



Informe final de gestión

Abril 2012 – 2018

Gustavo Picado Chacón
Gerente Financiero

Tabla de Contenido

I. Presentación.....	5
1.1. Nombramiento del titular subordinado.....	5
1.2. Antecedente legal del informe de fin de gestión.....	5
1.3. Destinatarios del informe de fin de gestión	5
II. Introducción	6
III. Aspectos relevantes de la gestión financiera.....	11
3.1. Acciones para fortalecer la gestión de los recursos	11
3.2. Mejora en los ingresos del Seguro de Salud	12
3.3. Mejora en la gestión de los egresos del Seguro de Salud	14
3.3.1.Remuneraciones	16
3.3.2.Financiamiento de jornadas de producción y ampliación de servicios	17
3.3.3.Medicamentos e instrumental médico	19
3.3.4.Inversiones y mantenimiento.....	20
3.3.5.Fortalecimiento de las inversiones en infraestructura y equipamiento en las Direcciones Regionales de Sucursales.....	21
3.4. Indicadores de gestión financiera	23
3.5. Estados financieros del Seguro de Salud	25
Tabla 7. Seguro de Salud. Resumen del Estado de Ingresos y Gastos, 2012-2017.....	27
IV. Principales logros	30
4.1. Extensión de la cobertura contributiva mediante el uso de mecanismos innovadores	30
4.1.1.Aseguramiento contributivo de las trabajadoras domésticas.....	31
4.1.2.Implementación del Plan Integral de Fortalecimiento del Servicio de Inspección	33
4.1.3.Diseño e implementación del Índice Compuesto de Indicios de Evasión (ICIE) patronal.....	36
4.1.4.Formalización de un convenio o carta de intenciones entre la CCSS y la Escuela Nacional Superior de Seguridad Social.....	37
4.2. Modernización de la gestión recaudatoria y de cobros.....	38
4.2.1.Gestión de la planilla en línea y mejora de la comunicación con el usuario mediante el centro de contacto.....	38
4.2.2.Fortalecimiento de la Validación de Derechos.....	38
4.2.3.Implementación del pago electrónico.....	39
4.2.4.Recaudación externa y de los puntos de pago	40
4.2.5.Habilitación de pago de cuotas de asegurado voluntario y trabajador independiente con tarjeta	41
4.2.6.Fortalecimiento de la gestión de cobros	42
4.3. Mejoramiento de la gestión del Seguro por el Estado	43
4.3.1.Manual del Seguro por el Estado: Capacitación y Divulgación.....	43
4.3.2.Participación en la Estrategia Puente al Desarrollo.....	43
4.3.3.Desarrollo de solución automatizada de Base de Datos de Seguro por el Estado	43
4.4. Recuperación de deudas del Estado.....	44
4.5. Fortalecimiento de la gestión de riesgos excluidos	46
4.5.1.Herramienta informática de Facturación de Riesgos Excluidos MIFRE.....	46

4.5.2.Desarrollo de la Política Integral de Riesgos Excluidos y Coberturas Especiales	47
4.5.3.Aprobación del Reglamento de Riesgos Excluidos.....	47
4.5.4.Gestión de Recuperación de costos por atenciones de Riesgos Excluidos.....	48
4.6. Sistema de Facturación y Elaboración de Normas y Procedimientos de Facturación de Servicios Médicos a Pacientes No asegurados con Capacidad de Pago	49
4.7. Equiparación gradual de la Base Mínima Contributiva (BMC)	49
4.8. Avances en la simplificación de trámites: pago de viáticos por transferencias	50
4.9. Suscripción de un fideicomiso para desarrollar nuevas obras de infraestructura	51
4.10.Fortalecimiento de Beneficio Pensión Complementaria	53
b) Desempeño del Fondo	54
c) Beneficios otorgados.....	54
4.11.Gestión financiera del Fondo Ahorro y Préstamo Empleados CCSS.....	54
c) Niveles de distribución de Dividendos entre los afiliados al fondo	55
V. Estado de las iniciativas y proyectos estratégicos con impacto institucional	57
5.1. Extensión de la cobertura de grupos de difícil aseguramiento	57
5.1.1.Aseguramiento de población indígena recolectora de café	57
5.1.2.Extensión de la cobertura contributiva de las Microempresas CCSS-MEIC	57
5.2. Propuesta de una Política y Plan de Acción para la sostenibilidad del Seguro de Salud.....	58
5.3. La asignación de recursos y su vinculación con la planificación, orientada a resultados en la prestación de los servicios de salud de la CCSS.....	62
5.3.1.Integración del proceso de Planificación y Presupuesto	63
5.3.2.Programación física y financiera de mediano plazo (Plurianual) en el Seguro de Salud.	64
5.3.3.Elementos prospectivos en la asignación de recursos al primer nivel, a los centros hospitalarios y por redes/región.	64
5.4. Indicadores para la sostenibilidad financiera ligados al Contrato de Préstamo N°8593-CR.....	65
5.5. Plan de Innovación para la mejora de la gestión administrativa, financiera y logística, basado en soluciones tecnológicas	68
5.6. Redefinición Conceptual de la Protección Familiar	70
5.7. Propuesta de reforma del Reglamento de la Afiliación para Trabajadores Independientes y Asegurados Voluntarios que permita una simplificación en los trámites y la gestión del aseguramiento de estos grupos.71	
5.7.1.Abordaje para la actualización y simplificación el proceso de Aseguramiento	71
5.7.2.Conceptualización de la figura del Trabajador Independiente	72
5.7.3.Conceptualización de la figura del Asegurado Voluntario.....	75
6.1 Conceptualización y aplicación del Índice de Evasión para el Trabajador Independiente:.....	77
5.8. Plan de Servicio.....	77
5.8.1.Descripción del plan.....	77
5.8.2.Principales acciones emprendidas durante el 2017-2018.....	79
5.9. Sistema de Gestión de la Calidad en la Gerencia Financiera y sus dependencias.....	80
5.9.1.Descripción del Sistema de gestión.....	80
5.9.2.Avances presentados y acciones por realizar	82
5.10.Proyecto Cableado Estructurado Gerencia Financiera	82

5.11.Nuevo Modelo de Gestión de Pensiones	84
VI. Referencia a la labor sustantiva de la Gerencia Financiera	86
VII. Cambios habidos en el entorno durante el periodo de gestión	88
7.1. Comportamiento de principales variables macroeconómicas.....	88
7.2. Cambios en el Ordenamiento Jurídico.....	91
VIII. Planeación estratégica de la Gerencia.....	94
IX. Estado de la autoevaluación del Sistema de Control Interno	96
X. Cumplimiento de disposiciones emitidas por la Contraloría General de la República (CGR) y otros órganos de control.....	99
10.1. Seguimiento a las recomendaciones emitidas por la CGR.....	99
10.2. Seguimiento a recomendaciones emitidas por la Defensoría de los Habitantes.....	101
10.3. Estado actual de cumplimiento de las recomendaciones emitidas por la Auditoría Interna-	101
10.4. Estado actual de cumplimiento de las recomendaciones emitidas por la Auditoría Externa	102
b) Sobre la liquidación presupuestaria	103
XI. Estado actual de cumplimiento de los acuerdos y solicitudes emanados por la Junta Directiva	104
XII. Sugerencias para la buena marcha de la gestión	105
XIII. Conclusiones.....	107

1.1. Nombramiento del titular subordinado

Gustavo Picado Chacón

En calidad de Gerente Financiero correspondiente al periodo del 15 de abril del 2012, según lo acuerdo por la Junta Directiva en el artículo 2° de la Sesión 8567 del 12 de marzo de 2012, hasta el 15 de abril del 2018, conforme con lo comunicado por la Presidencia Ejecutiva mediante oficio P.E. 0760-18, mediante el cual señala lo dispuesto por la Junta Directiva del artículo 5°, Sesión 8963 del 12 de abril del presente año.

1.2. Antecedente legal del informe de fin de gestión

En cumplimiento con lo establecido en el inciso e del artículo 12 de la Ley General de Control Interno (Ley 8292) y la directriz D-1-2005-CO-DFOE, ambas normativas emitidas por la Contraloría General de la República (CGR), se presenta ante la administración activa de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) el informe final de la gestión del periodo nombrado por la Junta Directiva, como medio para rendir cuentas y dar garantía de cumplimiento de las funciones sustantivas asignadas, así como suministrar la información relevante para la continuidad y fortalecimiento de la gestión financiera.

1.3. Destinatarios del informe de fin de gestión

Junta Directiva de la CCSS y Presidente Ejecutivo, con copia a la Auditoría Interna y Gerencia Administrativa, esta última para el trámite correspondiente según lo estipulado en la normativa supracitada.

II. Introducción

La historia reciente del Seguro de Salud y de la CCSS, como institución, está marcada fuertemente por el estudio rendido por un equipo de especialistas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el mes de julio 2011, denominado *“Informe sobre el estado de situación financiera del Seguro de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social: situación reciente y proyecciones”*. En este documento se pone de manifiesto, la fragilidad y vulnerabilidad de las finanzas del Seguro de Salud, situación que venía registrando síntomas desde al menos un quinquenio atrás, producto por un lado, de una disminución de los ingresos por contribuciones asociada con la desaceleración de la actividad económica en Costa Rica, y profundizada con la crisis económica internacional a partir del 2009, y por otro lado, de un fuerte aumento de los gastos por remuneraciones, impulsado tanto por un incremento significativo en el número de plazas a nivel institucional, como ajustes salariales extraordinarios para todos los grupos laborales y la aprobación de ciertos beneficios, destacando entre ellos, la ampliación de los años que se pagan por cesantía y el ajuste en los porcentajes de anualidades.

De forma casi inmediata al Informe de OPS, se integró lo que finalmente se llamó la “Comisión de Notables”, constituida por cuatro especialistas nacionales (Ing. Rafael Carrillo Lara, Dra. Juliana Martínez Franzoni, Dr. Fernando Naranjo Villalobos y Dr. Pablo Sauma Fiatt), con el propósito de elaborar un análisis de la situación del Seguro de Salud y dar recomendaciones para reestablecer la sostenibilidad financiera de éste. Estas recomendaciones fueron en total 81, convertidas en 91, dada que en algunas de ellas no hubo consenso de los integrantes de la Comisión, y fue necesario incluir las propuestas de cada uno de ellos.

Hoy son quizás simplemente unas cifras olvidadas, pero el Informe de OPS, incluía un conjunto de proyecciones financieras diseñadas según diversos escenarios, las cuales en términos generales, indicaban que si la CCSS no adoptaba medidas urgentes, el déficit financiero del Seguro de Salud pasaría de 118.000 millones de colones en el 2012, a más de 300.000 millones en el 2015, es decir, casi un 11% más de los gastos programados para estos años.

En aquellos momentos, tres días antes de la cancelación del Salario Escolar fijado para enero del 2012, la CCSS no contaba con recursos líquidos para cumplir con tal obligación; el atraso en el pago de facturas a proveedores oscilaba de 4 a 6 meses; los pagos por el tiempo extraordinario laborado por el personal de la institución se acumulaba mes a mes; las incapacidades y licencias por maternidad no se pagaban oportunamente, y los rubros en inversiones en infraestructura y equipo, literalmente estaban suspendidos. Este era el panorama financiero-económico de la CCSS, cuando inicié mis funciones como Gerente Financiero, en abril de 2012.

En este contexto y durante el período 2012-2014, las tareas y objetivos iniciales se concentraron en el restablecimiento del equilibrio financiero, destacando medidas de control y optimización del gasto, tales como: una política selectiva de generación de plazas, no superando las 450 nuevas anuales, y para uso exclusivo de atención directa a los asegurados; eliminación de ajustes salariales que no fueran los decretados por el Gobierno para el sector público; control y optimización del tiempo extraordinario de los centros de salud, en especial, los rubros de Disponibilidades y Guardias Médicas; el pago oportuno a los proveedores; límite a partidas asociadas a la capacitaciones, consultorías, viajes al exterior, entre otros; restricciones a las reasignaciones individuales y grupales de puestos; suspensión temporal de aumentos salariales para los puestos del escalafón gerencial y los puntos otorgados por Carrera Profesional, tan sólo para señalar algunas de las múltiples acciones cometidas durante esta fase.

De forma complementaria, se ejecutaron medidas desde el ámbito de los ingresos del Seguro de Salud, incluyendo, Planes de Fortalecimientos en las labores del Servicios de Inspección y gestión de cobro, con el fin de incrementar los patronos y trabajadores independientes aportando a la seguridad social; el inicio de los ajustes a la Base Mínima Contributiva; negociaciones con el Ministerio de Hacienda para la programación oportuna de los recursos de Asegurados por Cuenta del Estado, Cuotas Complementarias y Cuota del Estado como tal; ampliación de los medios para la cancelación de las planillas y adeudos con la CCSS; y mejora sustancial en la facturación de los servicios médicos otorgados a no asegurados y a pacientes cubiertos por las pólizas de Riesgos de Trabajo y Accidentes de Tránsito a cargo del Instituto Nacional de Seguros (INS),

En una segunda fase (2015-2017), el enfoque estuvo dirigido hacia la consolidación de la estabilidad financiera del Seguro de Salud, que implicaba no sólo gozar de un equilibrio financiero, sino que además, de contar con una reactivación de las inversiones en áreas sensibles y estratégicas para la CCSS, tales como, infraestructura física, equipamiento, mantenimiento y tecnologías de la información y comunicaciones. La sanidad financiera actual, ha permitido incrementar de forma significativa los indicadores de inversión en los últimos años, logrando la aprobación por parte de la Junta Directiva de un Portafolio de Proyectos que asciende a la suma de poco más de 850 mil millones de colones, una cifra histórica en la institución, y que incluye la construcción y equipamiento de cuatro nuevos hospitales (Monseñor Sanabria de Puntarenas, Max Peralta de Cartago, William Allen de Turrialba y Dr. Manuel Mora de Golfito); la construcción y equipamiento de 30 nuevas Áreas de Salud; el desarrollo de Torres Médicas de Especialidades y Emergencias en el Hospital Calderón Guardia, San Juan de Dios, México y Hospital de Niños) y otras muchas más inversiones críticas para el buen desempeño de los servicios prestados por el Seguro de Salud.

No siendo un tema menor, cabe resaltar, que la intención en todo este tiempo de la Gerencia Financiera, fue generar un ambiente y un mensaje de confianza a nivel interno y externo, de que la crisis financiera de inicios de la década había sido superada, y que la reactivación de la economía institucional, fuera distribuida con eficiencia y equidad, no sólo en los Hospitales

Nacionales, sino que también, en los Hospitales Regionales, Períticos, Áreas de Salud y Proyectos Especiales. No fue una tarea sencilla, pues en la cultura institucional está muy arraigada la idea de la insuficiencia de los recursos disponibles y que las finanzas están a un paso de una nueva crisis, más allá de que la evidencia robusta apuntara hacia el camino contrario.

Desde la gestión que recién concluye de la Gerencia Financiera, se ha considerado que esta época de estabilidad y sanidad financiera del Seguro de Salud, ilustrada con unas reservas que ascienden a 800 mil millones de colones a abril de 2018, dan las condiciones y el tiempo necesario, para impulsar las discusiones y acuerdos nacionales sobre los retos y reformas que implican la sostenibilidad futura del Seguro de Salud.

La sostenibilidad financiera de un sistema de salud significa, en términos sencillos, la capacidad de garantizar a mediano y largo plazo las múltiples atenciones de salud demandadas por los ciudadanos, cumpliendo con criterios de oportunidad, calidad y alta satisfacción. No es un simple equilibrio entre ingresos, gastos e inversiones; tampoco es un asunto estrictamente financiero, ni es una tarea exclusiva de la CCSS. Demanda una construcción consciente y altamente participativa.

En el caso de Costa Rica, procurar la sostenibilidad es un reto aún más desafiante, pues, finalmente, es enfrentar las consecuencias de nuestro propio éxito. Cuando un país incrementa la esperanza de vida al nacer a casi los 80 años, reduce significativamente las muertes tempranas a toda edad (tasa de mortalidad infantil de 7,8 por mil niños nacidos vivos en el 2015), aumenta los años de vida saludables de su población, aborda con intensidad el envejecimiento de la población y la transformación del perfil epidemiológico, responde a las nuevas enfermedades, diagnósticos y tratamientos, y todo ello bajo un concepto de cobertura y acceso universal a los servicios de salud, no cabe duda de que el reto de la sostenibilidad implica un grado superlativo de esfuerzo.

En la Gerencia Financiera se encuentra en fase final la preparación de una Política y Plan de Acción de Sostenibilidad del Seguro de Salud, que ha sido construida con una intensa participación de múltiples instancias y actores internos y externos, y que reúne un conjunto de iniciativas de corto y mediano plazo, cuya ejecución en sumatoria, tendrá un fuerte impacto en la eficiencia, eficacia, equidad y oportunidad de los servicios otorgados a los ciudadanos. Tan solo para hacer un señalamiento en este Informe Final de Gestión, y así, dejar constancia del enfoque que se tiene en la Gerencia Financiera sobre el tema de sostenibilidad del Seguro de Salud, a continuación se citan cuatro estrategias valoradas como útiles en esta tarea impostergable:

Autocuidado de la salud: la salud no se inicia en un centro de atención de la CCSS; comienza con los hábitos y prácticas saludables de las personas, los hogares y la sociedad. El mayor aporte que individualmente puede hacerse a la sostenibilidad del sistema de salud es reducir el sobrepeso y el consumo de alcohol, tabaco y drogas; así como las muertes y lesiones violentas; y

mejorar la adherencia a los tratamientos de enfermedades crónicas e incrementar la actividad física y mental, entre otras acciones.

Continuidad de la atención: Costa Rica ha sido reconocida histórica e internacionalmente por su estrategia que privilegia las actividades de la salud en el primer nivel de atención. No obstante las condiciones actuales y futuras de la población, el perfil epidemiológico, el incremento sostenido de los costos de atención en el nivel hospitalario y los tratamientos con medicamentos, entre otros, obligan a la CCSS a redefinir y profundizar el modelo de atención, procurando mayor impacto en los factores de riesgo, con un enfoque ajustado a poblaciones críticas como los adultos mayores, a operar bajo el principio de redes integradas de servicios y transitar de una atención episódica a una atención continua.

