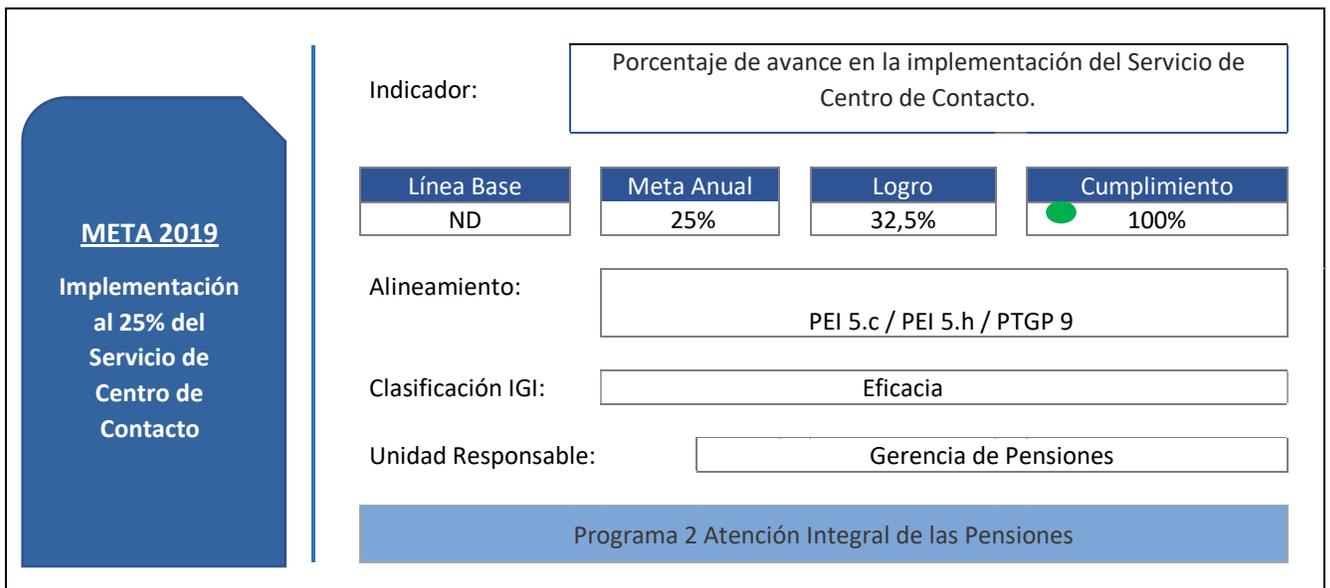
Se logró cumplir con el 40% de viviendas georreferenciadas, para un cumplimiento del 100% de la meta pactada durante el año 2019. La cantidad de viviendas georreferenciadas fueron 616.960.

Otros logros importantes:

- Se entregaron un total de 1.336 tabletas a los centros de salud, mediante contrato móvil con el ICE, fueron entregadas 1.336 tarjetas chip SIM móvil con internet de datos, a fin de que se pueda contar con información en tiempo real para la localización de las viviendas. Lo anterior, permite dar cobertura de telecomunicaciones para que funcione el módulo SIFF móvil.
- Se actualizó la aplicación SIFF móvil versión 1.0.3, mediante el uso de la herramienta de EMM (Enterprise Mobility Management), en los equipos entregados. Esta acción permite continuar con las gestiones de: cambio, gestión de incidencias, gestión de los evolutivos, actualizaciones del sistema, gestión de seguimiento y calidad, para uso efectivo de la herramienta. Lo anterior, como parte de la sostenibilidad de la solución tecnológica.
- Mediante oficio GM-MDA-12042-2019, la Gerencia Médica solicitó a los Directores Regionales, implementar la Estrategia Institucional para agilizar la georreferenciación de viviendas y así poder cumplir la meta anual.

A pesar de que la meta se cumplió, se presentan algunos obstáculos y limitaciones que influyen en los resultados, tales como:

- Actividades como campañas de vacunación (Sarampión- semana Panamericana de la vacunación- virus del Papiloma Humano, Rotavirus, entre otras), así como en el escenario educativo y comunal, recaen en los Auxiliares Técnicos de Atención Primaria (ATAP), situación que les resta tiempo efectivo en las visitas domiciliarias para georreferenciar las viviendas.
- Se dificulta la sustitución del personal ATAP, dado que para contratarlo debe contar con la formación que brinda la CCSS mediante el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS).



Análisis de resultados

En lo que respecta al avance en la implementación del servicio de centro de contacto, se logró un 32,5% en el 2019, que corresponde al 100% de cumplimiento. Lo anterior siendo que, tanto el inicio de la contratación y la adjudicación se realizaron antes de lo previsto, estando actualmente a la espera de la firma del contrato y referendo administrativo; la configuración e instalación se realizará en el I trimestre del 2020, adelantándose un trimestre a las proyecciones iniciales. Seguidamente se muestra en detalle las acciones realizadas:

Inicialmente la Contratación del Centro de Contacto de la Gerencia de Pensiones se realizaría como un anexo a la contratación del Proyecto de Comunicaciones unificadas a nivel central, de

la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones (DTIC) de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, el cual en el mes de agosto de 2017 aprobó la contratación de los servicios de Servicios Administrados Comunicaciones WAN, Unificadas y Monitoreo por parte de la Junta Directiva, con los cual se inician los procesos de implementación a nivel Institucional. (Expediente de Contratación 2017CD-000018-1150).

Para ello, la Gerencia de Pensiones, realizó una primera fase que comprendió el traslado de datos de la configuración de la Central Telefónica actual, asignación y traslado de los aparatos telefónicos nuevos desde la DTIC hacia el área de Gestión Informática, la instalación del módulo de redundancia (módulo de Supervivencia) de las funcionalidades asociadas y la instalación y configuración de los aparatos en las estaciones de trabajo de los funcionarios de la Gerencia de Pensiones (aproximadamente 350 equipos). Todo este proceso de cambio y configuración se finalizó en el mes de abril de 2019.

Sin embargo, la DTIC en febrero del 2019, en la primera fase de dicha contratación no se incluye el apartado para el servicio de "Centro de Contacto Multicanal", por lo cual la Gerencia de Pensiones inicia el proceso independientemente, actualizando las especificaciones técnicas y realizando el Estudio Preliminar y de Factibilidad, para la contratación de los servicios de "Contact Center".

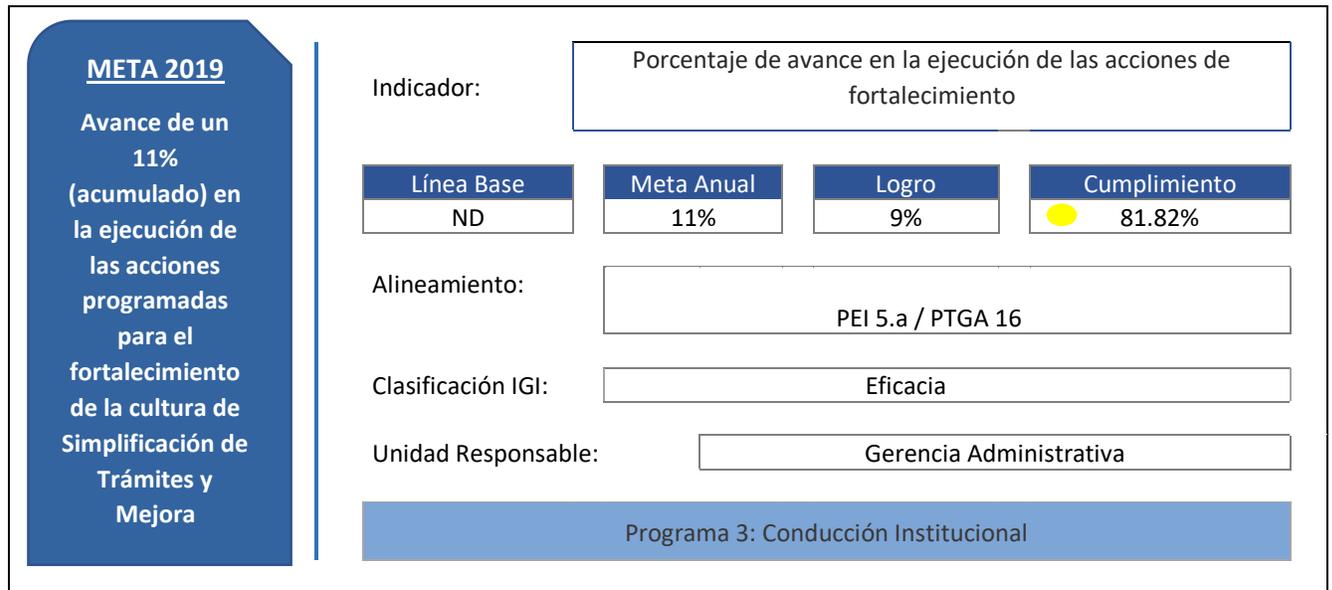
Durante el II Semestre se completan los requisitos institucionales y se obtienen los vistos buenos para iniciar con la contratación lo antes previsto, por lo cual en octubre se realiza la invitación a los proveedores para participar en la Licitación Abreviada 2019LA-000006-9121 "Adquisición de Servicio de Centro de Contacto por consumo según demanda con posibilidad de prórroga para la Gerencia de Pensiones".

Cumplidos los plazos y realizadas las actividades pertinentes el 10 de diciembre 2019, se notifica la Resolución del Acto de Adjudicación de la Licitación Abreviada, con lo cual al no haber apelaciones queda en firme el 17 diciembre 2019.

Debido a la naturaleza del concurso se inician los trámites para la firma del contrato y refrendo administrativo por lo cual se espera iniciar la configuración e instalación en el I trimestre del 2020 adelantándose un trimestre a las proyecciones iniciales.

Inicialmente la contratación se había planificado para el I semestre del 2020, y como resultado de la coordinación interna y al trabajo realizado por los colaboradores designados, así como la coordinación con las instancias internas se permitió iniciar la contratación antes de lo previsto (30 de octubre 2019), igualmente al no haber objeciones al cartel o apelaciones, fue posible adjudicar antes de lo previsto, estando a la espera de la firma del contrato y referendo administrativo por lo cual se logró adelantar la programación.

Es importante aclarar que, por cuanto no ha iniciado la contratación del Centro de Contacto, este indicador carece de ejecución de recursos presupuestarios, para el 2019.



Análisis de resultados:

Se logró avanzar en un 9% en lo que respecta al Fortalecimiento y reposicionamiento de la Simplificación de Trámites y Mejora Regulatoria, representando un cumplimiento del 81.82%.

La Gerencia Administrativa, así como el programa STMR para el cumplimiento del indicador ha generado las siguientes actividades:

- Cantidad de Planes de Mejora Regulatoria presentados (2%):

El Programa Simplificación de Trámites y Mejora Regulatoria realiza el seguimiento a los proyectos que ejecutan a lo interno de la Institución, lo que implica una comunicación activa con el Ministerio de Economía Industria y Comercio (MEIC) y con las unidades técnicas designadas en procura de cumplir con las actividades y plazos programados, e informar a las autoridades superiores y al ente rector, según corresponda.

Cada trimestre se remiten los reportes de avance al MEIC en la plataforma digital de dicha Institución “Trámites Costa Rica” y se comunican las acciones realizadas a la fecha; así como, los porcentajes de avance de los proyectos de los Planes de Mejora Regulatoria (PMR).

A continuación, se detallan las etapas complicadas y pendientes en cada uno de los proyectos:

Cuadro N° 7
“Avance de proyectos PMR”

Proyecto	Etapas cumplidas / en proceso	Etapas pendientes
1. Reforma para brindar Protección Familiar a la población asegurada (PMR 2017)	-Diseño y validación de las propuestas (GF): 100% 2. Aprobación interna de las propuestas (PSTMR, DJ, CMR, OST): 100%	Aprobación Final Junta Directiva, SICOPRE, Consulta Pública, publicación Gaceta I Trim 2020
2. Propuesta de modificación del Reglamento Trabajador Independiente (PMR 2017)		
3. Propuesta de modificación del Reglamento Aseguramiento Voluntario y Migrantes (PMR 2017)		
4. Propuesta de adición de artículo sobre el Otorgamiento de Seguro por el Estado dentro del Reglamento de Seguro de Salud (PMR 2017)		
5. Propuesta de adición de artículos sobre Adscripción a establecimientos de salud en el Reglamento de Seguro de Salud (PMR 2017)	-Aprobaciones internas de la propuesta por PSTMR y DJ: 95%	-Sesión de CMR 14-01-2020 para Aprobación final interna de la propuesta por OST -Aprobación Final Junta Directiva, SICOPRE, Consulta Pública, publicación Gaceta
6. Propuesta de modificación reglamentaria sobre el tema Inscripción de Patrono Físico/Jurídico (PMR 2017)	-Aprobación interna del PSTMR: 90%	-Criterio Jurídico DJ, CMR y OST. -Aprobación Final Junta Directiva, SICOPRE, Consulta Pública, publicación Gaceta I Trim 2020
7. Propuesta de Modificación del Reglamento para el Otorgamiento Créditos Hipotecarios (PMR 2018)	-En ajustes por parte de la GP: 95%	-Aprobación final interna de la propuesta por parte de PSTMR, CMR, OST. -Aprobación Final Junta Directiva, SICOPRE, Consulta Pública, publicación Gaceta I Trim 2020
8. Solicitud de información contenida en el Expediente de Salud físico y digital (PMR 2019)	-Recopilación de información diagnóstica: 100% -Análisis de la información recopilada: 100%	<u>2020:</u> -Diseño y validación de la propuesta (GF) -Aprobación interna de la propuesta (PSTMR, DJ, CMR, OST) -Aprobación Final Junta Directiva, SICOPRE, Consulta Pública, publicación Gaceta

Fuente: Gerencia Administrativa

Adicionalmente, se destaca que para el año 2020 se estarán ejecutando los proyectos relacionados con: 1. Simplificación y mejora regulatoria del trámite admisión y egreso hospitalario. 2. Simplificación y mejora regulatoria del trámite Solicitud de citas para diagnóstico y tratamiento.

- Cantidad de visitas regionales realizadas (5%)

El objetivo primordial para la realización de estos talleres es llevar el mensaje de la importancia de la Simplificación de Trámites a todas las zonas del País, esto con la finalidad de proveer a las unidades de la información necesaria para que simplifiquen los trámites, así como, generar sensibilización, motivarles para que busquen los mecanismos necesarios y así para promover la integración de la Caja a trabajar como una sola en pro de las personas usuarias.

Durante los meses de octubre, noviembre y diciembre 2019, se realizaron un total de 6 visitas regionales llevando al nivel local el taller de simplificación de trámites, logrando de esta manera cumplir con lo planificado.

Como parte de la dinámica, las unidades participantes presentaron acciones que están llevando a cabo para mejorar el acceso a los servicios que se brindan, y además se exponen proyectos exitosos de otras unidades institucionales.

Este taller impartido por la Gerencia Administrativa se realizó en las regiones Central Norte, Central Sur, Huetar Atlántica, Chorotega, Brunca y Región Huetar Norte, para una participación total de 345 funcionarios (as).