Productividad de recursos: dado que no será factible incrementar permanentemente los niveles del gasto público en salud, la cuestión crítica del presente y el futuro será mejorar la calidad y eficiencia de tal gasto, así como aumentar la productividad de todos los recursos con los que dispone el seguro de salud –gestión, personal, instalaciones físicas, equipo, tecnologías, información–. En este contexto, la adopción de un modelo laboral y remunerativo que incentive el alto desempeño y cuyos costos en el tiempo sean sostenibles será un elemento absolutamente crítico.

Diversificación en el financiamiento: la transformación del mercado laboral hacia formas de empleo menos susceptibles a la afiliación a la seguridad social y el envejecimiento de la población –menos personas activas– producirán una reducción progresiva de los ingresos por concepto de contribuciones sociales. Esta situación podrá contrarrestarse con la fijación de otras fuentes alternativas de financiamiento, tales como: impuestos específicos a ciertos productos o servicios nocivos para la salud, aportes de los gobiernos locales o una legislación más rigurosa sobre el financiamiento de los riesgos excluidos.

De forma complementaria, a los resultados tan positivos logrados con la nueva modalidad de aseguramiento para Trabajadoras Domésticas (agosto 2017), quedan avances significativos en la reglamentación de recolectores de café, microempresas y trabajadores independientes, todos ellos, grupos de difícil cobertura. En el mismo sentido, se tiene una versión final del Reglamento de Protección Familiar, que evoluciona el histórico concepto de Beneficio Familiar, procurando una simplificación en los trámites asociados a su otorgamiento y una reducción de los costos de transacción que éstos involucran.

Reformas similares se están impulsando en Asegurados por Cuenta del Estado y los protegidos por Leyes Especiales, cuyo fin fundamental, es convertir en real, el principio de Cobertura Universal del aseguramiento, en el sentido, de que todo ciudadano que habite en Costa Rica, en

todo momento y lugar, posea una condición de aseguramiento que lo habilite a acceder los servicios y atenciones otorgadas por el Seguro de Salud, sin barreras ni limitaciones, ni costos económicos para él o para sus hogares.

Por último, un tema que será esencial en los siguientes años, y clave para la sostenibilidad del Seguro de Salud, es el relacionado con los modelos de planificación y asignación de recursos, y cómo incentivar la eficiencia y optimización de éstos, con resultados de alto impacto en la salud de las personas. La muy difundida idea de la triple meta: más salud, menores costos y mejores servicios, parecen una guía útil en la redefinición de las estrategias futura, siendo la Planificación en Salud, una piedra angular en todo este proceso.

Más allá de que corresponde a un Indicador de Desembolso del Programa (IDP) con el Banco Mundial, y de que ya existe una base de trabajo muy sólida para adoptar gradualmente un Modelo de Gestión por Resultados y los fundamentos para un modelo de asignación capitado ajustado por riesgos para Áreas de Salud y Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD's) para el nivel hospitalario, la CCSS, debe poner especial énfasis en apoyar e impulsar estas iniciativas, porque marcarán la diferencia entre una gestión tradicional orientada por los insumos o una gestión dirigida hacia los resultados, guiada por la eficiencia y productividad de sus recursos, pero sobretudo, con un impacto en la calidad y oportunidad de los servicios y atenciones otorgados a todos los ciudadanos de este país.

III. Aspectos relevantes de la gestión financiera

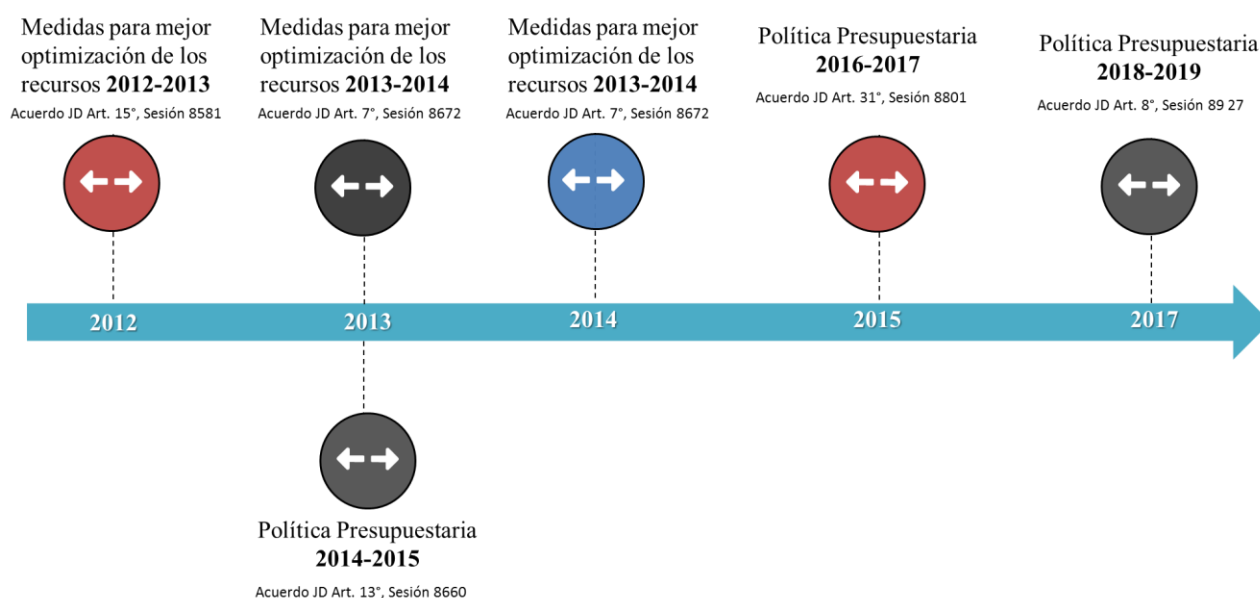
Los resultados financieros de los últimos 6 años se han caracterizado por el restablecimiento del equilibrio en las finanzas del Seguro de Salud y una estabilidad relativa caracterizada por un mayor crecimiento de los ingresos que los egresos, lo cual a su vez ha permitido disponer de recursos para fortalecer los diferentes proyectos de inversión y programas prioritarios.

En este contexto, debe recordarse que la economía costarricense experimentó a partir del año 2006 una desaceleración, situación que se agravó en el año 2009 ante los efectos de la crisis económica internacional, donde se presentó una caída en el Producto Interno Bruto de Costa Rica. Esta situación afectó las finanzas de la Caja Costarricense de Seguro Social, con repercusión directa sobre los ingresos por contribuciones, los cuales pasaron de crecer en términos reales 7.9% en el 2009 a 4.0% en el 2014. La caída en los ingresos institucionales se conjuntó con una estructura de gastos poco flexible (con un alto componente de remuneraciones y un conjunto de compromisos ya adquiridos asociados a la prestación de servicios de salud), ocasionando una insuficiencia de recursos para hacer frente a los compromisos financieros, principalmente en los años 2010-2011.

3.1. Acciones para fortalecer la gestión de los recursos

Para hacer frente a los resultados adversos de la crisis experimentada en el país y la iliquidez del Seguro de Salud, la Gerencia Financiera promovió ante la Junta Directiva un conjunto de medidas para dirigidas a fortalecer la recaudación de los ingresos e impulsar el uso racional de los recursos financieros, entre las cuales se pueden citar las siguientes:

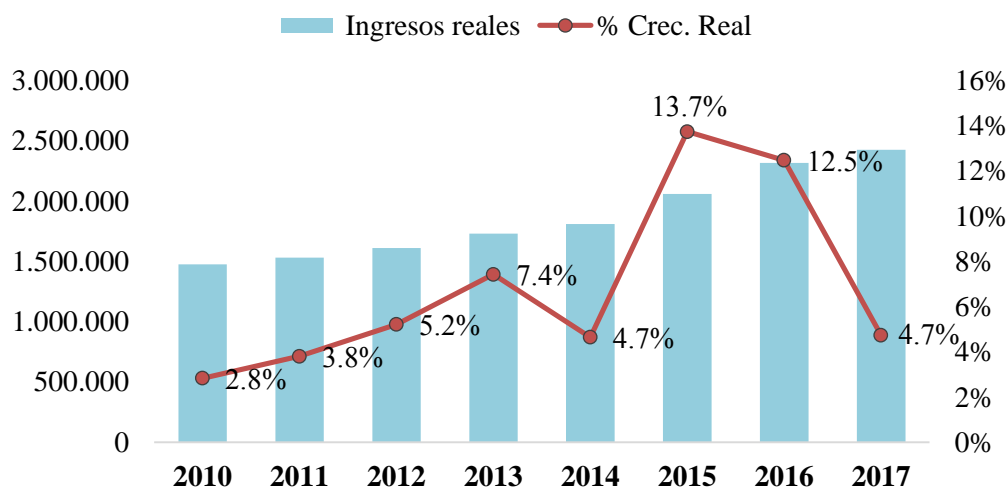
Ilustración 1. Seguro de Salud: Disposiciones para la optimización de los recursos



3.2. Mejora en los ingresos del Seguro de Salud

En materia de ingresos, se implementaron actividades concretas a fin de mejorar la recaudación como: el pago oportuno de las contribuciones a la Seguridad Social, a través de la actualización de los sistemas información, la promoción de formas alternativas de pago y el aumento de los puntos para cancelar las facturaciones institucionales; así como la revisión y ajuste de la Base Mínima Contributiva. Se realizaron acciones tendientes al control de la morosidad, lo cual ha permitido que el porcentaje de la facturación anual con morosidad de patronos activos mayor a 30 días, sea inferior al 1.0%.

Gráfico 1. Seguro de Salud: Ingresos totales, 2010-2017
- Cifras en millones de colones reales, año base 2017 -

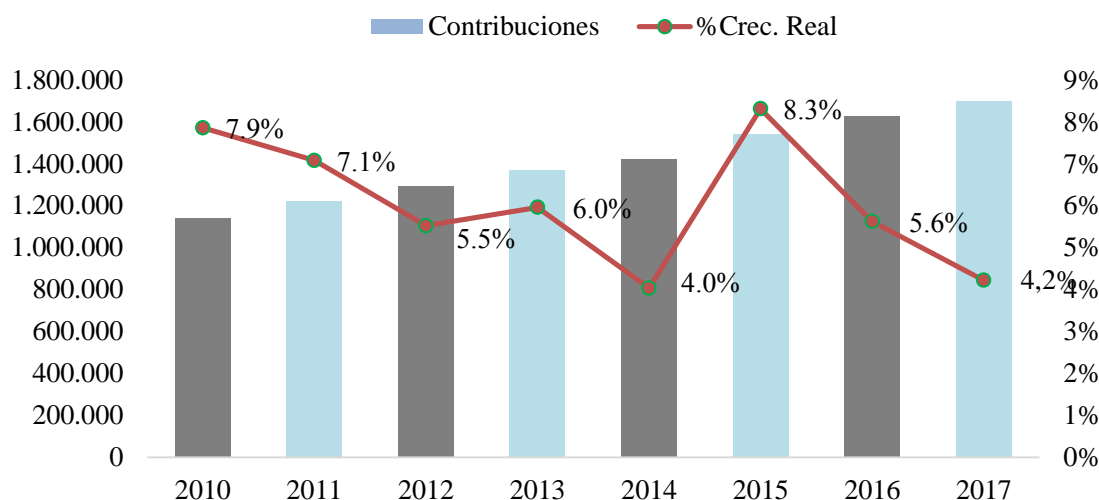


Fuente: Gerencia Financiera, Dirección de Presupuesto.

Para el 2010-2017, los ingresos en términos reales crecieron anualmente en promedio 6.9%, pasando de ¢1,475,367 millones en el 2010 a ¢2,427,385 millones en 2017. Para todos los años, los ingresos del Seguro de Salud crecieron más que la inflación.

Por su parte, las contribuciones sociales constituyen el mayor componente de los ingresos, con una participación promedio del 76.3% en el 2010-2017 y al igual que los ingresos totales, el crecimiento de las contribuciones sociales fue mayor que la inflación.

Gráfico 2. Seguro de Salud: Ingreso por contribuciones, 2010-2017
- Cifras en millones de colones reales, año base 2017-



Fuente: Gerencia Financiera, Dirección de Presupuesto.

En materia de transferencias corrientes, destacan las negociaciones que ha llevado a cabo la Gerencia Financiera para procurar el ingreso oportuno de los recursos que por ley corresponden a la Institución. Debe señalarse la disposición del Gobierno Central para realizar, a través de convenios, abonos importantes a la deuda que mantiene con la Seguridad Social, así como la transferencia a partir del 2015, de transferencias correspondientes a leyes especiales (Ley General de Protección a la Madre Adolescente, No. 7735; Ley General de la Salud, No. 5395; Ley General sobre el VIH-SIDA No. 7771; Ley Adulto Mayor No. 7935; entre otras). Sobresale también, la transferencia de fondos en conjunto con el FODESAF, para la atención de los asegurados por el Estado y a partir del 2013 y los recursos establecidos en la ley 9028 Ley General de Control del Tabaco y sus efectos nocivos en la salud.

Tabla 1. Seguro de Salud: Ingresos por transferencias corrientes del Estado
2012-2017- cifras en millones de colones -

Concepto	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Cuota Estado como tal	23,619	27,513	27,500	31,496	35,701	36,544
Atención asegurados por el Estado	52,756	42,868	44,064	29,131	64,946	36,715
Leyes especiales	0	0	0	25,000	25,000	25,750
Ley de control del tabaco	0	30,384	20,304	14,268	22,706	18,454
Cuota trab. Indep. y convenios esp.	52,326	55,221	60,453	73,625	89,632	100,553
Sistema penitenciario	2,200	2,837	3,514	4,966	6,990	7,645

Ley de paternidad responsable	569	565	541	525	546	604
Pago de deuda del Gobierno Central	57,652	26,486	0	15,268	11,538	62,335
Total	189,121	185,875	156,376	194,280	257,058	288,599

Fuente: Gerencia Financiera, Dirección de Presupuesto.

En esta línea, debe destacarse que a partir del 2018 se espera la incorporación de una nueva transferencia por parte del Gobierno Central, correspondiente a recursos para financiar procedimientos de fecundación in vitro.

3.3. Mejora en la gestión de los egresos del Seguro de Salud

En el tema de egresos, se ha realizado importantes esfuerzos en la priorización del pago a proveedores, control y optimización del tiempo extraordinario de los centros de salud, revisión y seguimiento a algunos rubros no prioritarios tales como capacitaciones, consultorías, reasignaciones de puestos e incrementos salariales en concordancia con los decretos del Gobierno. Este conjunto de disposiciones ha logrado el cumplimiento del objetivo planteado, mediante el adecuado control de los disparadores del gasto, bajo los principios de economía, eficiencia y eficacia y la priorización de las actividades.

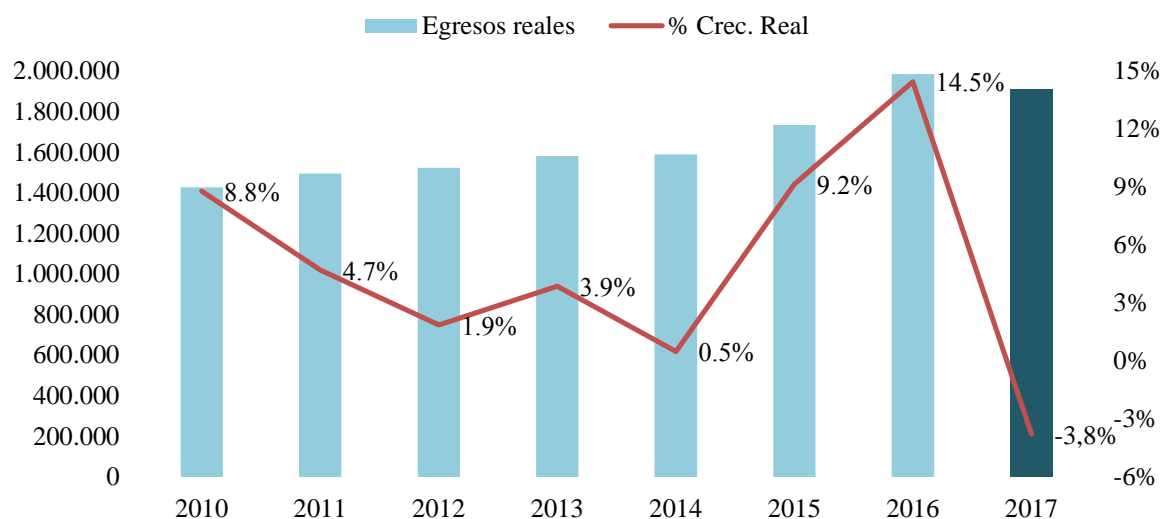
Como resultado de lo anterior, el Seguro de Salud ha logrado equilibrar sus gastos e inversiones a sus posibilidades reales de financiamiento, manteniendo la capacidad para prestar los servicios que requiere la población y gestionando recursos para iniciar procesos de modernización orientados al incremento de la eficiencia operativa y financiera.

Tras el mantenimiento de la estabilidad financiera (2015-2017), la Gerencia Financiera de la CCSS se ha enfocado al diseño e implementación de una serie de acciones para permitir el avance hacia la sostenibilidad del Seguro de Salud, las cuales procuran la consecución de más salud para la población, a través de mejores servicios y a un menor costo.

Estas medidas atañen a todas las gerencias y unidades que conforman la Institución e involucran una gestión articulada tras la búsqueda de un objetivo común con alcance en el largo plazo, como lo es lograr la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud, a través la introducción de mejores prácticas, fortalecimiento del control y la evaluación, la incorporación de la gestión por resultados, modificación de procesos y la promoción de actividades más costo-eficientes, entre otros.

En términos de resultados, los egresos del Seguro de Salud pasaron de ¢1,428,339 millones en el 2010 a ¢1,911,798 millones en el 2017, para un crecimiento promedio anual del 4.9% (2010-2017).