- Cantidad de capacitaciones, sensibilizaciones (2%)

Desde el Programa de Simplificación de Trámites y Mejora Regulatoria (Programa STMR) se promueve la cultura de simplificación de trámites y mejora regulatoria, por medio de sensibilizaciones dirigidas a funcionarios (as) del nivel local y regional en el tema de la Ley 8220, su Reglamento y su aplicación en la CCSS.

Debido a lo anterior, durante el II semestre se realizaron 7 charlas con la participación de 298 funcionarios (as) institucionales de los servicios de Redes, Validación de Derechos, Inspección, Cobros y Jefaturas.



- Cantidad de talleres de simplificación de trámites para la alta dirección (MEIC). Incumplimiento 2%

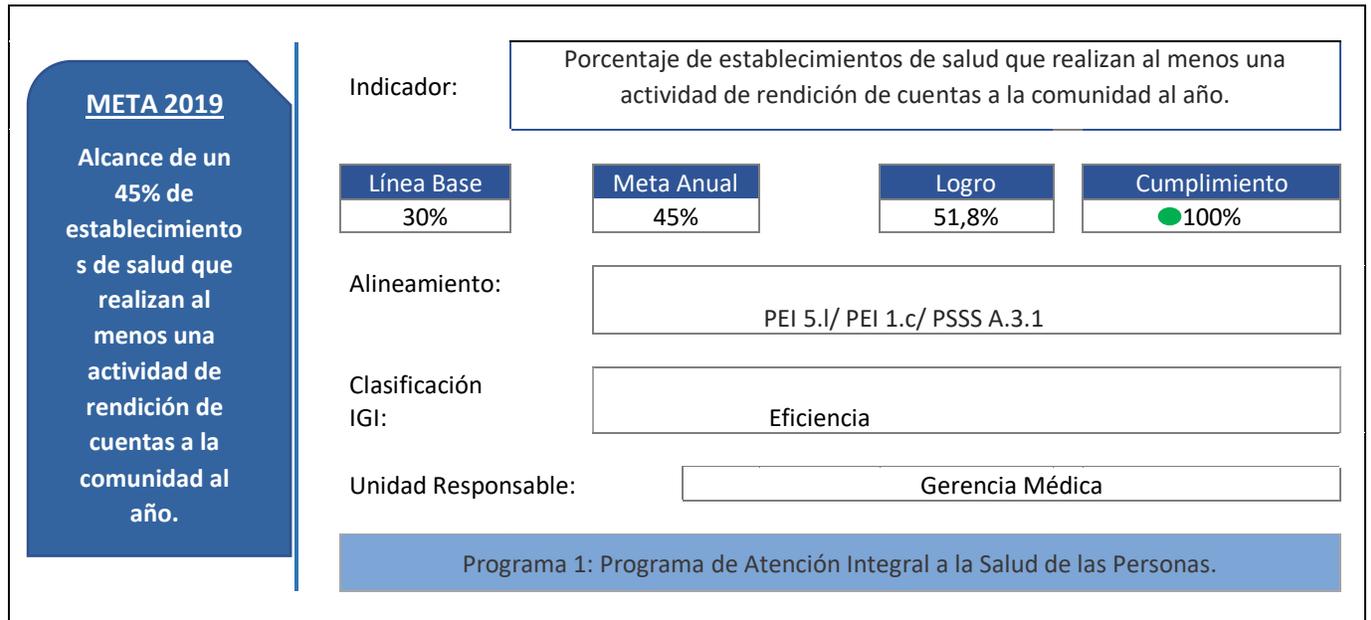
En esta actividad se tiene un 0% de avance, debido a las reprogramaciones de las sesiones de Consejo de Presidencia y Gerentes, siendo que se requirió la asistencia del señor Gerente y por ende el cambio de algunas fechas de los talleres a nivel regional.

Esto significó un atraso en general de la agenda que se tenía inicialmente programada, por lo que se decide reprogramar el taller que va dirigido a la alta dirección para el primer trimestre del 2020.

Algunos factores de éxito que se pueden mencionar son:

- Contar con el recurso humano disponible y técnico.
- Contar con la disponibilidad y oportunidad de la entrega de la información por parte de la Gerencia Financiera, Médica y Pensiones.
- Buena comunicación con el Ministerio de Economía, Industria y Comercio (MEIC).
- Manejo del Sistema Digital de Trámites para el correcto llenado de la información.
- Adecuada planeación y programación de las actividades y los recursos requeridos.

Dentro de las acciones de mejora se citan: Coordinar en el mes de enero los detalles de la actividad para separar en agendas con la debida anticipación y efectuar el taller para la alta Dirección, durante el primer trimestre del 2020.



Análisis de resultados

La Institución ha realizado grandes esfuerzos para mantener informada a la comunidad y a sus diversos actores sociales, de los proyectos y avances de la Institución, dicho esfuerzo da como resultado un logro superior al propuesto generando mayor transparencia y conocimiento de los planes, a corto, mediano y largo plazo.

Dentro de las principales acciones podemos mencionar:

- La región Huetar Norte, realizó rendición de cuentas principalmente por medio de los consejos de las áreas de salud, acompañamientos a las Juntas de Salud como entes auxiliares en la prestación de servicios de salud. Asimismo, reuniones con las diversas asociaciones de desarrollo de las comunidades, acueductos rurales, cooperativas presentes en las comunidades.
- En la Región Huetar Atlántica cada unidad programática realiza reuniones periódicas con las Juntas de Salud donde se efectúa atención de necesidades, se resuelven inquietudes. Además, como proceso de conformación de red se programó rendición de cuentas de toda la red con todas las unidades y con comunidad que incluye Juntas de Salud, líderes comunales comités de salud.

- La Región Chorotega realiza una reunión de rendición de cuentas y solución de inconformidades con la comunidad, ante las Junta de Salud y el Concejo Municipal, además el Área de Salud de Tilarán cuenta con un espacio en el programa de radio “Salud, familia y comunidad” que la radioemisora Cultural de Tilarán transmite todos los jueves de 10:00am a 11:00 am. En ese espacio educan y dan rendición de cuentas de las acciones desarrolladas por la institución.
- En la región Central Norte, seis unidades reportan actividades de rendición de cuentas a las comunidades.
- La Región Brunca ha realizado actividades de rendición de cuentas en los Consejos Municipales, Juntas de Salud y a pacientes directamente en los EBAIS.
- Todas las unidades de la Región Pacífico Central realizaron en el año 2019 al menos una actividad de rendición de cuentas a la comunidad (Juntas de Salud). Dentro de los temas desarrollados están los informes presupuestarios, informe de las compras de equipo adquirido, detalle de los proyectos de infraestructura, informe de las jornadas de alto impacto desarrolladas con el objetivo de disminuir las listas de espera e informes de la problemática de las diferentes unidades según corresponda.
- La Dirección Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud de la Central Sur (DRIPSSCS) logra que 21 unidades desarrollen actividades de rendición de cuentas a las comunidades

Se detallan a continuación:

Cuadro N° 8
“Actividades de rendición de cuentas”

Región	Cantidad de Unidades
Región Central Norte	6
Región Central Sur	21
Región Brunca	5
Región Huetar Norte	10
Región Huetar Atlántica	10
Región Pacífico Central	14
Región Chorotega	12
Total, Unidades de Salud	78

Fuente: Gerencia Médica

En lo que respecta a los obstáculos que se presentan en la rendición de cuentas, se puede mencionar, la falta de interés de algunos pobladores a las sesiones citada y el ausentismo de los integrantes de las Juntas de Salud, no obstante, se logran ejecutar las actividades programadas durante el año.

Consideraciones Finales:

Las metas que constituyen el Plan Anual Institucional 2019 responden a la estrategia definida en el Plan Estratégico Institucional 2019-2022 así como el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2022, por lo que agrupa las prioridades institucionales acorde con los compromisos trazados en los Planes Tácticos Gerenciales y los Planes Presupuesto.

Al respecto, la Dirección de Planificación en conjunto con las gerencias y unidades involucradas han realizado esfuerzos significativos para el logro de los objetivos trazados en este plan, obteniendo un cumplimiento del 92% para las metas del IVM-SEM, lo cual se considera satisfactorio según el parámetro de evaluación institucional.

Lo anterior considerando el contexto y la influencia de algunos factores que inciden o podrían incidir sobre la dinámica de gestión institucional algunos de los cuales fueron abordados de forma adecuada minimizando su impacto o aprovechando las oportunidades

Por otra parte, se debe reiterar la necesidad de plantear un mejor diseño de los compromisos institucionales, en términos de actualizar y determinar en mejor forma la disposición de los recursos y capacidades internas para hacer viable la definición y ejecución de las metas de resultados propuestas, así como establecer adecuados mecanismos de coordinación y articulación intergerencial y fortalecer los registros de información y medios de verificación asociados a los indicadores propuestos.

Finalmente, la Institución ha venido generando acciones para apoyar el cumplimiento de estas metas con medidas tales como el financiamiento especial, innovación y mejora a través de la automatización de algunos procesos, el replanteamiento de modelos o sistemas para el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud y pensiones, abordaje prioritario de temas relacionados con la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, énfasis en la atención oportuna con tiempos razonables de espera, así como, el establecimiento de estrategias de sostenibilidad para los seguros de Salud e Invalidez Vejez y Muerte, procurando con ello contribuir en la materialización de cambios positivos en la condición y situación de la salud de las personas.

Anexo 1

Planes de Mejora

Plan de Mejora Metas con Rezago					
Período de PP	Indicador del Plan Presupuesto que obtuvo un cumplimiento Insuficiente menor a 80%	Porcentaje de cumplimiento de la meta	Describa los elementos que incidieron en el % de cumplimiento de la meta	Acciones para cumplir con los resultados esperados en la meta	Fecha o Período para implementar las acciones propuestas
2019	Promedio de días de espera de la lista global para cirugías ambulatorias.	73,49%	<ul style="list-style-type: none"> - Al momento de generar la línea base los sistemas de información no estaban unificados, sin embargo, actualmente el 100% de los hospitales generadores de listas de espera realizan esta labor en el sistema unificado ARCA. - Las Jornadas de Producción dieron inicio en febrero en la Región de Chorotega, paulatinamente se integraron las Regiones Central Norte y Central Sur las cuales iniciaron aproximadamente en el mes de mayo, esto incidió en el porcentaje obtenido puesto que las Jornadas comenzaron a realizarse en diferentes meses del año. 	<ul style="list-style-type: none"> - Continuar con la mejora en la gestión de las listas de espera de los C.A.I.S. ya que, es donde se están realizando la mayor cantidad de cirugías de este tipo. - Disminuir la lista de espera en esta modalidad mediante las nuevas salas del Hospital México, Max Terán, CENARE. - Realizar mayor cantidad de cirugías ambulatorias en la Clínica Oftalmológica y la Clínica Marcial Fallas. - Ampliar la cantidad de quirófanos mediante la construcción de la Torre Este del Hospital Calderón Guardia y la construcción de la Torre de Quirófanos del Hospital México. 	Año 2020

2019	Promedio de días de espera para procedimientos quirúrgicos de reemplazo de cadera y rodilla	70,20%	La unidad con mayor peso para la resolución de este tipo de cirugía es el CENARE, además de los hospitales como el de México, Liberia, Calderon Guardia y Max Peralta con un volumen de resolución más pequeño, el proyecto del CENARE da inicio en el mes de abril provocando que el tiempo para la resolución fuera inferior y afectará significativamente la producción.	Ampliación del proyecto de CENARE para la resolución de procedimientos quirúrgicos de reemplazo de cadera y rodilla según el oficio GM-AOP-CG-1110-2019 del 04 de diciembre del 2019.	Del mes de enero al mes de junio, 2020.
2019	Porcentaje de avance del Modelo de Gestión Hospitalaria.	0,00%	No se cuenta con información del proceso como tal y el estado actual del mismo	Se considera plantear la modificación de la meta.	Año 2020
2019	Avance de un 10% en la implementación del Plan Institucional de Promoción de la Salud 2019-2024.	0,00%	El proceso de modificación en el que se encuentra Plan Institucional de Promoción de la Salud 2019-2024, está a la espera de las observaciones de parte de las autoridades, para continuar según lo indicado.	En lo que respecta a la implementación del Plan Institucional de Promoción de la Salud 2019-2024, actualmente este instrumento se encuentra en fase de revisión por parte de las autoridades superiores. Por lo que, durante el año 2020, se seguirán realizando actividades que permitan implementar dicho lan .	Año 2020

Anexo 2

Matriz de Ejecución Física

Programa de Atención Integral a la Salud de las Personas

Responsables	PND	Objetivo	Alineamiento con Planes Plurianuales	Descripción de la meta	Indicador	Clasificación del Indicador		Clasificación IGI	Línea Base	Programación	Logros	Porcentaje de Cumplimiento	Desempeño anual	Formulac Estimac Presupue (millones)	Ejecuc Estimac Presupuest (millones)
						Anual	Anual			Anual					
Gerencia Médica	SI	Implementar la vacunación para la prevención de la infección por el virus del Papiloma humano.	PND PEI 1a / PEI 1c / PEI 1e / PEI 2j./ PTGM 1	Cobertura del 30% contra el virus del papiloma humano en niñas de 10 años.	Porcentaje de cobertura de vacunación contra el virus del papiloma humano en niñas de 10 años.	Mejora	Resultado	Eficacia	ND	30%	60,8%	100,00%	Meta Cumplida	€116,0	€229,9

Gerencia Médica	SI	Mejorar la detección y diagnóstico temprano del cáncer gástrico y colorrectal.	PND PEI 1a / PEI 1d / PEI 1e / PEI 2.d./ PTGM 2	Cobertura del 32,5% personas con cáncer gástrico diagnosticado en etapa temprana en el Centro de Detección Temprana de Cáncer en Cartago, las Áreas de salud de Puntarenas y Corredores. (Central, Pacífico Central y Brunca)	Porcentaje de personas con cáncer gástrico diagnosticado en etapa temprana en las Áreas de Salud de Puntarenas, Corredores y Cartago (Pacífico Central, Brunca y el Centro de Detección Temprana de Cáncer Gástrico de Cartago)	Mejora	Resultado	Eficacia	2017: 30%	32,5%	38,0%	100,00%	Meta Cumplida	€1,50	€4,7
Gerencia Médica	SI	Reducir los días de espera para procedimientos quirúrgicos de reemplazo de caderas y rodillas en la CCSS.	PND PEI 2 g / PEI 2h / PEI 4c.	Obtener un promedio de 349 días de espera para la realización de procedimientos quirúrgicos de reemplazo de caderas y rodillas.	Promedio de días de espera para procedimientos quirúrgicos de reemplazo de cadera y rodilla	Mejora	Resultado	eficiencia	2017: 397 días	349	453	70,20%	Meta Insuficiente	€3 000,0	€3 000,0