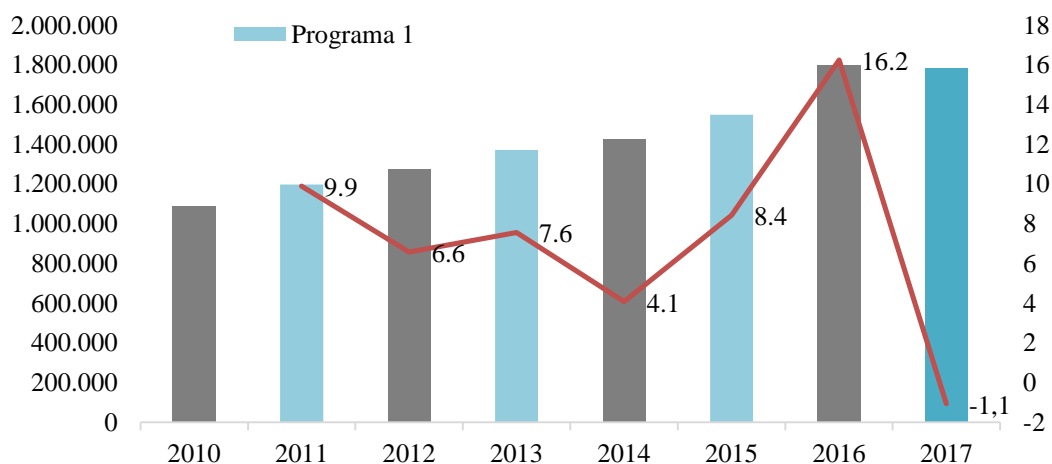
Gráfico 3. Seguro de Salud: Egresos totales, 2010-2017
- Cifras en millones de colones reales, año base 2017 -



Fuente: Gerencia Financiera, Dirección de Presupuesto.

Es importante destacar que la mayor parte de los recursos del Seguro de Salud (93.1% en promedio) se destinan a las actividades de Atención Integral de la Salud, a través de la red de hospitales, áreas y Ebais, cuyos servicios se han fortalecido en el 2012-2017 con la apertura de nuevos servicios, introducción de nuevos procedimientos y tecnología médica, así como recurso humano e infraestructura, dotación de recursos financieros para el mantenimiento y reposición de equipo.

Grafico 4. Seguro de Salud: Gasto en programa 1 “Atención Integral de la Salud”
2010 – 2017 – Cifras en millones de colones y porcentajes –



Fuente: Gerencia Financiera, Dirección de Presupuesto.

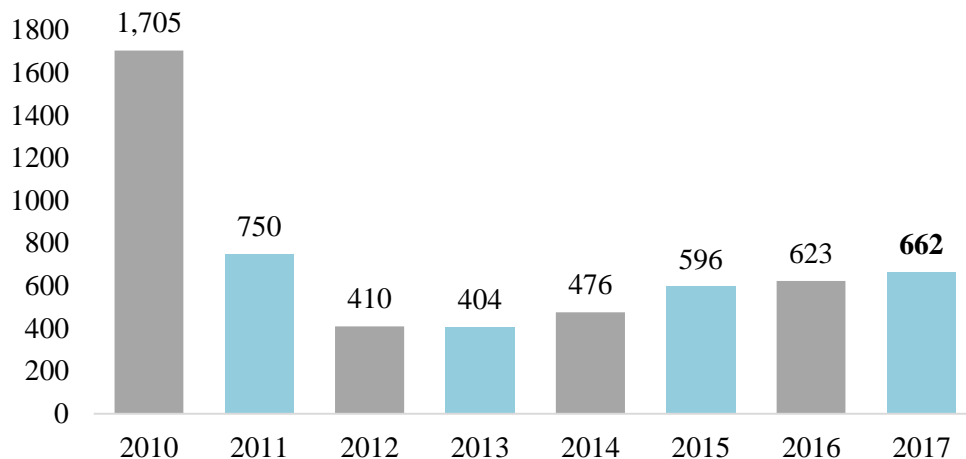
En promedio, un 60% de los gastos del Programa de Atención Integral de la Salud son ejecutados por hospitales y unidades especializadas, un 23% por áreas de salud y un 17% por otros gestores institucionales, entre los que destaca el Programa Institucional de Compras.

3.3.1. Remuneraciones

Las remuneraciones constituyen el grupo más representativo de los egresos, para una participación anual promedio de 65.2% durante el periodo 2010-2017. Este peso relativo ha mostrado una tendencia decreciente, colocándose en el 2017 en 62.7%. Lo anterior, ha permitido destinar mayores recursos a la inversión y mantenimiento de infraestructura y equipo.

Debe señalarse que la Institución ha mantenido una política selectiva en la creación de plazas, destinadas principalmente, a la formación de médicos especialistas y técnicos, aperturas de segundo y tercer turno, construcciones nuevas, fortalecimiento de servicios tales como farmacia, cuidados paliativos, servicios de emergencia y contralorías de servicios.

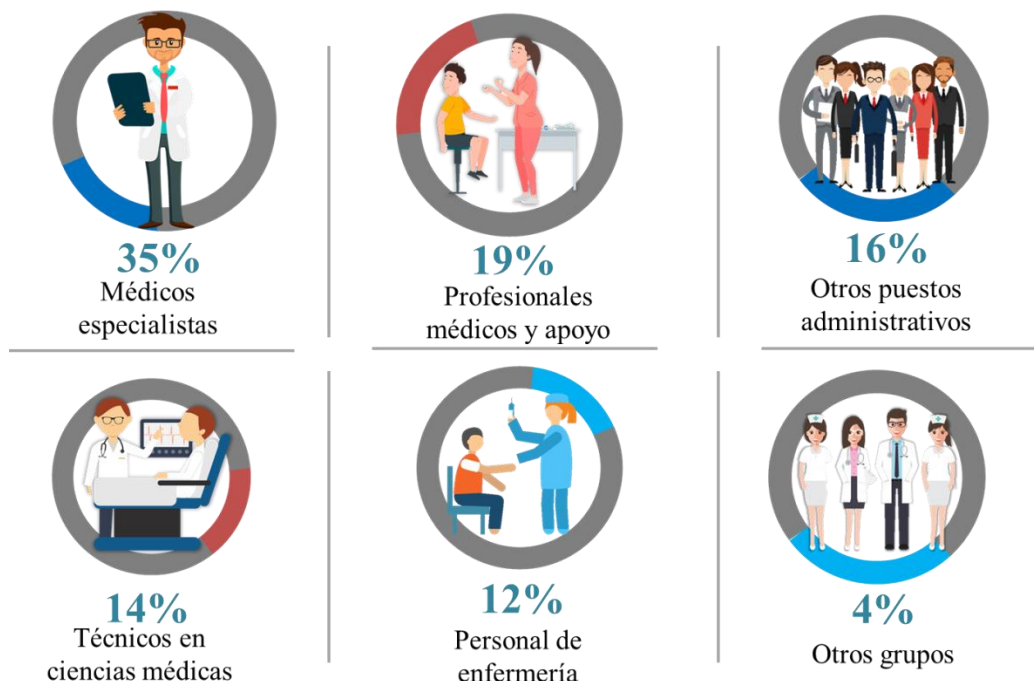
Gráfico 5. Seguro de Salud: Plazas creadas, 2010-2017



Fuente: Gerencia Financiera, Dirección de Presupuesto.

En el grafico siguiente se muestra la distribución de las plazas creadas por grupo ocupacional del 2012-2017.

Ilustración 2. Seguro de Salud: Distribución de plazas por grupo ocupacional, 2012-2017



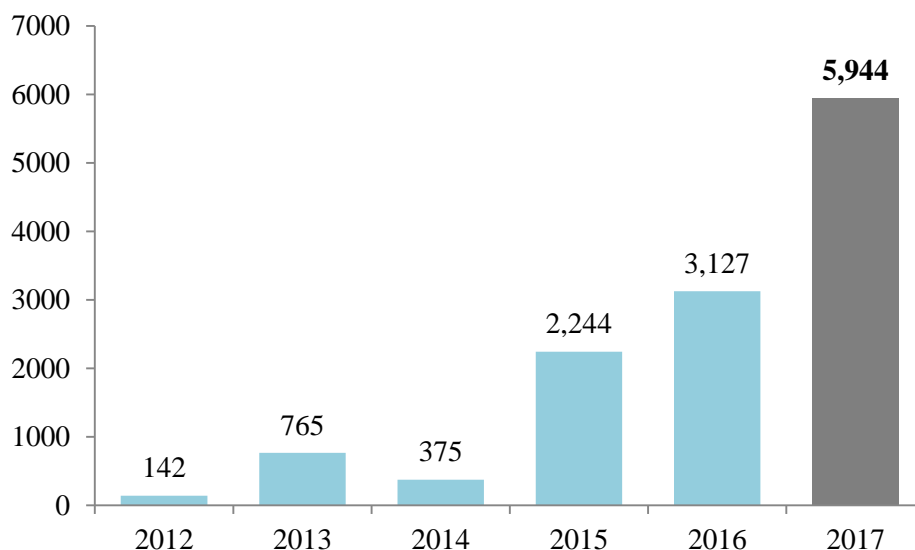
Fuente: Gerencia Financiera, Dirección de Presupuesto.

La mayoría de las plazas creadas se han ubicado en la prestación directa de los servicios de salud a la población. Destacan los siguientes perfiles de puesto: médico especialista, médico residente, médico general, enfermera, técnico en ciencias médicas, farmacia, odontólogo, nutrición, laboratorio, entre otros.

3.3.2. Financiamiento de jornadas de producción y ampliación de servicios

Otro punto importante es el gasto que ha venido ejecutando la Institución en el Programa Atención oportuna a través de la implementación de la Jornadas de producción para disminuir las listas de espera en varios servicios. En el periodo 2012 se ejecutó la suma de ¢141.9 millones mientras que para el 2017 el monto ascendió a ¢5,944.1 millones.

Gráfico 6. Seguro de Salud: Gasto Programa de Cirugía Vespertina, 2012-2018
- Cifras en millones de colones -



Fuente: Gerencia Financiera, Dirección de Presupuesto.

En general, durante el 2012-2018 se han destinado recursos por un total de ¢12,596.4 millones para el Programa de Atención Oportuna, con los cuales se han financiado proyectos tales como:

- Diagnóstico histopatológico
- Cateterismo coronario
- Artroscopia de rodilla y túnel carpal
- Mamografías y resonancias magnéticas
- Diagnóstico de biopsias servicio de anatomía patológica
- Jornadas de producción en los servicios: oncología, urología, ortopedia, otorrinolaringología, cirugía general, neurología, ginecología, gastroenterología, terapia física, radiología e imágenes médicas, vascular periférico, oftalmología, traumatología.

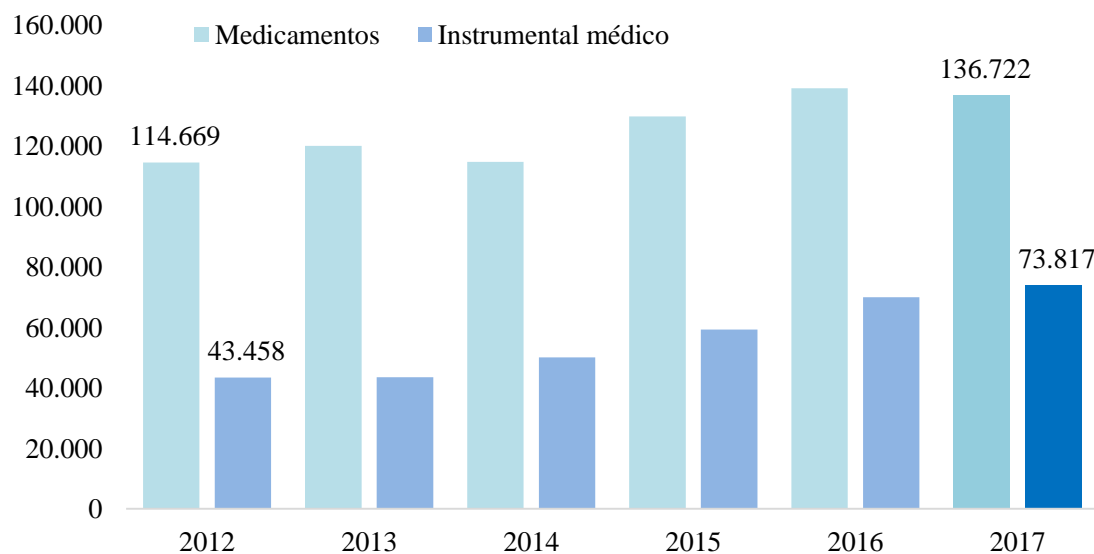
A su vez, se ha financiado la extensión de los servicios de emergencias en algunas unidades ejecutoras (Áreas de Salud Orotina, Esparza, Montes de Oro, Zapote Catedral, Goicoechea 2, C.A.I.S Desamparados, entre otros), para descongestionar los hospitales. También se financió la consulta externa vespertina (Área de Salud Coronado, Paraíso, el Guarco, San Rafael de Heredia, San Isidro, Heredia Cubujuquí) para la atención de los usuarios en el segundo turno y de este modo, brindar mayor acceso a los servicios de salud.

3.3.3. Medicamentos e instrumental médico

Los materiales y suministros constituyen el segundo grupo de partidas con mayor participación en el gasto del Seguro de Salud, con un promedio de 14.8% en el 2012-2017.

En el 2012, la institución invirtió en medicamentos la suma de ¢114,669 millones mientras que en el 2017 se invirtió ¢136,721.8 millones, para un crecimiento de 19%. En instrumental médico los montos respectivos fueron de ¢41,376 millones (2012) y ¢73,816 millones (2017), con un crecimiento 70%.

Gráfico 7. Seguro de Salud: Gasto en medicamentos e instrumental médico, 2012-2017
- Cifras en millones de colones reales, año base 2017 -



Fuente: Gerencia Financiera, Dirección de Presupuesto.

3.3.4. Inversiones y mantenimiento

Durante el periodo 2012-2017 se ha fomentado la inversión en infraestructura y equipo, así como el mantenimiento. Tal como se aprecia en la siguiente tabla, el gasto en inversión creció 157% mientras que el mantenimiento lo hizo en 46%, lo cual denota la prioridad que se ha dado a estos rubros por parte de la administración, en el periodo bajo análisis.

Tabla 2. Seguro de Salud. Gasto en inversiones y mantenimiento
(Cifras en millones de colones)

Descripción	2012	2013	2014	2015	2016	2017
A. Inversiones	30,905	49,088	52,585	63,701	74,745	79,475
Equipamiento	14,849	20,557	22,257	29,789	47,586	54,053
Infraestructura	16,056	28,531	30,329	33,911	27,159	25,422
B. Mantenimiento	25,746	29,539	31,197	35,093	36,300	37,605
Total	56,652	78,626	83,782	98,794	111,044	117,081

Fuente: Gerencia Financiera, Dirección de Presupuesto.

Dentro de las inversiones, destaca el financiamiento de los siguientes proyectos: la primera etapa de la Torre Este del Hospital Calderón Guardia, la construcción del CAIS de Siquirres, el reforzamiento y nuevo Servicio de Hospitalización del Hospital de la Anexión, la rehabilitación del Hospital de Puntarenas, la remodelación de los quirófanos del Hospital Nacional de Niños y las sede de área de salud de Mora Palmichal, Parrita, Barva y Golfito, el fortalecimiento de los quirófanos de la Torre Sur del Hospital Calderón Guardia, el Servicio de Hospitalización del Hospital de La Anexión y reforzamiento de este centro médico, la rehabilitación para la puesta en marcha del Hospital Monseñor Sanabria. La construcción y el equipamiento del Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Escalante Pradilla, el financiamiento de la remodelación del Servicio Nutrición y Consulta Externa del Hospital San Rafael, la construcción sede de EBAIS Vuelta Jorco, Tirrases, Curridabat, Poasito, la construcción y equipamiento sede de visita periódica de Bajo Blei y Piedra Mesa, Talamanca entre otros.

Para el fortalecimiento de las inversiones y mantenimiento durante el periodo 2013-2017 se constituyeron fondos especiales: en el 2013 el Fondo de Recuperación de Infraestructura y en el 2016 el Fondo de Recuperación de Equipo Médico.

Asimismo, durante el 2016 y 2017 se aprovisionaron recursos para proyectos a ejecutar en el mediano plazo, como el financiamiento del fideicomiso de desarrollo de obra pública, el cual contempla 30 sedes de áreas de salud, 22 sucursales y direcciones regionales de sucursales y 1 centro de almacenamiento y distribución. A su vez, con recursos provenientes del superávit por

contribuciones se han constituido fondos que financiarán proyectos como la construcción y equipamiento de los hospitales Monseñor Sanabria de Puntarenas, Dr. Max Peralta de Cartago, William Allen de Turrialba, Dr. Manuel Mora de Golfito y las torres médicas de los hospitales Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, San Juan de Dios y México.

También se han aprovisionado recursos para el Plan Innovación para la mejora de la gestión financiera – administrativa – logística de la CCSS, basado en soluciones tecnológicas, el cual consta de tres componentes principales: la implementación de un Sistema Administrativo Integral (ERP) para las áreas financiera, administrativa y logística; la modernización del Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE) y la implementación de la plataforma de multicanalidad.

3.3.5. Fortalecimiento de las inversiones en infraestructura y equipamiento en las Direcciones Regionales de Sucursales

Del 2012 a la fecha, se ha fortalecido las Direcciones Regionales y Sucursales con la construcción, equipamiento, ampliación y remodelación de distintas instalaciones para brindar una mejor atención y beneficiar de manera directa a los patronos, trabajadores y asegurados. A continuación, se detallan algunos proyectos que sobresalen durante el período mencionado:

- En el 2013-2014 se realizó la construcción y equipamiento de la Sucursal de Alajuela, la inversión estimada fue de ¢724 millones. En el 2015 se realizó la remodelación de la Agencia de Puerto Jiménez y la Sucursal de Palmar Norte con una inversión de ¢102 millones. Para el 2016 se realizó la compra del edificio de la Sucursal de Limón por un monto aproximado de ¢633,9 millones.
- Se trasladaron las oficinas de las Sucursales de Desamparados y La Unión a un edificio que reúne las condiciones óptimas para la atención a los usuarios externos, asimismo la Sucursal de Ciudad Colón, Dirección Regional de Sucursales Huetar Atlántica, Sucursal de Cóbano, Sucursal de Guápiles, Sucursal de San Vito y Sucursal Santa Elena. Se construyó en el 2017 la Sucursal de Golfito, dichas instalaciones permitirán que tanto la población asegurada como la patronal realicen gestiones con mayor confort; la inversión en esta obra ascendió aproximadamente a los ¢390 millones.
- Del 2014 a la fecha, a través del Fondo de Fortalecimiento y Recuperación de Infraestructura (FRI), se destinaron alrededor de ¢1,300 millones, con el fin de mejorar la infraestructura y dar mantenimiento a las diferentes Sucursales.

Tabla 3. Principales acciones de mejora para equipamiento en el nivel Regional y nivel local, 2016 – 2017

Acciones de mejora para equipamiento efectuadas entre el 2016 – 2017	Acciones de mejora para equipamiento efectuadas con financiamiento del FRI
<p>2016</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dirección Regional Central de Sucursales: compra de centrales IP e impresoras de alta velocidad para distribuir entre sus unidades adscritas por un monto de ¢50 millones. • Dirección Regional de Sucursales Huetar Norte: adquisición tecnológica para gestión de filas y amplificador de sonidos para la Sucursal de Ciudad Quesada por un monto de ¢14.8 millones. • Dirección Regional de Sucursales Chorotega: compra de un archivo móvil por un monto de ¢12 millones. • Dirección Regional de Sucursales Brunca: instalación de un sistema de video por un monto de ¢15 millones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sucursal de Alajuela: para el cambio de cubierta de techo y otras reparaciones del segundo piso por un monto de ¢21,7 millones. • Sucursal de Esparza: para el cambio de instalación eléctrica por un monto de ¢21 millones. • Sucursal de Bagaces: para el cambio de instalación eléctrica por un monto de ¢20 millones. • Sucursal de Filadelfia: para pintura total de edificio por un monto de ¢20 millones.
<p>2017</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dirección Regional de Sucursales Huetar Norte: compra de 30 estaciones de trabajo y 4 impresoras por un monto de ¢30.0 millones. • Dirección Regional de Sucursales Chorotega: compra de archivadores móviles por un monto de ¢21.4 millones. • Dirección Regional de Sucursales Brunca: renovación de equipo con alto grado de obsolescencia como computadoras, escritorio, portátiles, escáner. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sucursal 27 de abril: para la pintura del edificio, mallas y cambio de canoas por un monto de ¢20 millones. • Dirección Regional Chorotega Sucursales: para la sustitución de aires acondicionados en varias sucursales por un monto de ¢20. • Sucursal de Roxana: para el cambio de la instalación eléctrica, pintura interior y exterior por un monto de ¢23 millones.

Fuente: Gerencia Financiera, Dirección de Presupuesto.

- Adicionalmente se asignó alrededor del ¢500,0 millones en equipamiento para la compra de archivos móviles, centrales telefónicas, estaciones de trabajo, instalación de cámaras de seguridad, entre otros.
- En lo que refiere a la flotilla vehicular se realizó la compra de 76 pick up y 2 microbuses durante el 2012-2017, esto permite fortalecer las gestiones de aseguramiento, cobro, inspección y otras propias realizadas por las sucursales. De igual manera, para el 2018 se presupuestó la sustitución de 12 vehículos.

3.4. Indicadores de gestión financiera

En el presente apartado se muestra el detalle los principales indicadores presupuestarios presentados en el Seguro de Salud durante el periodo 2010-2017.

Tabla 4. Seguro de Salud: Indicadores de gestión, 2010 – 2017

Indicador	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Crecimiento								
Ingresos Totales	10.7%	8.7%	10.0%	11.4%	10.0%	12.8%	13.3%	7.4%
Contribuciones	14.1%	12.2%	10.3%	9.9%	9.4%	7.4%	6.4%	6.9%
Egresos Totales	15.1%	9.7%	6.5%	7.7%	5.7%	8.3%	15.3%	-1.3%
Remuneraciones	7.4%	7.4%	4.7%	8.0%	6.2%	7.3%	3.6%	4.5%
Solvencia Presupuestaria								
Egresos Corrientes / Ingresos Corrientes	105.1%	98.6%	94.2%	92.9%	91.8%	91.5%	87.8%	84.7%
Autonomía Presupuestaria								
Ingresos propios (contribuciones, ingresos no tributarios) / Ingresos Totales	81.8%	83.7%	84.5%	83.3%	83.0%	80.1%	74.9%	75.7%
Participación de Transferencias								
Transferencias Corrientes / Ingresos Totales	7.1%	13.1%	13.3%	11.7%	9.0%	8.3%	10.9%	10.8%
Estructura del Gasto								
Remuneraciones / Egresos Totales	68.5%	69.5%	65.9%	66.1%	66.5%	65.9%	59.2%	62.7%
Gasto en Inversión								
Bienes Duraderos / Contribuciones	3.7%	2.6%	2.4%	3.6%	3.7%	4.1%	4.6%	4.7%

Fuente: Gerencia Financiera, Dirección de Presupuesto.

En términos generales se tiene una mejora en los indicadores de gestión financiera, destacando un crecimiento de los ingresos totales superior a los egresos totales, una menor participación de las

remuneraciones dentro de las erogaciones del Seguro de Salud, un fortalecimiento de las inversiones y una mejor solvencia presupuestaria.

En línea con lo anterior, el indicador de solvencia presupuestaria para el 2010-2017 muestra una tendencia decreciente, lo cual es positivo por cuanto significa que con los ingresos corrientes cada vez es más factible financiar los egresos corrientes. Esto ha permitido disponer de más recursos para la inversión en infraestructura y equipamiento, así como para incrementar el aprovisionamiento destinado a futuros proyectos.

La estabilidad de las finanzas de los últimos periodos ha permitido que se fortalezcan las reservas financieras del Seguro de Salud, lo cual permite garantizar la construcción de proyectos de infraestructura prioritarios, cumplir holgadamente con los compromisos salariales y mantener recursos ante eventuales contingencias.

La tabla siguiente evidencia que al mes de marzo de 2018 el Seguro de Salud dispone de reservas por un total de ¢780.843 millones, donde un 58% se encuentra destinado a garantizar el cumplimiento de proyectos de infraestructura, tales como la construcción de hospitales y aquellos incluidos en el Fideicomiso de la CCSS (30 áreas de salud, 22 sucursales y el Almacén Central); un 23% del portafolio se reserva para los compromisos salariales extraordinarios (salario escolar, terceras bisemanas, y aguinaldo); y la diferencia para programas específicos y contingencias.

Tabla 5. Seguro de Salud: Inversiones financieras, a diciembre de cada año y a marzo de 2018 – Cifras en millones de colones -

Concepto	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Marzo 2018
Red Oncológica	23,199	22,389	22,473	23,648	23,653	26,327	18,527
Ley del Tabaco		25,869	39,004	57,933	75,005	82,110	82,352
Provisiones Salariales ^{1/}	33,116	90,423	121,306	195,828	181,827	188,689	181,344
Pago Deuda del Estado	26,599						
Plan Innovación Financiera					23,892	25,429	16,040
Plan de Contingencias					15,000	23,644	23,644
Fideicomiso					52,426	253,361	259,540
Financiamiento para Infraestructura					45,332	135,446	195,513
Garantías Ambientales	346	461	403	392	75	161	47
Bonos Bananeros (Corbana)	305	301	190	190	196	202	201
Centro Nacional del Dolor		6,015	6,015	6,508			
Donación Taiwán		70					
Paternidad Responsable						1,000	1,045
Centro Siquiátrico Penitenciario				1,594	2,058	2,498	2,590
Total	83,566	145,528	189,392	286,093	419,464	738,867	780,843

Fuente: Gerencia Financiera. Dirección Financiera Contable.

Nota: 1/ se refiere a provisiones de Salario Escolar, Terceras bisemanas, Aguinaldo.

Es importante destacar que en la actualidad las reservas han crecido 9.4 veces en relación con el año 2012, pasando de ser ¢83,566 millones al cierre de ese año a ¢780,843 millones en marzo 2018. Lo anterior, significa que el Seguro de Salud se encuentra en un periodo de estabilidad financiera que le permite fortalecer las inversiones, logrando uno de los retos más importantes de

la actualidad, que corresponde al cierre de brechas de infraestructura y equipo, en pro de la mejora en los servicios que se prestan a la población.

3.5. Estados financieros del Seguro de Salud

Los Estados Financieros del Seguro de Salud del periodo 2012-2017 con cierre a diciembre de cada año, denotan una mejoría considerable respecto de situación mostrada al inicio de la gestión.

Al analizar la serie histórica de los últimos 6 años en cuanto a las cuentas que conforman el Balance de Situación, se evidencia un aumento significativo en los activos y en el patrimonio del Seguro de Salud, los cuales más que se duplicaron. De esta manera, tal como se observa en la siguiente tabla, las inversiones pasaron de ¢144,103 millones a ¢566,057 millones entre el 2012 y 2017, evidenciando una variación de 293%, que refleja la existencia de mayores recursos para destinar a la realización de proyectos prioritarios institucionales.

Tabla 6. Seguro de Salud. Resumen del Balance General, 2012-2017
En millones de colones

Rubro / periodo	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ACTIVOS						
Activo Corriente						
Inversiones	144,103	200,892	243,709	330,500	298,013	566,057
Cuentas por Cobrar Netas	300,659	371,359	301,831	239,264	164,351	440,044
Otros Activos Corrientes	83,235	88,551	110,597	130,816	204,211	169,576
Total Activo Corriente	527,997	660,802	656,137	700,580	666,575	1,175,677
Activo No Corriente						
Propiedad Planta y Equipo	416,093	434,442	492,886	526,254	560,933	635,240
Deuda Estatal Cuota e Intereses	348,466	489,557	628,890	858,052	670,116	694,622
Otros Activos No Corrientes	29,320	4,851	81,033	186,638	380,833	351,266
Total Activo No Corriente	793,879	928,850	1,202,810	1,570,943	1,611,881	1,681,127
Total Activos	1,321,876	1,589,652	1,858,947	2,271,523	2,278,456	2,856,804
PASIVO Y PATRIMONIO						
Pasivo Corriente						
Cuentas Por Pagar	123,971	116,997	125,734	128,330	133,306	137,806
Gastos Acumulados (Provisiones)	93,130	109,858	127,854	147,562	161,722	178,604
Otros Pasivos Corrientes	96,067	101,031	47,193	48,874	50,409	55,072
Total Pasivo Corriente	313,168	327,886	300,781	324,766	345,436	371,482
Pasivo No Corriente						
Otros Pasivos No Corrientes	35,773	27,307	32,658	48,910	59,015	61,926
Total Pasivo No Corriente	35,773	27,307	32,658	48,910	59,015	61,926
Total Pasivo	348,941	355,192	333,439	373,677	404,451	433,408
Patrimonio						
Excedentes Acumulados	614,164	709,290	844,240	1,178,025	1,217,361	1,718,638
Otros	358,771	525,169	681,268	719,821	656,644	704,759
Total Patrimonio	972,935	1,234,459	1,525,508	1,897,846	1,874,005	2,423,397
Total Pasivo y Patrimonio	1,321,876	1,589,652	1,858,947	2,271,523	2,278,456	2,856,804

Fuente: Gerencia Financiera, Dirección Financiero Contable.

Las cuentas por cobrar registraron un crecimiento promedio anual de 20%, con una disminución en el 2016, originada principalmente, en el proceso de mejoramiento de la calidad de los registros de poblaciones cubiertas por el Estado, entre ellas las correspondientes a Leyes Especiales, que se realizó en atención a recomendaciones de la auditoría interna y consistió en la eliminación de datos duplicados, el establecimiento de validaciones para asegurar la correcta clasificación en la modalidad de aseguramiento y garantizar que los registros correspondiesen a personas plenamente identificables. Para el 2017 se muestra un crecimiento ₡275.692.8 millones de colones con respecto al año 2016, correspondiendo al registro de la Cuenta por cobrar al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte por concepto del Artículo 62 de la Ley 5905.

La cuenta de Propiedad, Planta y Equipo revela un crecimiento estable y para el 2017 se muestra un repunte de 13%, relacionado con el abono parcial de deuda por el Artículo 62 de la Ley 5905, realizado por el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, a través del traslado de los Edificios Laureano Echandi y Genaro Valverde.

Adicionalmente, debe destacarse que la cuenta denominada “Deuda Estatal Cuota e Intereses” evidencia una disminución de ₡187,936 millones en el 2016, con motivo del “Convenio de pago de adeudos por concepto del aseguramiento del Código de la Niñez y la Adolescencia y Leyes Especiales, entre el Ministerio de Hacienda y la Caja Costarricense de Seguro Social, al 31 de diciembre de 2015”, suscrito el 21 de Abril de 2016, mismo que está en proceso de cancelación en efectivo, a través del Préstamo entre el Estado y el Banco Mundial N° 8593-CR, para financiar el programa por resultados para el financiamiento del Seguro universal en Costa Rica.

En lo que respecta a los pasivos, el concepto Cuentas por Pagar en el que se agrupan entre otros, las facturas por pagar a proveedores locales, del exterior y deducciones a instituciones, mostró un crecimiento conservador debido a las estrategias emitidas por la Gerencia Financiera, en cuanto al control del gasto institucional.

Los Gastos Acumulados reflejan crecimientos acordes con el aumento en la estimación de los porcentajes para la Provisión Salario Escolar, Sueldo Planilla Ordinaria y Provisión Pago Prestaciones Legales; y los otros activos corrientes evidencian un decrecimiento importante en el año 2014, específicamente en los conceptos Cuenta por pagar Patrono Fondo Capitalización Laboral, Cuenta por pagar Fondo Complementario de Pensiones y Recargos Ley P.T. N° 7983, esto como resultado de la actualización de saldos de los Estados Financieros con base en datos del Sistema Centralizado de Recaudación.

Como resultado de lo anterior, el componente de Excedentes Acumulados, que tiene mayor representación dentro del Patrimonio, muestra crecimientos anuales sostenidos que se explican principalmente, por el registro de la utilidad por la liquidación de Ingresos y Gastos de cada período.

Tabla 7. Seguro de Salud. Resumen del Estado de Ingresos y Gastos, 2012-2017
En millones de colones

Rubro/ período	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ingresos						
Cuotas Particulares	1,280,872	1,407,430	1,540,360	1,663,986	1,793,246	1,902,292
Cuotas del Estado	26,417	32,634	26,211	33,063	34,740	37,256
Productos por Servicios Médicos	88,357	152,581	214,929	324,302	179,218	247,680
Otros Productos	228,119	312,043	340,893	260,577	268,532	319,701
Total Ingresos	1,623,766	1,904,688	2,122,394	2,281,928	2,275,737	2,506,930
Gastos						
Servicios Personales	804,800	869,741	920,167	985,418	1,019,120	1,066,578
Servicios no Personales	68,418	81,880	86,342	91,563	98,216	110,990
Consumo de Materiales y Suministros	211,284	213,489	236,724	259,237	287,194	296,556
Aportes y Contribuciones	174,354	188,489	200,244	216,017	223,863	233,874
Subsidio de Seguro de Salud	63,952	69,559	73,005	82,918	85,948	93,214
Otros Gastos	213,500	227,094	232,694	194,250	177,912	173,290
Total Gastos	1,536,309	1,650,252	1,749,177	1,829,403	1,892,252	1,974,501
Excedente del Período	87,457	254,435	373,217	452,524	383,484	532,429

Fuente: Gerencia Financiera, Dirección Financiero Contable.

A nivel de los Ingresos se muestra un crecimiento de un 54% al comparar el 2012 con respecto al cierre del 2017, principalmente por el crecimiento de las cuotas particulares, lo cual evidencia que la gestión de facturación se incrementó sustancialmente para las contribuciones de patronos, trabajadores independientes y asegurados voluntarios para el periodo evaluado. Cabe señalar que este concepto representa un 76% del total de los ingresos del Seguro de Salud.

En línea con lo anterior, los productos por servicios médicos más que se duplicaron, pasando de ¢88,357 millones en el 2012 a ¢247,680 millones en el 2017, para un aumento de 180%. Lo anterior, en razón de los esfuerzos gerenciales para facturar de manera oportuna los ingresos por concepto del costo de aseguramiento de las poblaciones de asegurados por el Estado, Centros Penales, Leyes Especiales y Código de la Niñez y la Adolescencia; aunado a los convenios de pago suscritos con el Estado y que incorporan dichos conceptos.

Las Cuotas del Estado (que registran el ingreso por concepto de la cuota del Estado Como Tal), reflejan un crecimiento de 41% en el periodo bajo análisis, debido al incremento sostenido en la facturación de las Cuotas Obrero Patronales, Trabajadores Independientes, Convenios Especiales y de los productos por Servicios Médicos.

En cuanto a los gastos, el Seguro del Salud muestra un crecimiento de 29% (2012 versus 2017), muy por debajo del crecimiento de los ingresos de 54% para el mismo periodo. Esta situación evidencia la mejora financiera que dicho seguro ha sostenido en el tiempo.

Dicha salud financiera se refleja comparativamente, en el crecimiento mostrado por los resultados de los cierres anuales de ingresos y gastos, puesto que al 2012 el saldo entre estas

variables alcanzó los ¢87,457 millones, mientras que al 2017 fue de ¢532,429 millones, es decir, el superávit se multiplicó seis veces durante la gestión destacada en el presente informe. Este marcado avance, obedeció entre otros factores, a las políticas promovidas a nivel de la Gerencia Financiera con el respaldo de las autoridades superiores, el resto de gerencias y unidades prestadoras de servicios, dirigidas a la optimización del uso de los recursos mediante el fortalecimiento de las acciones para procurar el incremento de los ingresos y propiciar un crecimiento del gasto de manera responsable y planificada.

Tabla 8. Seguro de Salud. Razones Financieras, 2012-2018

Razones	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<u>Liquidez</u>						
Capital de trabajo ^{1/}	214,829	332,916	355,356	375,813	321,139	804,195
Razón corriente	1.69	2.02	2.18	2.16	1.93	3.16
Prueba de ácido	1.43	1.77	1.91	1.91	1.65	2.86
<u>Solvencia</u>						
Deuda	26.40%	22.34%	17.94%	16.45%	17.75%	15.17%
Endeudamiento	35.86%	28.77%	21.86%	19.69%	21.58%	17.88%
<u>Rendimiento</u>						
Margen de ahorro neto	5.39%	13.36%	17.58%	19.83%	16.85%	21.24%
Rendimiento sobre la inversión	6.62%	16.01%	20.08%	19.92%	16.83%	18.64%
Rendimiento sobre el capital	8.99%	20.61%	24.47%	23.84%	20.46%	21.97%
<u>Actividad</u>						
Rotación Activo Fijo (P.P.E)	3.90	4.38	4.31	4.34	4.06	3.95
Rotación Activo Total	1.23	1.20	1.14	1.00	1.00	0.88

Nota: 1/ En millones de colones. Datos a febrero de 2018

Fuente: Gerencia Financiera, Dirección Financiero Contable.

Respecto de las razones financieras, se tiene que las correspondientes a liquidez denotan un aumento al compararlas con las tendencias expuestas en años anteriores, esto como resultado del crecimiento del Activo Corriente al confrontarlo con un menor crecimiento del Pasivo Corriente. Lo anterior principalmente, por aumento de las Inversiones y las Cuentas por Cobrar.