Gerencia Médica	SI	Disminuir los días de espera de la lista global para cirugías electivas que requieren hospitalización.	PND PEI 2h / PEI 4c / PTGM 9	Obtener un promedio de 392 días de espera de la lista global para cirugías electivas que requieren hospitalización.	Promedio de días de espera de la lista global para cirugías electivas que requieren hospitalización.	Mejora	Resultado	eficiencia	2018: 442 días	392	405	96,68%	Meta con Cumplimiento Aceptable	€8 000,0	€2 638,0
Gerencia Médica	SI	Disminuir los días de espera de la lista global para cirugías ambulatorias.	PND PEI 2h / PEI 4c / PTGM 10	Obtener un promedio de 249 días de espera de la lista global para cirugías ambulatorias.	Promedio de días de espera de la lista global para cirugías ambulatorias.	Mejora	Resultado	eficiencia	2018: 299 días	249	315	73,49%	Meta Insuficiente	€4 000,0	€5 362,0
Gerencia Médica	NO	Mejorar la detección temprana de cáncer de cérvix en mujeres de 30 a 64 años, mediante la aplicación de la prueba de Virus de Papiloma Humano (ADN-VPH), en la Región Chorotega.	PEI 1a / PEI 1c / PEI 1d / PEI 1e / PEI 2d. / PTGM 6	Alcanzar un 15% de cobertura de la prueba V.P.H en mujeres de 30 a 64 años, adscritas a las áreas de salud seleccionadas (Cañas, Tilarán y Carrillo) de la Región Chorotega.	Porcentaje de cobertura alcanzada en la prueba V.P.H en mujeres de 30 a 64 años, adscritas a las áreas de salud seleccionadas (Cañas, Tilarán y Carrillo) de la Región Chorotega.	Mejora	Resultado	Eficacia	2018: 2%	15%	25,0%	100,00%	Meta Cumplida	€32,9	€30,4

Gerencia Médica	NO	Mejorar la atención en rehabilitación de las personas con cáncer	PEI 1a PEI 1c / PEI 1.d / PEI 1e PEI 2e / PEI 4c / PTGM 7	Alcanzar un 10% de cobertura de personas con cáncer atendidas dentro de un proceso de rehabilitación	Porcentaje alcanzado de cobertura de personas con cáncer atendidas dentro de un proceso de rehabilitación	Mejora	Resultado	Eficacia	2018: 5%	10%	14,0%	100,00%	Meta Cumplida	€600,5	€72,3
Gerencia Médica	NO	Distribuir la tendencia de la CMA en procedimientos críticos identificación por el Banco Mundial.	PEI 4c. / PTGM 11	Realizar un 43% de cirugías mayores en forma ambulatoria de la lista de prioridad realizada.	Porcentaje de cirugías mayores de la lista de prioridad realizada en forma ambulatoria	Mejora	Gestión	eficiencia	2018: 41,6%	43%	67,0%	100,00%	Meta Cumplida	€1 000,0	€1 000,0
Gerencia Médica	NO	Fortalecer la prestación de servicios de salud a los usuarios con ECNT con énfasis en Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial para aumentar la cobertura de atención y mejorar el control óptimo en la población nacional de 20 años y más.	PEI 2a / PEI 2b / PEI 2d / PEI 2 f / PEI 2g / PEI 2j. / PTGM 14	Obtener una cobertura del 47% en la atención de las personas con Diabetes Mellitus tipo 2.	Cobertura de atención a las personas con Diabetes Mellitus tipo 2.	Operativo	Resultado	Eficacia	2018: 46%	47%	45,0%	95,74%	Meta con Cumplimiento Aceptable	€1 152,8	

Gerencia Médica	NO	Fortalecer la prestación de servicios de salud a los usuarios con ECNT con énfasis en Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial para aumentar la cobertura de atención y mejorar el control óptimo en la población nacional de 20 años y más.	PEI 2a / PEI 2b / PEI 2d / PEI 2 f / PEI 2g / PEI 2j. / PTGM 16	Obtener un 43% de cobertura de atención a las personas con Hipertensión Arterial.	Cobertura de atención a las personas con Hipertensión Arterial.	Operativo	Resultado	Eficacia	2018: 41,5%	43,0%	43,0%	100,00%	Meta Cumplida	€1 152,8	
Gerencia Médica	NO	Fortalecer la prestación de servicios de salud a los usuarios con ECNT con énfasis en Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial para aumentar la cobertura de atención y mejorar el control óptimo en la población nacional de 20 años y más.	PEI 2a / PEI 2b / PEI 2d / PEI 2 f / PEI 2g / PEI 2j. / PTGM 17	Obtener un 64% de personas con hipertensión arterial de 20 años y más con control óptimo de presión arterial	Porcentaje de personas con hipertensión arterial de 20 años y más con control óptimo de presión arterial.	Operativo	Resultado	efecto	2018: 62%	64%	65,0%	100,00%	Meta Cumplida	€1 152,8	

Gerencia Médica	NO	Formulación del "Modelo de Gestión de los servicios en hospitales y establecimientos de salud, bajo criterios de calidad y eficiencia, basados en la evidencia de las acciones costo-efectivas" (Propuesta de un nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria).	PEI 2i / PEI 5e /PTGM 26	Avance de un 25% en las etapas de elaboración del proyecto nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria.	Porcentaje de avance del Modelo de Gestión Hospitalaria.	Mejora	Resultado	Eficacia	2018: 50%	25%	0,0%	0,00%	Meta Insuficiente	ND	ND
Gerencia Médica	NO	Priorización e implementación de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con participación social sobre estilos de vida saludables	PEI 1b 1d 1e, PSSS 12 a2.1 a 2.2 / PTGM 29	Avance de un 10% en la implementación del Plan Institucional de Promoción de la Salud 2019-2024.	Porcentaje de avance en la implementación del Plan.	Mejora	Resultado	Eficacia	ND	15%	0,0%	0,00%	Meta Insuficiente	ND	ND

Gerencia de Infraestructura y Tecnología	NO	Proporcionar Servicios de salud integrales e integrados, mediante intervenciones que contribuyan a la mejora de la salud de la población	PEI 4e / PTGIT 33	Ejecución de un 90% global de cumplimiento de las metas anuales del Portafolio Institucional de Proyectos de Inversión.	Porcentaje global de cumplimiento o de las metas anuales del Portafolio Institucional de Proyectos de Inversión.	Mejora	Gestión	Eficacia	88%	90%	83,0%	92,22%	Meta con Cumplimiento Aceptable	€143 964,0	€40 843,0
Gerencia de Infraestructura y Tecnología	SI	Dotar de la infraestructura para prestación de servicios de salud integrales e integrados.	PND/ PEI 5e	Avance de un 95% en la ejecución de obra de la Unidad de Medicina Reproductiva de Alta Complejidad, Hospital de Las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva. Región Central.	Porcentaje de avance de ejecución de obra	Mejora	Gestión	Eficacia	2017: 0	95%	100,0%	100,00%	Meta Cumplida	€2 000,0	€2 053,0
Gerencia de Infraestructura y Tecnología	SI	Dotar de la infraestructura para prestación de servicios de salud integrales e integrados.	PND/PEI4e	Porcentaje de avance de la construcción de la II Etapa del Edificio Torre Este, Hospital Calderón Guardia	Porcentaje de avance de ejecución de obra	Mejora	Gestión	Eficacia	2017: 0	50%	72%	100,00%	Meta Cumplida	€12 000,0	€12 707,0
Gerencia de Infraestructura y Tecnología	SI	Mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud mediante el uso de un Expediente Digital Único en Salud.	PND/PEI 5c	Alcanzar un 40% de viviendas georreferenciadas como parte del funcionamiento del Expediente Digital Único en Salud.	Porcentaje de viviendas georreferenciadas	Mejora	Gestión	Eficacia	2017: 0	40%	40%	100,00%	Meta Cumplida	€150,00	€89,00

Gerencia General Programa de Fortalecimiento en la Prestación de Servicios de Salud	SI	Mejorar la prestación de servicios de salud para responder a las necesidades de la población mediante un enfoque centrado en las personas y organización en redes integradas	PND / PEI 2j / PPPFSS 2	Implementación en un 15% del Modelo de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud en la CCSS	Porcentaje de avance de la implementación	Mejora	Resultado	Eficiencia	2017: 7%	15%	15,0%	100,00%	Meta Cumplida	€160,30	€124,60
Gerencia General Programa de Fortalecimiento en la Prestación de Servicios de Salud	SI	Desarrollar el Plan de Gestión para la implementación de Red Integrada de prestación de servicios de salud Huetar Caribe	PND / PEI 2j / PPPFSS 3	Avance en un 15% en la Implementación del Plan de Gestión de la Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica	Porcentaje de avance de la Implementación del Plan	Mejora	Resultado	Eficiencia	2017: 0	15%	15,0%	100,00%	Meta Cumplida	€300,0	ND
Gerencia Médica	NO	Fortalecer la cobertura universal en salud de la población, mediante servicios de salud integrales, equitativos, oportunos y de calidad, con responsabilidad ambiental sostenibilidad financiera.	PEI 2h/ PPA	Lograr a nivel nacional, un total de 10.450.302 Consultas Médicas (Generales y Especializadas).	Número de consultas médicas, registradas en el ámbito nacional.	Operativo	Gestión	Eficiencia	2018: 15.692 819	10 450 302	10 979 272	100,00%	Meta Cumplida	€588 320,7	€637 269,8

Gerencia Médica	NO	Fortalecer la cobertura universal en salud de la población, mediante servicios de salud integrales, equitativos, oportunos y de calidad, con responsabilidad ambiental sostenibilidad financiera.	PEI 2h	Lograr a nivel nacional, un total de 274.056 Egresos Hospitalarios.	Número de Egresos Hospitalarios , registrados en el ámbito nacional.	Operativo	Gestión	Eficiencia	2018: 417.301	274 056	365 866	100,00%	Meta Cumplida	€1 093 536,1	€1 469 973,4
Gerencia Médica	NO	Disminuir el número promedio de días de espera para la prestación de consultas médicas especializadas.	PEI 2h / PEI 4c / PTGM 13	Espera de 346 días para Consulta Externa Especializada de la lista global.	Promedio de días de espera	Operativo	Gestión	eficiencia	366	346	352	98,27%	Meta con Cumplimiento o Aceptable	€1 965	€1 000
Gerencia de Infraestructura y Tecnología	NO*	Dotar de la infraestructura para prestación de servicios de salud integrales e integrados.		Avance de un 10% en la elaboración de planos constructivos del Nuevo Hospital William Allen de Turrialba	Porcentaje de avance acumulado de los planos constructivos .	Mejora	Gestión	Eficacia	ND	10%	10,0%	100,00%	Meta Cumplida	€0,00	€600

Gerencia Médica	NO	Fortalecer la rendición de cuentas a la comunidad, a través de actividades anuales.	PEI 5./ PEI 1.c/ PSSS A.3.1	Alcance de un 45% de establecimientos de salud que realizan al menos una actividad de rendición de cuentas a la comunidad al año.	Porcentaje de establecimientos de salud que realizan al menos una actividad de rendición de cuentas a la comunidad al año.	Mejora	Gestión	eficiencia	30%	45%	51.8%	100,00%	Meta Cumplida	ND	ND
-----------------	----	---	-----------------------------------	---	--	--------	---------	------------	-----	-----	-------	---------	---------------	----	----

Programa de Atención Integral de las pensiones

Responsables	PND	Objetivo	Alineamiento con Planes Plurianuales	Descripción de la meta	Indicador	Clasificación del Indicador		Clasificación IGI	Línea Base	Programación	Logros	Porcentaje de Cumplimiento	Formulac Estimac Presupue (millones)	Ejecuc Estimac Presupuest (millones)	Desempeño anual
						Anual	Anual			Anual					
Gerencia de Pensiones	NO	Aumentar la cantidad de pensiones a nivel nacional en los tres riesgos establecidos invalidez, vejez y muerte	PEI 2.g / PEI 3.a / PTGP 6	Obtener un acumulado de 289.215 beneficiarios con pensión del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte	Cantidad de beneficiarios de pensiones IVM en curso de pago	Operativo	Resultado	Eficacia	2018: 272.832	289 215	288 676	99,81%	ND	€989 961,0	Meta con Cumplimiento Aceptable

Gerencia de Pensiones	NO	Establecer e implementar la Estrategia de sostenibilidad financiera del IVM	PEI 3.c / PEI 4.f / PEI 4.m / PEI 5.k 5c / PTGP 16	Avance de un 10% en el desarrollo de la Estrategia de Sostenibilidad Financiera del Régimen de IVM	Porcentaje de avance en el desarrollo de la Estrategia.	Mejora	Gestión	Eficacia	ND	10%	9%	90,00%	ND	ND	Meta con Cumplimiento Aceptable
Gerencia de Pensiones	NO	Fortalecer el Régimen de IVM, mediante estudios de afiliación, esquemas de contribución, costo del sistema y el papel en el Sistema Nacional de Pensiones	PEI 4.a / PEI 4.f / PEI 5.m / PTGP 17	Avance de un 30% en el Plan de Fortalecimiento del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte	Porcentaje del Plan de Fortalecimiento.	Mejora	Gestión	Eficacia	ND	30%	30%	100,00%	ND	ND	Meta Cumplida
Gerencia de Pensiones	NO	Mejorar la calidad y disponibilidad de los servicios e información que brinda la Gerencia de Pensiones a los asegurados, pensionados, patronos y demás usuarios.	PEI 5.c / PEI 5.h / PTGP 9	Implementación al 25% del Servicio de Centro de Contacto	Porcentaje de avance en la implementación del Servicio de Centro de Contacto.	Mejora	Gestión	Eficacia	ND	25%	32,5%	100,00%	ND	ND	Meta Cumplida

Programa Conducción Institucional

Responsables	PND	Objetivo	Alineamiento con Planes Plurianuales	Descripción de la meta	Indicador	Clasificación del Indicador		Clasificación IGI	Línea Base	Programación		Logros			Porcentaje de Cumplimiento	Desempeño anual	Formulac Estimac Presupue (millones)	Ejecuc Estimac Presupuest (millones)
						Operativo / Mejora	Gestión / Resultado			Anual	I Sem	II Sem	Anual	Anual				
Dirección Actuarial y Económica	SI	Mejorar las condiciones de salud de la población para vivir más años libres de enfermedades y sin discapacidades mediante el fomento de estilos de vida saludables y la ampliación del Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM) y del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM).	PND / PEI 4f 4h	Obtener una cobertura del 70,88% en la población económicamente activa por el Seguro de Enfermedad y Maternidad	Porcentaje de población Económicamente activa cubierta por el Seguro de Enfermedad y Maternidad.	Operativo	Resultado	Eficacia	2017: 69,02 %	70,88%	MCA	69,92 %	69,92 %	98,65%	Meta con Cumplimiento Aceptable	ND	ND	