En esta línea el capital de trabajo creció ¢397,764 millones, al pasar de ¢214,829 millones en el 2012 a ¢612,592 millones en el 2017, asimismo la razón corriente (activo corriente entre pasivo corriente) refleja un fortalecimiento de la capacidad del Seguro para asumir sus compromisos de corto plazo.

En cuanto a la solvencia, los indicadores financieros muestran una disminución en la deuda, lo anterior correspondiendo a un menor crecimiento del Pasivo Total en comparación con el crecimiento que presentan los Excedentes Acumulados y los Excedentes del Período, lo cual

representa un fortalecimiento de la situación financiera del Seguro de Salud, como resultado de las estrategias en cuanto al uso óptimo de los recursos institucionales.

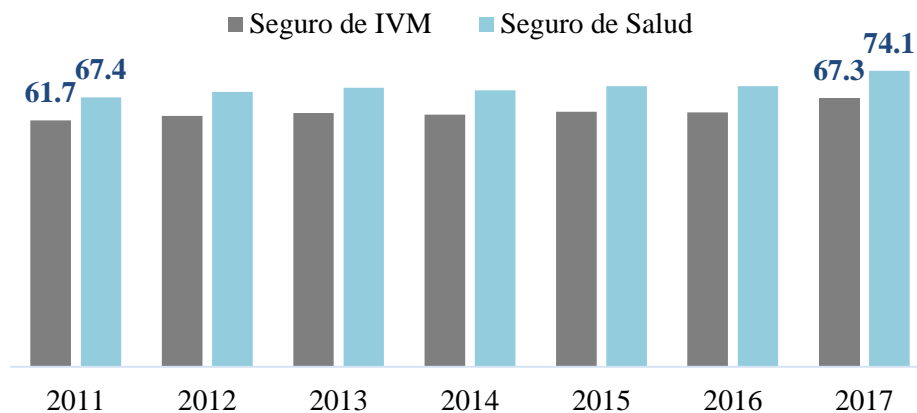
Las razones de rendimiento, evidencian una mejora con relación a los datos de los últimos años, principalmente por el crecimiento en los ingresos, específicamente de las Cuotas Particulares, gracias a una oportuna facturación de las obligaciones, así como un crecimiento menor porcentual de los egresos.

Las razones de actividad muestran una escasa rotación de inventario, en este caso del Activo Total en relación con los Ingresos Totales, situación normal dado que la naturaleza del Seguro de Salud es la prestación de servicios de salud.

4.1. Extensión de la cobertura contributiva mediante el uso de mecanismos innovadores

En el periodo comprendido entre el 2011 y el 2017, la Caja Costarricense de Seguro Social mostró avances significativos en términos de cobertura contributiva de los seguros administrados, siendo que los indicadores denotan un crecimiento sostenido, que permitió un aumento de 6.7 puntos porcentuales en el Seguro de Salud y de 5.6 puntos porcentuales en el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, para alcanzar los porcentajes de 74.1% y 67.3%, respectivamente.

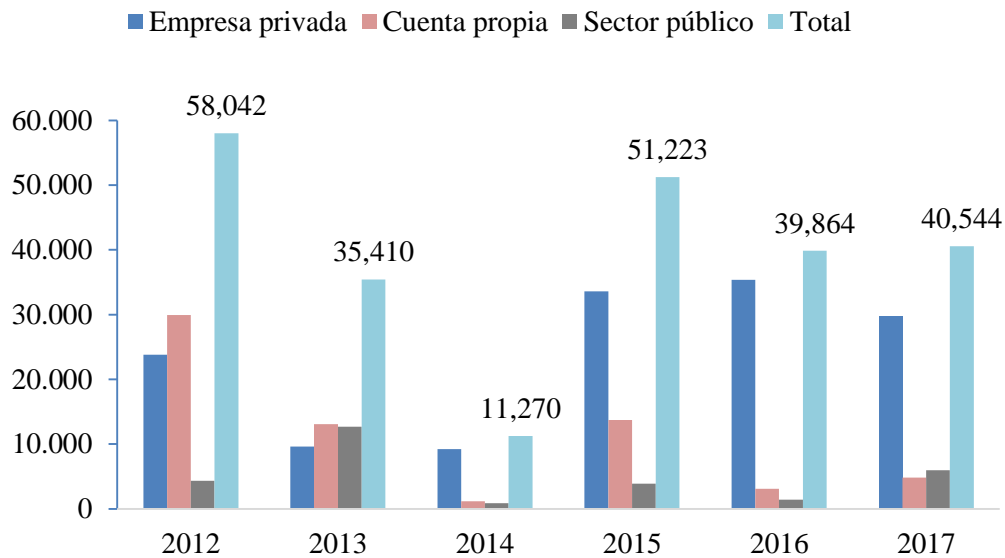
Gráfico 8. Cobertura de la PEA asalariada, según Seguro
A junio de cada año



Fuente: Dirección Actuarial y Económica

La cantidad de personas cotizantes al Seguro de Salud constituye un factor explicativo del comportamiento de los ingresos por contribuciones sociales de ese régimen. Durante el período 2012-2017 se incorporaron a la Seguridad Social un total de 236,353 nuevos trabajadores, principalmente del sector privado y asegurados por cuenta propia, los cuales han mostrado mayor dinamismo que el sector público, en donde el Gobierno Central atraviesa por una situación de déficit fiscal que ha repercutido en la contratación de nuevos servidores.

Gráfico 9. Seguro de Salud: Incremento neto de los trabajadores afiliados, 2012-2017



Fuente: Gerencia Financiera, Dirección de Presupuesto.

El incremento sostenido de alrededor de 39,000 nuevos trabajadores al año es el resultado de las estrategias nuevas de aseguramiento implementadas por la Gerencia Financiera, que han buscado facilitar la incorporación al sistema y el fortalecimiento de las actividades de inspección, las cuales se describen seguidamente.

4.1.1. Aseguramiento contributivo de las trabajadoras domésticas

En los últimos años, la institución se ha enfocado en el estudio y diseño de propuestas para el aumento de la cobertura contributiva, ya que uno de los retos fundamentales que se enfrentan en la actualidad, es desarrollar condiciones más favorables que incentiven el aseguramiento y la retención en el sistema de los trabajadores asalariados y los independientes; así como, cubrir a aquellos que por sus condiciones especiales requieren un aseguramiento no contributivo.

Como parte de las medidas innovadoras para aumentar la cobertura de grupos tradicionalmente con bajas tasas de afiliación con la seguridad social, en agosto de 2017, se creó una modalidad de aseguramiento para trabajadoras domésticas remuneradas con Bases Mínimas Contributivas Reducidas. En el acuerdo primero del artículo 10° de la sesión N° 8914, celebrada el 6 de julio del año 2017, la Junta Directiva aprobó el “Reglamento para la inscripción de patronos y el aseguramiento contributivo de las trabajadoras domésticas”, permitiendo a partir del 9 de agosto de 2017 el uso de la Escala de Bases Mínimas Contributivas Reducidas e incentivos para los patronos que cumplen ciertas condiciones.

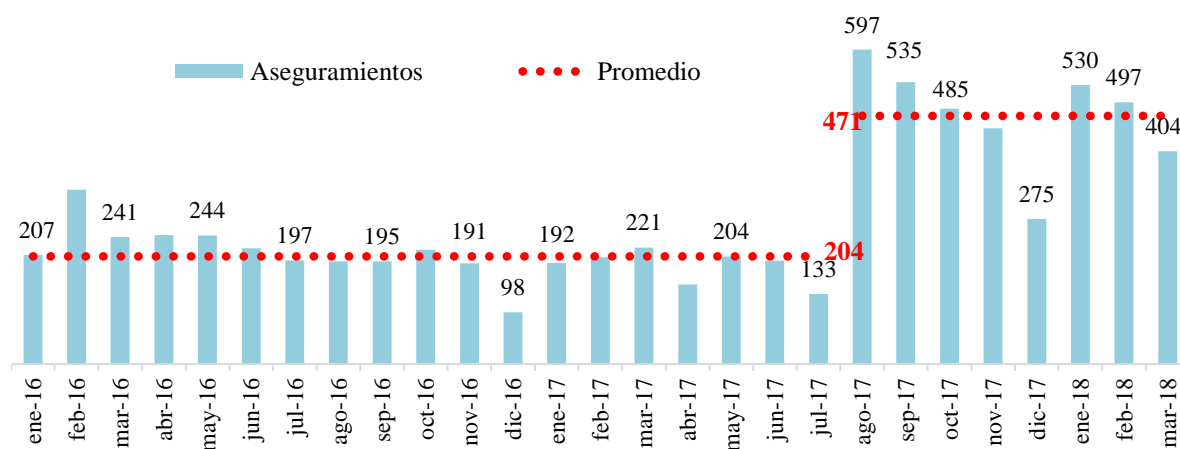
Se ha dado un seguimiento técnico a esta nueva modalidad, además que se ha hecho un esfuerzo a nivel central y regional para difundir una estrategia de educación y sensibilización con alcances nacionales, tanto para los patronos como para las trabajadoras domésticas. Por ello, se ha trabajado en diferentes ámbitos: comunicación interna y externa, conferencias abiertas para

trabajadoras domésticas, quioscos informativos y de aseguramiento en Centros Comerciales, giras a zonas estratégicas para entregar boletines informativos, manejo de redes sociales, entre otros.

Desde el 9 de agosto 2017 al mes de marzo 2018, se han cubierto 3.785 trabajadoras domésticas que antes se encontraban al margen de la seguridad social, donde el 63% se ha realizado mediante la plataforma digital y un 37% a través del servicio de inspección que se encuentra en todas las sucursales del país. Por su parte, la facturación mensual en trabajo doméstico evidencia el impacto de la nueva modalidad, los aseguramientos mensuales antes del mes de agosto 2017 presentaban un promedio de 204, mientras que a partir del mes de agosto este promedio es de 471 aseguramientos por mes.

Agosto fue el mes con mayor cantidad de aseguramientos con 597, momento donde el Publicity fue aprovechado al máximo, las entrevistas a radio y televisión se concentraron en este mes, los siguientes meses siempre mantuvieron un número superior de aseguramientos que el promedio del año 2016-primer semestre de 2017, alcanzando en diciembre 275 aseguramientos, es importante destacar que los meses de diciembre se caracterizan por tener una menor cantidad de aseguramientos, obsérvese el mes de diciembre de 2016, únicamente se obtuvieron 98 aseguramientos, mientras que para el 2017 este dato aunque disminuyó siempre fue superior al promedio antes de agosto 2017.

**Gráfico 10. Evolución del aseguramiento mensual en el servicio doméstico
Enero 2016-marzo 2018**



Fuente: Gerencia Financiera. Dirección SICERE

Para el presente año, se están realizando esfuerzos para liderar y establecer las bases que permitan generar un apoyo integral a nivel interinstitucional en este tema de interés nacional, mediante el diseño de ideas innovadoras que desde otros ámbitos incentiven el aseguramiento de las trabajadoras domésticas, tales como: que el Instituto Nacional de Aprendizaje ofrezca capacitaciones para mejorar las habilidades de las trabajadoras domésticas aseguradas, que el Ministerio de Trabajo en conjunto con el Ministerio de Obras Públicas y Transportes, estudie la posibilidad de que se disminuyan los pasajes de bus para trabajadoras domésticas aseguradas; así

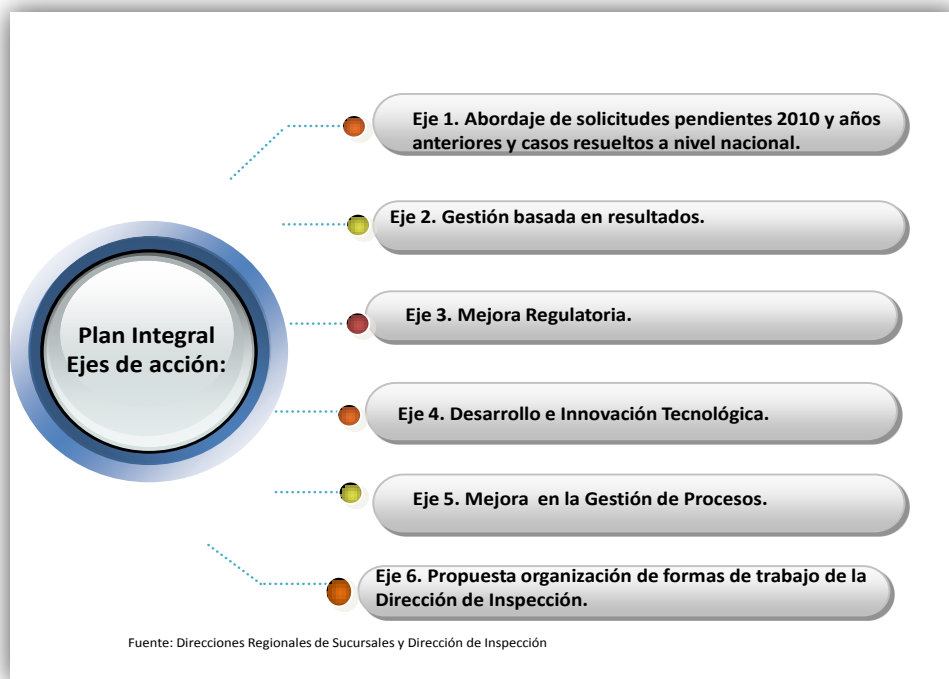
como, promover un rol más activo en la búsqueda de alianzas con el sector privado, iniciando en el mes de marzo conversaciones con el Automercado.

4.1.2. Implementación del Plan Integral de Fortalecimiento del Servicio de Inspección

En la sesión N° 8624 del 27 de febrero de 2013, la Junta Directiva de la CCSS aprobó el Plan Integral de Fortalecimiento del Servicio de Inspección, con el objetivo modernizar la gestión a partir de la innovación tecnológica, la simplificación de trámites y la mejora en la gestión, con el propósito de brindar servicios eficientes al administrado.

El Plan Integral de Fortalecimiento del Servicio de Inspección contempla seis ejes, a saber:

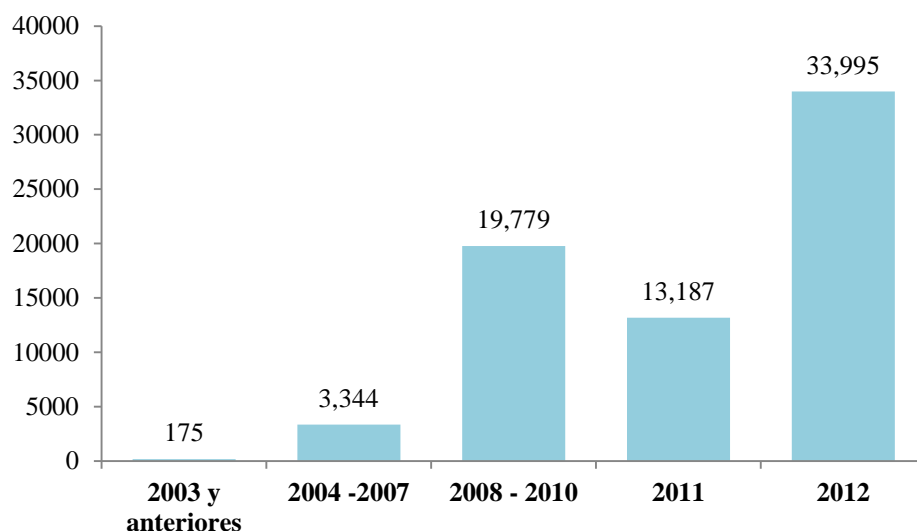
Ilustración 3. Ejes de acción del Plan Integral del Servicio de Inspección



Fuentes: Gerencia Financiera. Dirección de Inspección y Direcciones Regionales de Sucursales

- a. **Abordaje de solicitudes pendientes y casos resueltos a nivel nacional:** el servicio de inspección implementó una estrategia para la atención de solicitudes y resolución de casos que databan de periodos anteriores al 2012 para un total de 70,480 casos pendientes.

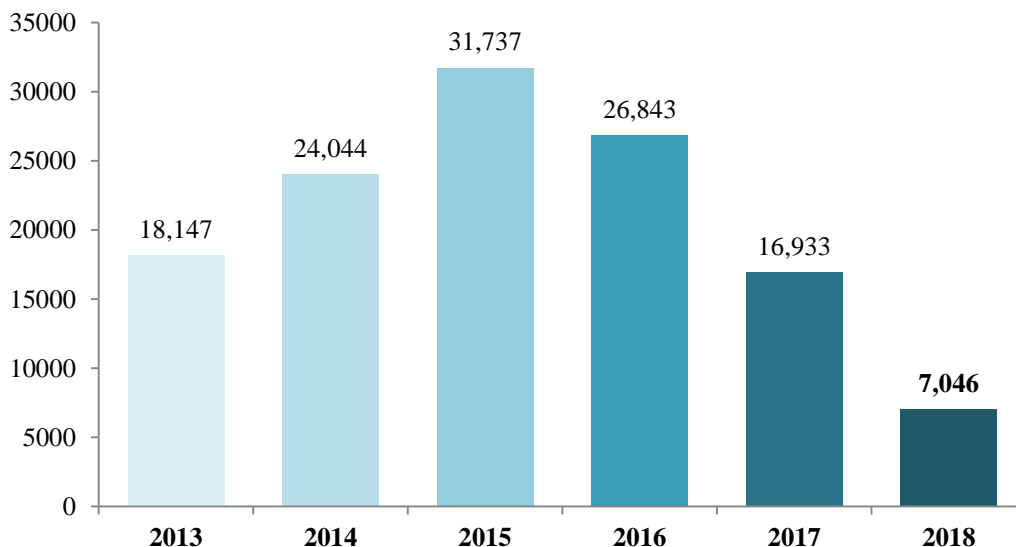
**Gráfico 11. Cantidad de solicitudes y casos pendientes a nivel nacional
- Datos a diciembre 2012 –**



Fuente: Gerencia Financiera, Dirección de Inspección y Direcciones Regionales de Sucursales

Con la implementación de la estrategia para abordar los casos pendientes por medio del Plan de Fortalecimiento del Servicio de Inspección, dado como resultado la reducción en los tiempos de respuesta al usuario final. Tal y como se detalla en el siguiente gráfico a marzo 2018 se alcanza un total de 124,750 pendientes, ya resueltos por el servicio de Inspección.