Dirección Actuarial y Económica	SI	Mejorar las condiciones de salud de la población para vivir más años libres de enfermedades y sin discapacidades mediante el fomento de estilos de vida saludables y la ampliación del Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM) y del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM).	PND PEI 4f 4h	Obtener una cobertura del 64,26% en la población económicamente activa cubierta por el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.	Porcentaje de población Económicamente activa cubierta por el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.	Operativo	Resultado	Eficacia	2017: 62.58 %.	64,26%	MCA	62,86 %	62,86 %	97,82%	Meta con Cumplimiento Aceptable	ND	ND
Gerencia Financiera	NO	Implementar Modelo de Costos Institucionales	PEI 5i / PTGF 13	Avance de un 5% en la implementación del Modelo de Costos Institucionales	Porcentaje de implementación del Modelo de Costos Institucionales	Mejora	Gestión	Eficacia	ND	5%	MCA	5%	5%	100,00%	Meta Cumplida	ND	ND
Gerencia Financiera	NO	Otorgar la protección familiar e identificar el correcto aseguramiento de las personas en el Seguro de Salud en la CCSS.	PEI 4h / PTGF 16	Avance de un 50% en el desarrollo de un Proyecto que permita identificar el correcto aseguramiento y protección familiar de las personas en el Seguro de Salud en la CCSS.	Porcentaje de avance de proyecto	Mejora	Gestión	Eficacia	ND	50%	30%	50%	50%	100,00%	Meta Cumplida	ND	ND

Gerencia Financiera	NO	Fortalecer la sostenibilidad financiera institucional, por medio del incremento de los ingresos por concepto de riesgos excluidos y atenciones de salud brindadas a no asegurados con capacidad de pago	PEI 4a / PTGF 8	Recaudación de 20.016,6 millones de colones por concepto de riesgos excluidos y atenciones de salud brindadas a no asegurados con capacidad de pago	Monto en millones de colones recaudados	Operativo	Gestión	economía	20 316,9	20 016,6		20 279,00	20 279,00	100,00%	Meta Cumplida	ND	ND
Gerencia Administrativa	NO	Prevenir, mitigar y atender las eventuales emergencias y desastres naturales en la Institución, a través del desarrollo de estrategias, que permitan capacidad de respuesta y continuidad de los servicios	PEI 4m / PTGA 17	Avance de un 50% en el desarrollo e implementación del Sistema de Fortalecimiento en la Atención de Emergencias y Desastres	Porcentaje de avance en el desarrollo e implementación del Sistema	Mejora	Resultado	Eficacia	ND	50%		50%	50%	100,00%	Meta Cumplida	ND	ND

Gerencia Financiera	NO	Disponer de indicadores de resultado para medir el comportamiento de los ingresos y gastos institucionales que se contribuya a la toma de decisiones.	PEI 4d / PTGF18	Determinar la participación del gasto de remuneraciones del Seguro de Salud con respecto a las gasto total del Seguro de Salud	Porcentaje de participación de gasto remuneraciones entre el gasto total del Seguro de Salud.	Operativo	Gestión	economía	62%	62%		57%	57%	100,00%	Meta Cumplida	ND	ND
Gerencia de Infraestructura y Tecnología	NO	Implementar tecnologías de información y comunicación eficaces, eficientes, accesibles, oportunas, seguras, amigables, integradas y de calidad.	PEI 5h / PTGIT 21	Avance de un 20% en la implementación del Programa de Innovación Transformación Digital.	Porcentaje de avance acumulado en la implementación del Programa	Mejora	resultado	Eficacia	ND	20%		20%	20%	100,00%	Meta Cumplida	€80	€3
Gerencia de Logística	NO	Implementar un nuevo Modelo Logístico que optimice la eficiencia en la Cadena de Abastecimiento de la CCSS.	PEI 5k / PTGL 6 / PTGL 6	Avance de un 25% adicional en el Proyecto Modernización del Modelo Logístico para un acumulado del 50%.	Porcentaje de avance del Proyecto Modernización del Modelo Logístico.	Mejora	Gestión	Eficacia	ND	25%		25%	25%	100,00%	Meta Cumplida	ND	ND

Gerencia Administrativa	NO	Simplificar los trámites institucionales, garantizando la mejora continua en la gestión institucional y en la prestación de servicios.	PEI 5.a	Avance de un 11% (acumulado) en la ejecución de las acciones programadas para el fortalecimiento de la cultura de Simplificación de Trámites y Mejora Regulatoria	Porcentaje de avance en la ejecución de las acciones de fortalecimiento	Mejora	Gestión	Eficacia	ND	11%		9%	9%	81,82%	Meta Parcialmente Cumplida	ND	ND
-------------------------	----	--	---------	---	---	--------	---------	----------	----	-----	--	----	----	--------	----------------------------	----	----

Programa Regimen No Contributivo de las Pensiones

Responsables	PND	Objetivo	Alineamiento con Planes Plurianuales	Descripción de la meta	Indicador	Línea Base	Clasificación del Indicador		Clasificación IGI	Programación	Logros	Porcentaje de Cumplimiento	Desempeño anual	Formulación Estimación Presupuesto (millones)	Ejecución Estimación Presupuesto (millones)
							Operativo/ Mejora	Gestión / Resultado		Anual	Anual	Anual			

Gerencia de Pensiones	SI	Adjudicar pensiones del Régimen No Contributivo (RNC) a los ciudadanos en situación de pobreza, dando prioridad al adulto mayor y en función de los recursos previstos por ley.	PND PEI 2.a / PEI 2.g , 3a / PTGP 7	Otorgar 5.000 nuevas pensiones del Régimen No Contributivo de Pensiones	Número de nuevas Pensiones del Régimen No Contributivo otorgadas	2017: 4.788 pensiones nuevas	Operativo	Resultado	Eficacia	5 000	6 338	100,00%	Meta Cumplida	¢4 500	¢4 545
Gerencia de Pensiones	SI	Adjudicar pensiones del Régimen No Contributivo (RNC) a los ciudadanos en situación de pobreza, dando prioridad al adulto mayor y en función de los recursos previstos por ley.	PND PEI 2.a / PEI 2.g 3a / PTGP 8	Obtener un acumulado de 124.633 personas con pensión otorgada del Régimen No Contributivo de Pensiones	Número acumulado personas con pensión otorgada del Régimen No Contributivo de Pensiones	2017: 116.817	Operativo	Resultado	Eficacia	124 633	125 971	100,00%	Meta Cumplida	¢166 000	¢163 899

Anexo 3

Portafolio de Proyectos de Inversión

N°	Nombre del Proyecto	Objetivo y Descripción General del Proyecto	FORMULACIÓN							Unidad Responsable del Proyecto	Observaciones	
			Modalidad de Ejecución y Financiamiento	Costo total y Plazo Estimado		Monto Total Asignado en el Plan- Presupuesto	Meta Anual		Logros Porcentaje de Avance			
				Colones	Meses		Anual	Anual	Anual			Anual
1	001635 Fortalecimiento Hospital Dr. R. A. Calderón Guardia II Etapa Edificio Torre Este	Contar con Infraestructura segura, moderna, conectada requerida para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud que ofrece la CCSS a la población adscrita al Hospital Calderón Guardia.	Aporte de BCIE	¢45 000		¢12 000	50% avance acumulado de la construcción	50% avance acumulado de la construcción	72% avance acumulado de la construcción		Dirección Arquitectura e Ingeniería	Se logró avanzar un 72% acumulado de la construcción, para un cumplimiento del 100% según lo programado.
2	Planificación, Construcción y Equipamiento del Hospital William Allen Taylor	Proporcionar Servicios de salud integrales e integrados, mediante intervenciones que contribuyan a la mejora de la salud de la población.	Aporte Institucional	¢57 000		¢8 160	10% elaboración de planos constructivos	100% Gestión de permisos y visados.	10% elaboración de planos constructivos		Dirección Arquitectura e Ingeniería	Logró el 100% de lo programado en el año.
3	Centro de Almacenamiento y Distribución CCSS (adquisición de terreno)	Garantizar condiciones óptimas de almacenamiento y distribución de los medicamentos e insumos médicos obteniendo con ello un abastecimiento ideal de todos los Centros de Salud de la CCSS. Construir un Centro Logístico para el Área Almacenamiento y Distribución de la CCSS que integre las necesidades de Terreno, Infraestructura, Equipo y Recurso Humano necesario para garantizar las condiciones de almacenamiento y distribución en la cadena de almacenamiento (nivel central y red de servicios de salud).	Fideicomiso BCR Aporte Institucional	¢17 000		¢6 000	100% Recepción de ofertas, para la adquisición del terreno.	100% Recepción de ofertas, para la adquisición del terreno.	0%		Dirección Fideicomiso Inmobiliario BCR-CCSS	Este proyecto se realizará este proyecto con la modalidad de fideicomiso con el Banco de Costa Rica. Durante el 2019, se conformó la Unidad Ejecutora BCR que estará a cargo del proceso de adquisición del terreno.