Gráfico 12. Cantidad de solicitudes pendientes atendidas por el servicio de Inspección, 2013 - marzo 2018



Fuente: Gerencia Financiera, Dirección de Inspección y Direcciones Regionales de Sucursales

De conformidad con lo anterior, se denota el abordaje altamente satisfactorio para la atención de solicitudes pendientes y resolución de casos del servicio de inspección, tanto a nivel central como de las diferentes regiones, generándose una respuesta oportuna a las denuncias y solicitudes de los usuarios relativas al campo de aseguramiento.

b. Gestión basada en Resultados: contiene el planteamiento de acciones orientadas a la mejora de la productividad del Servicio de Inspección a nivel nacional, mediante la semi-automatización de funciones, para agilizar las labores de los funcionarios del Servicio de Inspección. Como parte de los logros de esta iniciativa se encuentran:

b.1. Inclusión en el catálogo de trámites institucional (página web de la Caja), de los requisitos y formularios, para los trámites brindados por el Servicio de Inspección.

b.2. Elaboración del Manual de requisitos para los trámites brindados por el Servicio de Inspección de la Caja Costarricense de Seguro Social.

b.3. Mejora al Sistema Institucional para la Gestión de Inspección (SIGI): se conceptualizaron requerimientos orientados a la mejora de la productividad del Servicio de Inspección, entre los que destacan la generación de reportes semiautomáticos para el seguimiento patronal y para las planillas adicionales realizadas por los inspectores y que no requieren intervención compulsiva; la flexibilización del sistema a fin de permitir actualizar el estado o tipo de investigación, en caso de ser requerido. Estas mejoras propician que el inspector permanezca mayor parte de su tiempo en campo y evitan la duplicidad en la generación de las solicitudes y casos.

c. Mejora Regulatoria: consiste en el planteamiento de reformas para fortalecer los instrumentos jurídicos y normativos para el ejercicio de la labor de inspección y la seguridad jurídica del usuario. Dentro de los resultados obtenidos se encuentran: el planteamiento de Reforma a la Ley Constitutiva de la CCSS en lo atinente a la materia de aseguramiento en los artículos 30 y 45 de la ley (aprobado por la Junta Directiva en el artículo 5 de la Sesión N° 8529 del 01 de setiembre de 2011), actualización de los lineamientos para la aplicación incisos 1) y 3) del artículo 74 de la Ley Constitutiva de la CCSS y 65 del Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa y realización del Inventario de Convenios de Aseguramiento Colectivo, entre otros aspectos.

d. Desarrollo e Innovación Tecnológica: comprende el desarrollo de diversas acciones en materia tecnológica propiamente del servicio de inspección, que faciliten la labor de campo realizada por los inspectores de leyes y reglamentos.

d.1 Acceso de fuentes de información: Consiste en la suscripción de convenios entre la CCSS con otras instituciones, de manera que se cuente con acceso a fuentes de información alternas para mejorar la eficiencia y eficacia de los procesos de Inspección de los cuales se han firmado: Convenio con el Registro Nacional, Convenio con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Convenio con el Ministerio de Hacienda, Convenio con la Dirección General de Migración y Extranjería (DGME).

d.2 Buró de información: herramienta de consulta que se utiliza en el servicio de inspección, como insumo para la labor de investigación.

d.3 Ajustes automáticos en las modalidades de aseguramiento: Se incorporó en el Sistema Institucional para la Gestión Inspección (SIGI), de los ajustes automáticos para las modalidades de aseguramiento.

- e. Mejora en la gestión de procesos:** El principal objetivo de este eje, es que se cuente con procesos estandarizados, homologados y oficializados a nivel nacional; con el fin de beneficiar a los usuarios internos y externos del Servicio de Inspección.

e.1 Sistema de Gestión de Calidad: se implementó en un 100% para el 01 de julio del 2013, mediante oficio de la Gerencia Financiera, GF 15.610 21 de junio del 2013.

- f. Campañas preventivas para el control de la evasión de patronos y trabajadores independiente por medio del Centro de Llamadas:** se realizaron dos campañas en el 2016 y se brinda el seguimiento en el 2017.

- g.** Respecto del Eje 6 denominado Propuesta organización de formas de trabajo de la Dirección de Inspección, el cual incorpora herramientas automatizadas con el fin de facilitar la labor del inspector, se encuentra en proceso de desarrollo para la contratación del proveedor que brindará las soluciones informáticas respectivas.

4.1.3. Diseño e implementación del Índice Compuesto de Indicios de Evasión (ICIE) patronal

El ICIE, es una herramienta geo estadística para focalizar, priorizar y dar seguimiento a la población patronal con indicios de evasión, a partir de la cual se planifica la labor de campo de los inspectores con alcance nacional. Esta focalización permite ubicar y alinear a patronos con algún tipo de situación irregular de evasión contributiva, tanto por subdeclaración de salarios como por omisión de trabajadores.

Desde el 2017 las Direcciones Regionales de Sucursales Huetar Norte, Huetar Atlántica y la Dirección de Inspección, trabajan en la aplicación ICIE Patronal; mientras que las direcciones restantes lo han incorporado progresivamente, de acuerdo con sus capacidades de gestión y la evolución en la priorización para atención de demanda.

Con la implementación de esta herramienta, se ha logrado resultados favorables en el control de la evasión (por omisión o subdeclaración), a partir de la fiscalización de oficio de los centros de trabajo y la consecuente generación de cuotas. En la siguiente tabla se muestra la información de casos y cuotas generadas por dirección, a nivel nacional.

Tabla 9. ICIE: generación de cuotas y casos, por Dirección Regional. 2017-2018
- Cuotas en colones -

Unidad	Patronos a fiscalizar	Casos resueltos	Cuotas Generadas
Dirección de Inspección	11,957	5,363	1,203,676,699
Dirección Regional de Sucursales Brunca	3,983	676	270,165,474
Dirección Regional Central de Sucursales	15,314	975	489,781,642
Dirección Regional de Sucursales Chorotega	6,359	1,569	473,507,363
Dirección Regional de Sucursales Huetar Caribe	3,672	1,503	545,370,078
Dirección Regional de Sucursales Huetar Norte	10,676	3,054	1,583,949,458
Total general	51,961	13,140	4,566,450,714

Fuente: Gerencia Financiera. Dirección de Inspección y Direcciones Regionales de Sucursales.

De conformidad con lo anterior, como resultado de la aplicación del Índice Compuesto de Indicios de Evasión patronal se logró identificar un total de 51,961 patronos a fiscalizar, lo cual permitió la resolución de 13,140 casos a nivel nacional y la facturación de cuotas por un monto de ¢4,566.45 millones, para un promedio de ¢347,523 por cada caso.

4.1.4. Formalización de un convenio o carta de intenciones entre la CCSS y la Escuela Nacional Superior de Seguridad Social

Como resultados de la capacitación con la Escuela Francesa Superior del Seguro Social, se identifican propuestas de mejora para modernizar la gestión del Servicio de Inspección. Para llevar a cabo dichas mejoras, es requerido formalizar un convenio o carta de intenciones para contar con el acompañamiento técnico más robusto con dicha Escuela.

Al respecto, se dispone del documento preliminar del Convenio de cooperación entre EN3S-CCSS, avalado por la Dirección de Inspección, la Embajada de Francia y la Escuela Nacional Superior de Seguridad Social (EN3S). Actualmente, dicho documento se encuentra en proceso de revisión por parte de Subárea de Cooperación Internacional del CENDEISS, para que el mismo, sea remitido a la Dirección Jurídica y se proceda con su aval definitivo.

4.2. Modernización de la gestión recaudatoria y de cobros

4.2.1. Gestión de la planilla en línea y mejora de la comunicación con el usuario mediante el centro de contacto

Durante el periodo 2012-2018, uno de los principales temas impulsados por la Gerencia se enfocó en el mejoramiento de los medios electrónicos para la gestión de la planilla mensual. Recientemente, a finales del año 2017, se puso en operación la nueva plataforma tecnológica denominada Oficina Virtual CCSS, que integra la anteriormente conocida Oficina Virtual SICERE bajo un esquema más moderno, robusto y amigable para los usuarios.

La Oficina Virtual CCSS se encuentra habilitada en un esquema de 24 x 7, lo cual le permite a los usuarios inscritos (cerca de 550,000 trabajadores y 90,000 patronos), realizar sus trámites y generar consultas directamente a los registros institucionales, sin necesidad de desplazarse físicamente a las Sucursales de la Gerencia Financiera.

Esta plataforma incorpora entre otros aspectos, compatibilidad con múltiples dispositivos, entre ellos, los teléfonos inteligentes y tabletas, lo cual mejora la experiencia e incrementa la facilidad para el usuario; así como una interfaz gráfica más intuitiva y mejoras en la navegación, haciéndola más simple de utilizar, junto con elementos de accesibilidad. Igualmente, contiene elementos de ayuda más acordes con las nuevas tecnologías, como videos explicativos sobre las funcionalidades, entre ellas, la inscripción de servicio doméstico, por ejemplo. Esta mejora tecnológica no solo se aplicó para los servicios dirigidos a patronos, sino también servicios dirigidos a los trabajadores y Operadoras de Pensiones.

Adicionalmente, se mejoró la comunicación con la población patronal y asegurada, a través de la habilitación de un Centro de Contacto, administrado desde el Nivel Central, que atiende las dudas y consultas de la población a través de canales como el correo electrónico, las llamadas telefónicas y un Chat en línea, incorporando, a partir del año 2015, la atención a través de un perfil de la red social Facebook. Estos canales de comunicación y la dinámica de atención implementada han permitido tener un acercamiento con la población para un mejor asesoramiento en los trámites y servicios que se brindan.

4.2.2. Fortalecimiento de la Validación de Derechos

La Dirección de Coberturas Especiales, con el apoyo técnico del Área de Coberturas del Estado y en estrecha coordinación con la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones, impulsaron y desarrollaron un aplicativo denominado “Módulo de Validación de Derechos en Línea”, el cual tiene como objetivo validar el derecho de los asegurados por medio de una

plataforma web, que puede ser utilizada desde cualquier navegador o dispositivo móvil con acceso a internet.

Dicha herramienta fue puesta en producción en febrero del año 2014 y la misma puede ser consultada por usuarios de la Institución, tanto internos como externos, a su vez posibilita a los mismos asegurados consultar -desde cualquier dispositivo o computador con acceso a internet, si se encuentran reportados por sus respectivos patronos ante la Caja, sin tener que desplazarse a ninguna sucursal o dependencia de la Institución para realizar dicho trámite.

4.2.3. Implementación del pago electrónico

Otro aspecto importante por resaltar es la estrategia de fortalecimiento del pago electrónico, que utiliza la plataforma de la Oficina Virtual CCSS interconectada con los servicios del Sistema Interbancario de Negociación de Pagos Electrónicos (SINPE), del Banco Central de Costa Rica que dispone de los servicios débito en tiempo real y compensación de débitos directos, para cancelar de forma pronta, segura y eficiente, los diferentes tipos de recibos, de forma automática o manual.

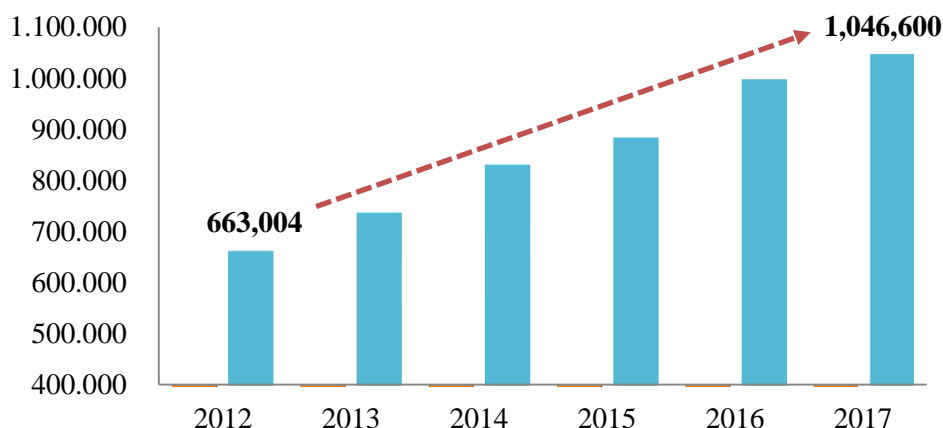
Este sitio transaccional opera 24/7, es decir, está siempre disponible cualquier día de la semana, a cualquier hora del día. A través de este sistema, se recaudó a diciembre 2017, el 30% del total de ingresos por facturas ordinarias y especiales, beneficiando a patronos, trabajadores independientes y asegurados voluntarios, con las siguientes facilidades:

- Alternativa tecnológica ágil y en línea a los usuarios o asegurados activos; de fácil uso por cualquier tipo de patrono, sea una entidad pública y/o privada.
- Mayor diversidad en el tipo de facturas disponibles para cancelar, ya que no solo facilita el pago de las facturas ordinarias, sino también aquellas de carácter especial como planillas adicionales, cuotas de arreglo y/o convenio de pago, servicios médicos y subsidios.
- Mayor seguridad física al usuario, disminuyendo el riesgo de robos, asaltos y hurtos debido al manejo de efectivo.
- Reducción de costos administrativos para los patronos y trabajadores independientes, al disminuir erogaciones por concepto de traslado logístico para el pago de las cuotas de la seguridad social.
- Facilita la recepción oportuna de los ingresos, al mejorar los tiempos de ingreso de las transacciones, así como la agilidad y seguridad de las mismas.

- Minimiza los costos para la Institución, al utilizar las plataformas tecnológicas existentes tanto a nivel interno como externo (SINPE).

Seguidamente se muestra su evolución durante el periodo 2012-2017

Gráfico 13. Recaudación de cuotas mediante Web Institucional, 2012 – 2017
- Cifras en millones de colones -



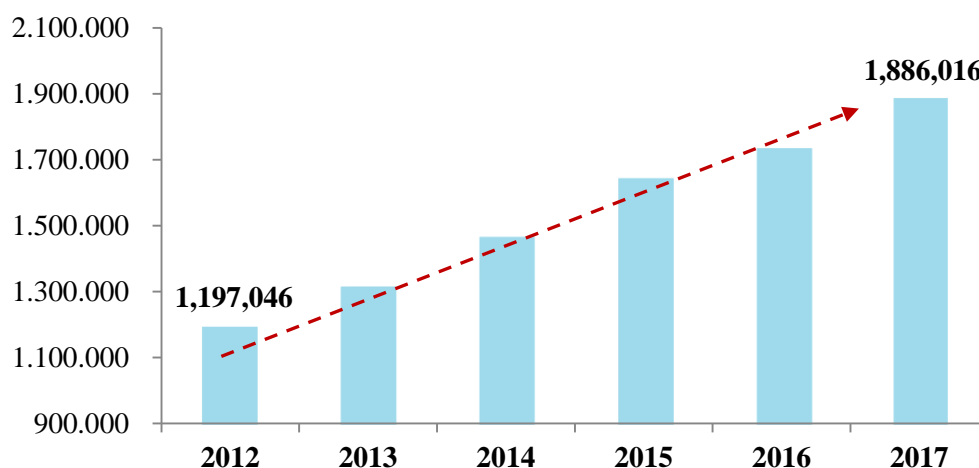
Fuente. Gerencia Financiera, Dirección Financiero Contable.

4.2.4. Recaudación externa y de los puntos de pago

Derivado del proceso de modernización y actualización de la Institución, así como la necesidad de desarrollar procesos de desconcentración financiera que permitan mayor agilidad y eficiencia en el manejo de los recursos, se desarrolló el programa de recaudación externa a través del cual se ofrece a los patronos, asegurados voluntarios y trabajadores independientes, la posibilidad de cancelar sus obligaciones con la seguridad social, en entidades y/o empresas públicas y privadas, ajenas a las sedes de Oficinas Centrales y Sucursales, con accesibilidad en el territorio nacional.

Seguidamente se muestra la evolución durante el periodo 2012-2017 en cuanto a montos recaudados:

Gráfico 14. Recaudación de Cuotas por Agentes Recaudadores Externos.
2012-2017 – cifras en millones de colones -



Fuente. Gerencia Financiera. Dirección Financiero Contable

Con el fin de fortalecer este proceso, en el último quinquenio se efectuaron las siguientes mejoras tecnológicas:

- Ampliación del horario de conexión entre la CCSS y los agentes recaudadores externos para la recepción de pagos desde las 12:15 AM a 10:00 PM en días hábiles, el cual opera independiente de que los sistemas de la Institución se encuentren fuera de servicio o se presenten retrasos en los procesos diferidos, gracias a la habilitación de un servicio de cálculo de recargos en línea.
- Mejoras en la plataforma tecnológica brindando un mejor soporte al servicio de recaudación externa, reduciendo los tiempos de respuesta y conexión para el acceso a las facturas cuando se presentan los altos volúmenes de pagos, el cual a noviembre supera los 264,000 casos por mes.
- Igualmente, los recaudadores han desarrollado diferentes alianzas estratégicas con negocios locales a fin de incrementar el número de puntos de pago disponible para la población, tal es el caso de los denominados BN Servicios, TUCAN y Grupo Tecnológico.

4.2.5. Habilitación de pago de cuotas de asegurado voluntario y trabajador independiente con tarjeta

En abril del 2018 inició en la Plataforma de Cajas de Oficinas Centrales la recaudación de cuotas de Asegurado Voluntario y Trabajador Independiente mediante el uso de tarjetas. Próximamente, se extenderá este servicio a la Red Nacional de Sucursales.

La modalidad de pagos con tarjeta en la Plataforma de Cajas Institucional permite:

1. Minimizar el riesgo de eventos delictivos producto del manejo de efectivo.
2. Evitar la ocurrencia de inconvenientes relacionados con la recepción de cheques.
3. Ofrecer un medio de pago adicional de uso común en el mercado costarricense.
4. Combatir la morosidad en sectores sensibles como el aseguramiento por cuenta propia, al brindarse al cotizante la posibilidad de autofinanciamiento.

4.2.6. Fortalecimiento de la gestión de cobros

Respecto de la gestión de cobro, durante el periodo bajo análisis se desarrollaron diversas estrategias, enfocadas al control de la morosidad y la recuperación de las sumas adeudadas, como principales objetivos. Estas estrategias incluyeron, entre otras iniciativas las siguientes:

- Desarrollo de campañas de cobro preventivo, para informar mensualmente, el monto facturado a patronos y trabajadores independientes, a través de las llamadas automáticas con mensaje programado; todo lo cual, aunado a los programas de centro de llamadas y avisos de cobro, ha contribuido a mantener indicadores de morosidad patronal altamente destacados a nivel del sistema financiero.
- Gestión prioritaria de la recuperación de las deudas de patronos morosos activos con menos de dos años de antigüedad.
- Fortalecimiento del control y la evaluación de la gestión de cobro judicial que realizan los abogados externos de la Institución.

Los esfuerzos realizados se reflejan en resultados altamente destacables. Tal como se muestra en la siguiente tabla, el porcentaje de morosidad del 2012-2017 se mantiene bastante por debajo del techo de 1% en todos los años y para el primer trimestre de 2018 es de 0.39%, lo que representa un comportamiento estable para el resto del periodo.

Tabla 10. Seguro de Salud
Indicadores de la gestión cobratoria institucional, 2012-2018

Descripción	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018*
Tasa de morosidad	0,85%	0,77%	0,78%	0,73%	0,59%	0,87%	0,39%
Recuperación	211,505	250,156	280,297	311,153	320,992	363,922	96,302
Adecuaciones de pago	13.087	8.772	9.611	9.663	9.354	9.932	2.708
Cierres de negocios tramitados	4.695	4.354	4.697	4.575	3.971	4.341	1.067

*Datos al I trimestre 2018. En el caso de recuperación, los datos son en millones de colones.

Fuente: Gerencia Financiera, SICERE y Direcciones Regionales de Sucursales

Además del control de la morosidad, anualmente la recuperación denota un comportamiento creciente, que permitió el ingreso de ¢1,834,327 millones en todo el periodo (aproximadamente ¢24,458 millones mensuales) y se lograron formalizar 63,127 arreglos y convenios de pago con patronos y trabajadores independientes, lo cual representa cerca de 842 acuerdos por mes.

4.3. Mejoramiento de la gestión del Seguro por el Estado

4.3.1. Manual del Seguro por el Estado: Capacitación y Divulgación

El 10 de julio de 2013 se publicó en la Web Master, el oficio GF-16.172 mediante el cual la Gerencia Financiera con el aval de la Gerencia Médica, aprobaron el documento denominado: “*Manual de Normas y Procedimientos del Seguro por el Estado*”, procedimiento mediante el cual se informa a todos los funcionarios de la Institución la actualización de las normas y procedimientos que rigen el Aseguramiento por el Estado.

Este manual representa un avance importante en cuanto al fortalecimiento de los procesos tendientes al correcto aseguramiento de las personas en indigencia médica¹, de conformidad con la normativa vigente.

4.3.2. Participación en la Estrategia Puente al Desarrollo

Como estrategia en el pilar de combate a la pobreza extrema, el Área de Coberturas del Estado y la Dirección de Planificación Institucional han coordinado en conjunto con la Segunda Vicepresidencia de la República y el Instituto Mixto de Ayuda Social, el proceso de correcta identificación de núcleos familiares en pobreza y pobreza extrema, que califiquen para el beneficio del Aseguramiento por cuenta del Estado.

Este programa que inició en octubre de 2015 y ha beneficiado a más de veinte mil núcleos familiares en pobreza y pobreza extrema a nivel nacional, mediante el otorgamiento de Aseguramientos por Cuenta del Estado.

4.3.3. Desarrollo de solución automatizada de Base de Datos de Seguro por el Estado

La Gerencia Financiera, a través de la Dirección de Coberturas Especiales, desarrolló con el acompañamiento de representantes de la Subárea Servicios Digitales Estratégicos de la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones, un método tecnológico que permite a la Institución generar de manera oportuna y efectiva, la información correspondiente a los

¹ Se entiende por situación de “indigencia médica”: aquella en la que la persona objeto del beneficio o núcleo familiar no pueda satisfacer sus necesidades básicas, de alimentación, vestuario, vivienda y salud, según el artículo 10 del Decreto Ejecutivo 17898-S y en el Manual de Normas y Procedimientos del Seguro por el Estado.

asegurados directos por el Estado y aquellos atendidos al amparo de Leyes Especiales o del Código de la Niñez y la Adolescencia.

El objetivo de dicho proyecto fue buscar una solución para automatizar el proceso de generación y depuración de los registros de la Base de Datos del Módulo Seguro por el Estado del Sistema Integrado de Agendas y Citas (SIAC), los cuales constituyen la base para la facturación de las sumas por cobrar tanto a la Dirección General de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares DESAF, como al Ministerio de Hacienda.

Este avance, además de contribuir a mejorar la calidad de las bases de datos con registros plenamente identificables, permitirá otorgar mayor oportunidad al proceso de comunicación de los resultados a las diferentes unidades institucionales que participan en el proceso de cálculo del costo de aseguramiento y cobro respectivo.

4.4. Recuperación de deudas del Estado

El Estado desempeña un papel significativo en las finanzas institucionales, tanto desde su condición como patrono, como desde su dimensión de Estado propiamente dicho. En el caso del Seguro de Salud, sus aportes globales representan un 22% de los ingresos totales y para el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, un 10% del total de ingresos; por lo que el cumplimiento oportuno de los pagos gubernamentales y la gestión de las obligaciones pendientes, constituyen factores importantes para la estabilidad financiera de ambos seguros.

En línea con lo anterior, la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Hacienda, mantienen coordinaciones permanentes para procurar la conciliación y cancelación de los adeudos que tienden a acumularse, ante la insuficiencia de las fuentes de financiamiento; siendo que dentro de estas acciones destacan las siguientes:

- a. En el mes de agosto de 2014 el Ministerio de Hacienda y la CCSS suscriben la Resolución N° 0909-2014, mediante la que se conformó un Equipo Técnico Interinstitucional de alto nivel, para diseñar medidas que permitan atender las deudas del Estado con la CCSS.
- b. Este Equipo con el apoyo de grupos de trabajo a lo interno de ambas instituciones, suscriben la “Propuesta de lineamientos para la instrumentalización del pago de la deuda del Estado con la Caja Costarricense Seguro Social”, que detalla las acciones para avanzar en la suscripción de Convenios de Pago de las deudas del Estado con la CCSS y que fue conocida por la Junta Directiva en el mes de abril de 2015. Con base en esta hoja de ruta, se realizan sesiones de trabajo, documentos explicativos para cada uno de los montos adeudados y conciliaciones de diversos conceptos.

- c. Como resultado de estas acciones, durante el periodo 2012-2018 se logró la suscripción de tres convenios de pago, los cuales se detallan seguidamente.

Tabla 11. Convenios de pago suscritos entre el Ministerio de Hacienda y la CCSS, 2012-2018 - Cifras en millones de colones –

Nombre del convenio	Fecha de suscripción	Monto		Total
		Seguro de Salud	Seguro IVM	
Convenios Especiales del Seguro de Salud al 30/09/2013	18/11/2013	2,352	-	2,352
Convenio de pago de adeudos subsidiarios y complementarios al 31/12/2014	30/09/2015	14,516	9,347	23,863
Convenio de pago de adeudos por concepto del aseguramiento del Código de la Niñez y la Adolescencia y Leyes Especiales, al 31/12/2015	21/09/2016	228,026	-	228,026

Fuente: Gerencia Financiera

c.1 En setiembre de 2013 se suscribió un convenio por monto de ¢2,352 millones. Dichos adeudos fueron cancelados mediante la dación de pago de un terreno propiedad del Estado, ubicado en Barranca Puntarenas, de conformidad con resolución del Ministerio de Hacienda N°0913-13 de fecha 11/12/2013.

c.2 En el mes de setiembre de 2015 se suscribió un Convenio con el Ministerio de Hacienda por la suma de ¢25,098.69 millones, cancelados en efectivo en la misma fecha de suscripción.

c.3 Asimismo, en fecha 21 de abril de 2016 se suscribió el “*Convenio de pago de adeudos por concepto del aseguramiento del Código de la Niñez y la Adolescencia y Leyes Especiales entre el Ministerio de Hacienda y la Caja Costarricense de Seguro Social, al 31 de diciembre de 2015*”, por un total de ¢228,025.87 millones, los cuales se estarían cancelando mediante los desembolsos provenientes del Contrato de Préstamo N°8593-CR gestionado ante el Banco Mundial y aprobado por la Asamblea Legislativa el 25 de agosto de 2016. Este convenio representa un paso significativo para las finanzas institucionales por las siguientes razones:

- Corresponde al Convenio de mayor cuantía suscrito en la última década, por un total de ¢228,025.87 millones, lo cual representa cerca de un 30% del costo estimado del Portafolio de proyectos de inversión en infraestructura y tecnologías 2017-2021 o bien poco más de un año de inversión institucional.

- Incorpora conceptos no cancelados desde el 2008, por parte del Ministerio de Hacienda como el aseguramiento de poblaciones protegidas por el Código de la Niñez y la Adolescencia (cuyo origen data de 1998).
- Contempla el pago semestral de intereses con recursos del Ministerio de Hacienda con el fin de evitar la acumulación de deuda.
- Al cierre del 2017 se había percibido la suma de ¢20,595 millones por intereses de este convenio, además de ¢58,293.9 millones (equivalentes a US\$105 millones) por concepto del primer desembolso de fecha 23 de enero de 2017, para un total de ¢78,888.76 millones.
- Incorpora el cumplimiento de indicadores de gestión contenidos dentro de un Programa por resultados, que tiene como propósito el fortalecimiento de la gestión del Seguro de Salud.

Los ingresos por recuperación de adeudos se han visto reactivados recientemente, (principalmente en el Seguro de Salud, que históricamente concentra las mayores obligaciones pendientes de pago), como resultado de los esfuerzos interinstitucionales llevados a cabo y que permitieron la suscripción de los convenios de pago señalados. No obstante, debe reconocerse que al no existir fuentes de financiamiento complementarias para obligaciones que corresponden a coberturas específicas, tales como Código de la Niñez y Leyes Especiales, los saldos pendientes mantienen una tendencia creciente.

Dicha situación, aunada a un panorama fiscal complejo que atraviesa el país, amerita la búsqueda conjunta con el Ministerio de Hacienda, de soluciones definitivas que necesariamente, involucren el diseño de nuevas fuentes de financiamiento.

4.5. Fortalecimiento de la gestión de riesgos excluidos

4.5.1. Herramienta informática de Facturación de Riesgos Excluidos MIFRE

En marzo del 2012 entró en funcionamiento la herramienta informática de Facturación de Riesgos Excluidos MIFRE, la cual tiene el objetivo de garantizar la facturación de los riesgos de trabajo y accidentes de tránsito, además de la estandarización del procedimiento que las unidades de validación utilizan. Contribuye con la sostenibilidad financiera mediante un mecanismo que procura un mayor control en la facturación, pagos y devoluciones que realiza el ente asegurador, traducido en una mejora en la gestión tanto de las unidades de validación como del área, proporcionando los insumos necesarios para medir resultados.

4.5.2. Desarrollo de la Política Integral de Riesgos Excluidos y Coberturas Especiales

Para el 2014, la Dirección de Coberturas Especiales con el apoyo de sus unidades adscritas logró concluir y oficializar la Política Integral de Riesgos Excluidos y Coberturas Especiales, esta política fue aprobada por la Junta Directiva en el artículo 7° de la sesión N° 8728, celebrada el 7 de agosto de 2014.

Dicha política tiene como principal objetivo fortalecer los procesos de atención a la población no cubierta por los seguros, cuya administración le ha sido constitucionalmente conferida a la Caja, ello a través del desarrollo de una estrategia global para brindar atención y recuperar en forma íntegra y oportuna la totalidad de los costos en los que se hubiere incurrido.

Para el desarrollo de esta política, la Dirección de Coberturas Especiales fundamentó y seccionó este instrumento normativo en cinco pilares específicos, los cuales son:

- Política Específica: Regulación y Normalización.
- Política Específica: Recurso Humano.
- Política Específica: Sistema de información.
- Política Específica: Control y Evaluación.
- Política Específica: Divulgación y Comunicación

De manera que a través de un instrumento integral regulatorio se facilite el cumplimiento de la disposición constitucional, de recuperar las sumas que se hubieren erogado en la atención de pacientes que han estado cubiertos por los seguros sociales administrados por la Caja.

4.5.3. Aprobación del Reglamento de Riesgos Excluidos

La Junta Directiva, en el artículo 27° de la sesión N° 8806, celebrada el 22 de octubre del 2015, Acuerdo Primero, aprueba el Reglamento de Riesgos Excluidos de la CCSS, documento elaborado por el Área Gestión de Riesgos Excluidos, unidad adscrita a la Dirección de Coberturas Especiales.

El reglamento regula lo concerniente a la forma en la que la Caja cobra y presta servicios a personas lesionadas que han sufrido siniestros, cuyo riesgo se encuentra excluido de las coberturas que ofrecen los seguros administrados por la Caja. Además, comprende lo relativo a las negociaciones que se desarrollen con las entidades autorizadas para la comercialización de las pólizas que cubren dichos riesgos, a efecto de definir los aspectos operativos de dicha prestación.

La normativa técnica y legal dispuesta en el Reglamento de Riesgos Excluidos, traerá consigo una mejora en la gestión que realizan las Unidades de Validación y Facturación de Servicios

Médicos, así como mayor eficiencia y eficacia en la identificación y cobro de las atenciones brindadas.

4.5.4. Gestión de Recuperación de costos por atenciones de Riesgos Excluidos

La gestión realizada por el Área Gestión de Riesgos Excluidos durante los años 2012-2018, ha generado un mayor y mejor control de la facturación, pagos y devoluciones que realiza el Instituto Nacional de Seguros (INS), por concepto de servicios médicos brindados a pacientes cubiertos por los seguros obligatorios de vehículos y riesgos del trabajo.

En la tabla N° 12, se puede observar la evolución en la recaudación de las sumas cobradas al INS del año 2012 a enero 2018:

Tabla 12. Evolución de los montos Recaudados por Atenciones a Paciente cubiertos por SOA y SRT, 2012-2018 -cifras en millones de colones-

Año	Monto facturado	Monto Recuperado	% Recuperado
2012	13,810.00	51,594.00	373.60%
2013	18,179.00	11,382.00	62.61%
2014	21,618.00	12,017.00	55.59%
2015	26,229.00	15,100.00	57.57%
2016	30,515.00	17,098.00	56.03%
2017	39,059.00	20,552.00	52.62%
2018¹	3,830.00	1,078.00	28.15%

Fuente: Gerencia Financiera. Dirección de Coberturas Especiales, Registro de Facturación por Servicios Médicos, Módulo MIFRE.

Nota: 1/ Dato correspondiente a enero 2018.

Tabla 13. Riesgos Excluidos: Cantidad de Casos Identificados, 2012-2018

Año	Riesgos del Trabajo	Accidentes Tránsito
2012	26,204	11,540
2013	38,173	19,150
2014	37,829	21,764
2015	39,270	25,629
2016	43,987	31,748
2017	65,453	43,987
2018	15,675	11,383
Totales	266,591	165,201

Fuente: Gerencia Financiera. Dirección de Coberturas Especiales.

4.6. Sistema de Facturación y Elaboración de Normas y Procedimientos de Facturación de Servicios Médicos a Pacientes No asegurados con Capacidad de Pago

Bajo la conducción de la Dirección de Coberturas Especiales y con el apoyo de las Direcciones Financiero Contable, Cobros, Proyección de Servicios Médicos y de Tecnologías e Información, durante el año 2013 se trabajó intensamente en el desarrollo de dos productos esenciales en materia de pacientes No Asegurados, a saber:

- Elaboración del “Manual de Normas y Procedimientos de la Facturación y Cobro de los servicios médicos a No Asegurados con capacidad de pago”, aprobado el 31 de octubre del 2016.
- Desarrollo de un Módulo informático similar al MIFRE, para la sistematización, ordenamiento y estandarización de los procesos de facturación y control de los servicios médicos prestados a pacientes No Asegurados con capacidad de pago. Puesto en producción en noviembre del 2016.

Como parte de los beneficios obtenidos con la implementación de estos dos proyectos están el fortalecimiento de la cobertura contributiva, mejoramiento en la recuperación de los recursos económicos, sensibilización a la población no asegurada en la obligatoriedad del aseguramiento, agilización y ordenamiento del trámite comprobación de derechos y facturación de los servicios médicos, normalización y estandarización de los procesos de comprobación de derechos y facturación de los servicios médicos, información veraz para la toma de decisiones, así como capacitación del recurso humano en materia de aseguramiento, facturación y cobro.

4.7. Equiparación gradual de la Base Mínima Contributiva (BMC)

Como parte de las estrategias para procurar una relación equilibrada y razonable, entre las aportaciones a los seguros administrados por la Institución y las prestaciones brindadas, bajo el principio de solidaridad que rige dicho seguro, se establece un piso de contribución denominado Base Mínima Contributiva, la cual se aplica para las modalidades de aseguramiento contributivo y para las coberturas con cargo al Estado tales como protección a población indigente, Código de la Niñez y la Adolescencia, Leyes Especiales y Centros Penales.

Este piso contributivo se determina como porcentaje del Salario Mínimo Legal para Trabajadores no Calificados, de conformidad con la lista oficial de salarios publicada periódicamente por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y con la programación aprobada por la Junta Directiva, en artículo 26 de la Sesión 8682 del 28 de noviembre del 2013, con base en la cual la Base Mínima se incrementa gradualmente cada año, hasta llegar al 100% del Salario Mínimo Legal, en octubre de 2019.

Según se muestra en la siguiente tabla, la Base Mínima Contributiva ha venido ajustándose desde un 56% del Salario Mínimo hasta un 85,90% en el que se encuentra al cierre del presente informe.