4	Reforzamiento Estructural y Readecuación Oficinas Centrales.	Aumentar la vida útil del Edificio Central, asegurando su funcionalidad estructural, mecánica y eléctrica. Mejoramiento de las distribuciones arquitectónicas y cumplimiento de normativas de seguridad humana.	Aporte Institucional	₺27 000		₺5 600	3% avance acumulado de la construcción	63% avance acumulado de la construcción	10% elaboración de los planos constructivos		Dirección Arquitectura e Ingeniería	El proyecto se encuentra temporalmente suspendido, debido a la resolución DAI-1849-2019 del 8 de julio 2019, basado en los siguientes dos puntos: 1.Falta de propuestas de distribución vertical de las unidades que ocuparán el edificio reforzado. 2.Posición del Centro de Conservación del Patrimonio Histórico y Arquitectónico, que considera que el edificio Laureano Echandi, aunque no está aún declarado patrimonio histórico, no debe crecer en dimensiones en la torre, lo cual afecta radicalmente e ldesarrollo del proyecto.
5	Reforzamiento Estructural y Readecuación Oficinas Centrales. Etapa I (adquisición de edificio)	Aumentar la vida útil del Edificio Central, asegurando su funcionalidad estructural, mecánica y eléctrica. Mejoramiento de las distribuciones arquitectónicas y cumplimiento de normativas de seguridad humana.	Aporte Institucional	₺15 000		₺15 000	100% trámite de Inscripción de la Propiedad a la CCSS.	100% trámite de Inscripción de la Propiedad a la CCSS.	100% expediente conformado.		Dirección Administración de Proyectos Especiales	Se cuenta con el aval de la CGR y en proceso de adjudicación por parte de la Junta Directiva de la CCSS.
6	Construcción y Equipamiento Quirófanos Hospital México	Dotar al Hospital México de la infraestructura necesaria para sustituir y habilitar los Servicios de Salas de Operaciones, Salas de Partos y Unidad de Terapia Intensiva Quirúrgica, contar con el equipamiento que permita mitigar las necesidades identificadas	Aporte Institucional	₺25 530		₺5 680	100% Gestión de Permisos y Visados.	30% avance acumulado de la construcción	100% Gestión de Permisos y Visados.		Dirección Arquitectura e Ingeniería	Logró el 100% de lo programado.

		además de disminuir las listas de espera.										
7	Construcción y Equipamiento de Servicio de Urgencias Hospital San Carlos	Dotar al Hospital de San Carlos, de un Servicio de Emergencias, con infraestructura y recurso humano, acorde a las necesidades de los usuarios internos y externos de la Región Huetar Norte para brindarles una atención oportuna, con calidad y calidez que satisfaga sus necesidades además de la demanda actual y futura.	Aporte Institucional	€4 250	€4 250	80% avance acumulado de la construcción	80% avance acumulado de la construcción	81% avance acumulado de la construcción		Dirección Arquitectura e Ingeniería	Se logró la recepción definitiva de la etapa I, el 17 de octubre 2019. El 11 de noviembre 2019, se dio inicio de las obras de la etapa II del proyecto	
8	Construcción y Equipamiento Sede de Área de Salud Naranjo	Fortalecer la capacidad resolutive de las unidades de salud, los servicios de pensiones y prestaciones sociales. Comprende la construcción de la obra civil y arquitectónica así como de la construcción, instalación y puesta en marcha de los sistemas electromecánicos incluidos en los planos constructivos y especificaciones técnicas.	Aporte Institucional	€18 369	€7 067	60% avance acumulado de la construcción	96% avance acumulado de la construcción	100% análisis y recomendación técnica		Dirección Arquitectura e Ingeniería	El proyecto ha tenido dos anulaciones al acto de adjudicación por parte de la Contraloría General de la República, lo cual ha provocado desfases en el cronograma. Se logro emitir una tercera Recomendación Técnica, la cual propone la declaración del concurso y volver a realizar la licitación, ya que ninguna de las ofertas finalmente cumpliría de acuerdo con la resolución de la CGR	
9	Construcción y Equipamiento Sede de Área de Salud Santa Bárbara	Fortalecer la capacidad resolutive de las unidades de salud, los servicios de pensiones y prestaciones sociales. Comprende la construcción de la obra civil y arquitectónica así como de la construcción, instalación y puesta en marcha de los sistemas electromecánicos	Aporte Institucional	€9 205	€4 807	46% avance acumulado de la construcción	75% avance acumulado de la construcción	22% avance acumulado de la construcción		Dirección Arquitectura e Ingeniería	Se desfasa ligeramente el proyecto debido a los tiempos de revisión de los planos y la etapa de permisos que atrasaron la estimación de orden de inicio que se tenía prevista originalmente. En el proceso de ejecución de la obra no se han	

		incluidos en los planos constructivos y especificaciones técnicas.										dado atrasos importantes, salvo afectaciones por lluvia que no han alterado significativamente el avance.
10	Construcción y Equipamiento Sede de Área de Salud Santa Cruz	Fortalecer la capacidad resolutive de las unidades de salud, los servicios de pensiones y prestaciones sociales. Comprende la construcción de la obra civil y arquitectónica así como de la construcción, instalación y puesta en marcha de los sistemas electromecánicos incluidos en los planos constructivos y especificaciones técnicas.	Aporte Institucional	€13 886	€5 714	100% Gestión de Permisos y Visados.	50% avance acumulado de la construcción	90% elaboración de los planos constructivos	100% adquisición del Edificio para traslado por reforzamiento de Oficinas Centrales	Dirección Arquitectura e Ingeniería	Hubo una suspensión contractual de dos meses mediante resolución DAI-1558-2019, que provocó el desfase en el cronograma. En agosto 2019, se dio la orden de inicio y la empresa entregó en noviembre del 2019 los planos, pero debe subsanarlos requerimientos técnicos solicitados por la Administración. Esta situación implicó que no se ingresara a trámites de permisos con el Colegio Federado de Ingenieros y Arquitectos	
11	Construcción y Equipamiento Sede de Área de Salud San Isidro de Heredia	Fortalecer la capacidad resolutive de las unidades de salud, los servicios de pensiones y prestaciones sociales. Comprende la construcción de la obra civil y arquitectónica así como de la construcción, instalación y puesta en marcha de los sistemas electromecánicos incluidos en los planos constructivos y especificaciones técnicas.	Aporte Institucional	€8 184	€4 555	46% avance acumulado de la construcción	75% avance acumulado de la construcción	25 % avance acumulado de la construcción		Dirección Arquitectura e Ingeniería	Este proyecto presentó un desfase debido a retrasos en la etapa de diseños, y también a que la orden de inicio de ejecución se dio posterior a lo previsto por el tiempo tomado en el trámite de los permisos y visados.	