Tabla 14. Equiparación de la Base Mínima Contributiva, 2012-2018

Aprobación de Junta Directiva	% de equiparación	Salario Mínimo Legal	Base Mínima Contributiva
Art. 41 Sesión 8603 del 04/10/2012	56.00%	235,288	131,760
Art. 26 de Sesión 8602 del 28/11/2013	57.70%	266,943	154,026
Art. 14 Sesión 8740 del 25/09/2014	64.75%	278,208	180,140
Art. 17 Sesión 8802 del 24/09/2015	71.80%	286,468	205,684
Art. 22 Sesión 8865 del 29/09/2016	78.85%	289,829	228,530
Art. 6 Sesión 8931 del 12/10/2017	85.90%	300,256	257,920

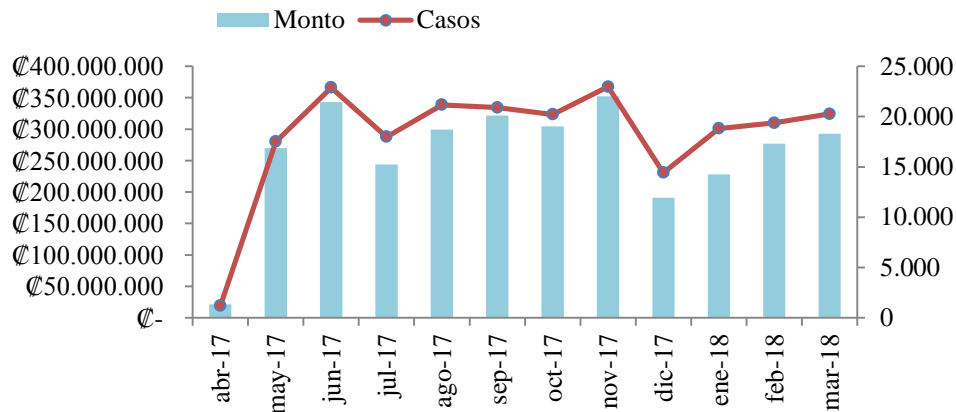
Fuente: Acuerdos de Junta Directiva

En línea con lo anterior, durante el periodo analizado, la Base Mínima Contributiva pasó de ¢131,760 en el 2012 a ¢257,920 (siendo que este último considera la fijación de salarios mínimos dispuesta a partir de enero de 2018, según Decreto N° 40743-MTSS), monto que se mantiene vigente al cierre del presente informe, con lo cual el piso contributivo se ha logrado equiparar a un 85.90% respecto del Salario Mínimo Legal.

4.8. Avances en la simplificación de trámites: pago de viáticos por transferencias

La Circular GF-1196-2017 emitida el pasado 06 de abril de 2017, establece que la modalidad de pago de viáticos por transferencia es obligatoria a partir del 15 de mayo de 2017. Seguidamente se muestran las estadísticas:

Gráfico 15. Pago de viáticos por transferencia, abril 2017 – marzo 2018



Fuente: Gerencia Financiera. Dirección Financiero Contable

De este modo, diariamente se cancelan en promedio 860 casos por un monto de 12.4 millones de colones, lo que a nivel mensual corresponde a 18 mil casos por un monto de ₡260 millones.

Debe recordarse que el trámite habitual consistía en el traslado físico del beneficiario a una unidad pagadora para realizar el trámite. De este modo, si se estima 15 minutos de tiempo de traslado promedio, más 5 minutos en el proceso de pago (paga ambos funcionarios), se tiene un total de 1192 días/trabajador de ahorro, que al salario promedio por trabajador representa un ahorro de ₡53.8 millones de colones en tiempo laboral por mes.

Debe destacarse como beneficios adicionales que en muchas sucursales y centros de pago debe obtenerse el dinero en efectivo mediante el traslado físico del numerario, lo que representa un grave riesgo para la integridad del personal.

Adicionalmente, en muchas regiones se realizaba el traslado físico de los funcionarios a las unidades de pago en vehículos institucionales, lo que incrementa el ahorro generado con la medida.

4.9. Suscripción de un fideicomiso para desarrollar nuevas obras de infraestructura

Con la finalidad de agilizar el desarrollo de infraestructura requerida para la prestación de servicios institucionales, a través de mecanismos alternativos a los tradicionalmente utilizados, la Gerencia Financiera propuso a la Junta Directiva la realización de un fideicomiso de obra pública para la construcción de 30 Sedes de Áreas de Salud, 22 edificaciones para Sucursales Financieras y Direcciones Regionales de Sucursales y el Centro de Almacenamiento y Distribución de la CCSS.

En el artículo 13°, de la sesión 8860 del 25 de agosto de 2016, dicho órgano colegiado aprobó el Portafolio de Proyectos señalado e instruyó a la Gerencia Financiera, realizar el análisis de los Bancos Estatales o Instituciones Públicas, autorizados para la estructuración y administración de dicha figura.

Congruente con lo instruido, la Gerencia Financiera mediante oficio GF-54287-2016 del 01 de setiembre de 2016, cursó una invitación denominada “Evaluación de los Bancos Estatales e Instituciones Públicas autorizadas, para que estructuren y administren un fideicomiso de desarrollo de obra pública, que permita ejecutar el Programa de mejoramiento de los servicios, infraestructura y equipamiento de los centros de salud, logísticos y financieros de la CCSS”, cuyos factores determinantes para la selección fueron los requisitos de admisibilidad, experiencia basada en logros, capacidad instalada y precios cotizados por cada oferente.

Con vista en las ofertas de las entidades y vinculados a los análisis técnico, la Junta Directiva, en la sesión 8873, celebrada el 7 de noviembre de 2016, tomó el acuerdo de:

“ACUERDO SEGUNDO: instruir a la Gerencia Financiera y a la Dirección Jurídica para que, con el apoyo de las restantes Gerencias, inicien el proceso de formalización de la Contratación Directa con el Banco de Costa Rica, bajo la modalidad de excepción según el inciso e) del artículo 2 y el artículo 3 de la Ley de Contratación Administrativa (LCA), así como el artículo 130 del Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa (RLCA), de modo que en un término no mayor a 45 (cuarenta y cinco) días se presente, ante esta Junta Directiva, la propuesta de contrato del Fideicomiso de Desarrollo de Obra Pública, que tendrá como Fiduciario al Banco de Costa Rica, a fin de que se remita a la Contraloría General de la República, para su respectivo refrendo.”

En acatamiento a lo instruido, se procedió a iniciar el proceso de formalización de la Contratación Directa con el Banco de Costa Rica, bajo la modalidad de excepción según la normativa señalada y se realizó una estrategia de abordaje constituida por una serie de instancias preclusivas, con participación interdisciplinaria de representantes de la Gerencia Médica, Gerencia de Infraestructura y Tecnología, Gerencia Financiera y Dirección Jurídica, logrando el instrumento contractual que contó con el aval de la instancia Jurídica Institucional.

La Junta Directiva en la Sesión de N° 8900 el 20 de abril del 2017, aprobó la suscripción del instrumento contractual del Fideicomiso de Obra Pública y la Presidencia Ejecutiva mediante oficio PE.13353-2017, solicitó el refrendo ante la Contraloría General de la República. Como resultado del análisis del ente contralor, se realizaron las aclaraciones respectivas, aprobadas por la Presidencia Ejecutiva y dos adendas que fueron avaladas por la Dirección Jurídica.

En mayo del 2017 se suscribió el Fideicomiso de Obra Pública con el Banco de Costa Rica y mediante oficio N°12590 (DCA-2580), de fecha 25 de octubre del 2017, la Contraloría General de la República emitió el refrendo sin condicionamientos, por lo que el contrato fue avalado desde el punto de vista legal.

Una vez que se contó con el refrendo al contrato de Fideicomiso Inmobiliario CCSS/BCR, la Junta Directiva, en el punto 3 del artículo 13° de la sesión N° 8938, del 13 de noviembre del 2017, designa como Gerencia responsable y coordinadora de la etapa de implementación a la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, para que sea dicha estructura organizacional quien se encargue del cumplimiento del contrato y sus adendas.

Por lo anterior, la participación de la Gerencia Financiera concluye y se tiene por cumplidos todos los acuerdos de Junta Directiva vinculados al tema con la obtención del refrendo del contrato Inmobiliario CCSS/BCR.

4.10. Fortalecimiento de Beneficio Pensión Complementaria

a) Estado de las reservas del FRE

Al 31 de diciembre del 2017, el valor del portafolio de inversiones del FRE asciende a la suma de ¢196,768 millones. En tabla siguiente, se muestran las tasas de rendimientos nominales de las inversiones. La tasa promedio de rendimiento anual nominal de las inversiones, al mes de diciembre de 2017 8,03 %. Por otro lado, considerando el índice de precios al consumidor interanual al mes diciembre 2017 proporcionado por el Banco Central de Costa Rica, se tendrá que el rendimiento real obtenido por las inversiones del Fondo durante el año equivale a una tasa del 5,32 %.

Tabla 15. Crecimiento Reservas FRE
En millones colones

Año	Monto Inversiones	Incram. Relativo	Tasa real retorno neta
2012	146.216	11.33%	4.96%
2013	158.971	8.72%	4.72%
2014	170.882	7.49%	3.35%
2015	181.729	6.35%	8.29%
2016	192.222	5.77%	6.84%
2017	196.768	2.36%	5.32%

Fuente: Gerencia Financiera. Dirección FRAP, elaboración propia con datos del FRE

b) Desempeño del Fondo

El Fondo de Retiro de Empleados de la CCSS (FRE) otorga beneficios en caso de invalidez, vejez y muerte, en función del número de años cotizados y también concede un beneficio en caso de separación. Al cierre del mes de diciembre del 2017 se registró un total de 53.793 trabajadores en la Institución, con un salario promedio de ¢1.058.717 para el caso de las mujeres y ¢1,123,762 para el caso de los hombres. Por otro lado, a la misma fecha había 15,874 pensionados en curso de pago con un monto promedio de pensión de ¢151,243 en el caso de beneficios por jubilación, ¢52,641 para los pensionados por invalidez, ¢37,435 en el riesgo de viudez y ¢23,513 para los pensionados por orfandad.

c) Beneficios otorgados

En el cuadro anterior podemos observar el incremento de la población de pensionados, así como los montos promedio de pensión de los últimos años, donde la cantidad de los pensionados han crecido a una tasa del 6,7% y los montos de estas pensiones a un 9,67%. Durante el año 2017, se otorgaron 941 nuevas pensiones.

Tabla 16. Cantidad Pensiones y Montos promedio por año

Año	Pensiones	Crecimiento	Monto promedio	Crecimiento
2012	11.751	8.8%	75.951	13.41%
2013	12.559	6.9%	86.804	14.29%
2014	13.297	5.9%	92.408	6.46%
2015	14.058	5.7%	100.250	8.49%
2016	14.945	6.3%	106.986	6.72%
2017	15.868	6.2%	113.291	5.89

Fuente: Elaboración propia con datos de la planilla del FRE

4.11. Gestión financiera del Fondo Ahorro y Préstamo Empleados CCSS

a) Número de trabajadores afiliados al FAP

El Fondo mantiene como miembros afiliados un total 17.631, lo cual representa aproximadamente un 32.7% de la población laboral activa de la Institución, esta cantidad de afiliados representa una disminución del 10.82% con respecto a la del periodo anterior.

b) Administración Financiera de los ahorros de los afiliados

Existe una gran confianza de los trabajadores afiliados al fondo que voluntariamente realizan de su salario ordinario un ahorro que va desde un mínimo del 5% de su salario hasta un 100%; todo lo anterior tomando en cuenta la normativa reglamentaria del fondo. Con el aporte voluntario del trabajador se crea y financia el fondo de ahorro y préstamo que se define a través del artículo 21 de la ley Constitutiva y de lo establecido por la Junta Administrativa del FRAP en el artículo 68, sesión N° 8516, celebrada el 07 de julio del 2011.

El ahorro voluntario que anualmente depositan en promedio los afiliados es de ¢4.548 millones, con una tasa de crecimiento promedio del 2.34% en los últimos periodos, lo cual es producto de la colectividad de todos los afiliados, generando las reservas respectivas para conformar carteras de crédito con interés fijos y diferenciados del mercado financiero. Los niveles de reservas y el ahorro adicional anual se pueden observar en el siguiente cuadro:

Tabla 17: Nivel de Reservas Ahorros FAP, 2010-2017
- Cifras en millones de colones -

Periodo	Monto	Variación absoluta	Variación %
2012	66,185	3,348	5.33%
2013	71,543	5,358	8.10%
2014	76,061	4,518	6.32%
2015	79,961	3,900	5.13%
2016	80,601	640	0.80%
2017	82,491	1,890	2,34%
Promedio		4,548	7.33%

Fuentes: Gerencia Financiera, Dirección FRAP, Estados Financieros FAP/ Diciembre cada periodo

c) Niveles de distribución de Dividendos entre los afiliados al fondo

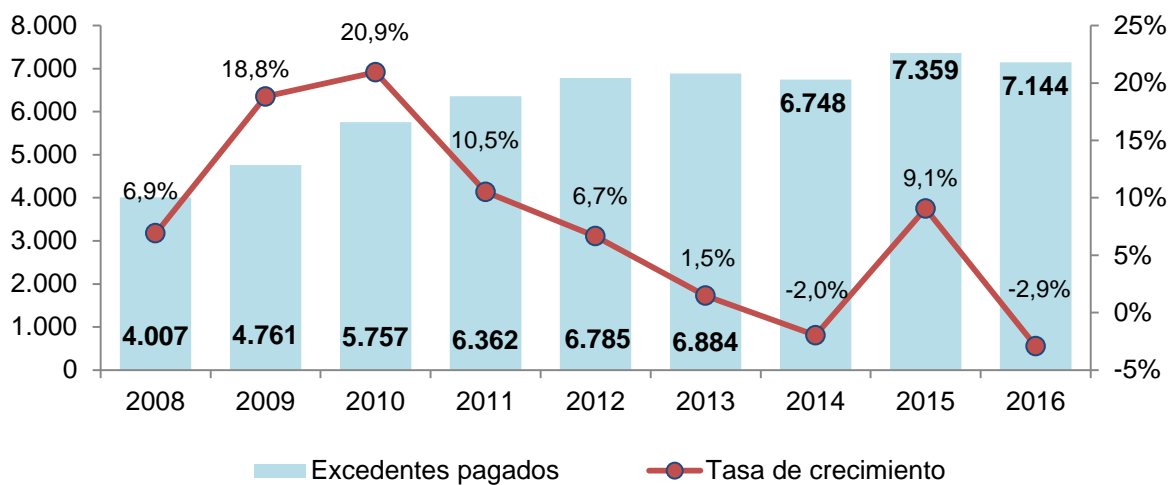
Con el afán de fortalecer el perfil de beneficios e incentivar la afiliación al Fondo, se distribuyen los excedentes anuales, generados de los intereses por las inversiones activas y pasivas de todas las operaciones financieras del Fondo Ahorro y Préstamo, dentro de estos cabe rescatar los intereses de que las líneas de crédito; gestión de inversiones a corto y media plazo, entre otras.

En el gráfico se muestra un decrecimiento en la distribución de dividendos respecto al 2015, esto responde a una readecuación de carteras crediticias en las cuales hubo una ampliación de los

plazos de deuda, provocando con esto un aumento en el acumulado de intereses por crédito pero que se diluye en un mayor plazo conforme se da la maduración de las carteras, además las condiciones dadas por el mercado financiero, el cual para el 2016 generó una tendencia de disminución en las tasas de interés de acuerdo con las condiciones macroeconómicas nacionales e internacionales.

Al finalizar el periodo 2017 el fondo de ahorro y préstamo mantiene un buen nivel de distribución de excedentes considerando que además durante el periodo 2016 se bajaron la tasa de interés de todas las carteras de crédito contribuyendo de esta forma con la liquidez del trabajador de la CCSS y brindando salud financiera y estabilidad económica.

Gráfico 16. Distribución de excedentes afiliados fondo, 2008-2017
- Cifras en miles de colones -



Fuente: Área Ahorro y Préstamo.

V. Estado de las iniciativas y proyectos estratégicos con impacto institucional

5.1. Extensión de la cobertura de grupos de difícil aseguramiento

5.1.1. Aseguramiento de población indígena recolectora de café

La principal característica de la actividad de recolección de café es que históricamente ha estado al margen de la seguridad social, lo que genera desprotección total frente al riesgo de la enfermedad e incapacidades, además el trabajo se realiza en familia, es una actividad que observa una elevada rotación y responde a la estacionalidad de la maduración del café. Los recolectores de café en una gran mayoría utilizan los servicios de salud sin contraprestación de pago, y además poseen particularidades, donde un elemento importante es la migración indocumentada y cerca del 19% son indígenas (lo que genera barreras culturales e idiomáticas).

En ese sentido, también se cuenta con la propuesta de “Reglamento para el aseguramiento contributivo de la población recolectora de café en el Seguro de Salud”, norma que contiene las disposiciones generales para que toda persona que se dedique a la recolección de café en territorio nacional, que no cuenten con alguna otra modalidad contributiva, (asalariado, trabajador independiente, asegurado voluntario y por el Estado), sean éstos costarricenses o extranjeros, sean incluidas como asegurados contributivos del Seguro de Salud. Así como, como la propuesta de Convenio entre la Caja, Icafe y Ministerio de Hacienda.

Después de la determinación de un texto consensuado entre la institución y el Icafe, se cuenta con la versión final del reglamento, cuyo paso siguiente es la aprobación de las instancias técnicas (criterio jurídico, actuarial y de simplificación de trámites), para que sea presentado a la Junta Directiva.

5.1.2. Extensión de la cobertura contributiva de las Microempresas CCSS-MEIC

En vista de que cerca de un 77% de los empleos informales de trabajadores asalariados se encuentran en las microempresas, que las encuestas evidencian que entre más pequeña sea la empresa menor es la cobertura contributiva, y si se toma en cuenta la cantidad de trabajadores promedio de las microempresas, su cobertura ronda el 47%; que esa brecha, no solo se observa en la cobertura de los seguros sociales, sino también en las demás garantías laborales; es que la institución ha diseñado también una estrategia para incentivar el aseguramiento de estas empresas, la cual consiste en la disminución de las cargas patronales correspondientes al Seguro de Salud

Por lo anterior, se cuenta con la propuesta de “Reglamento para la inscripción y aplicación escalonada de las cuotas patronales del Seguro de Salud para las empresas que se inscriban por primera vez y el aseguramiento de sus trabajadores”, que regula el beneficio de contribuir hasta un periodo de cuatro años con base en cuotas patronales escalonadas en el Seguro de Salud, para aquellos patronos, sean físicos o jurídicos, que se inscriben por primera vez ante la Caja con un máximo de diez trabajadores e inician actividades económicas de carácter permanente.

Después de la determinación de un texto consensuado entre la institución, el Ministerio de Economía, Industria y Comercio y el Ministerio de Agricultura y Ganadería, se cuenta con la versión final del reglamento, cuyo paso siguiente es la aprobación de las instancias técnicas (criterio jurídico, actuarial y de simplificación de trámites), para que sea presentado a la Junta Directiva.

5.2. Propuesta de una Política y Plan de Acción para la sostenibilidad del Seguro de Salud

Tras el alcance del equilibrio financiero del Seguro de Salud a partir del 2012 y la estabilidad mantenida en los periodos siguientes, la Institución bajo la conducción técnica de la Gerencia Financiera y el apoyo de las autoridades superiores, ha visualizado la necesidad de avanzar en el diseño e implementación de una Política dirigida al logro de la sostenibilidad financiera de dicho Seguro, la cual ha sido incorporada como meta del Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018.

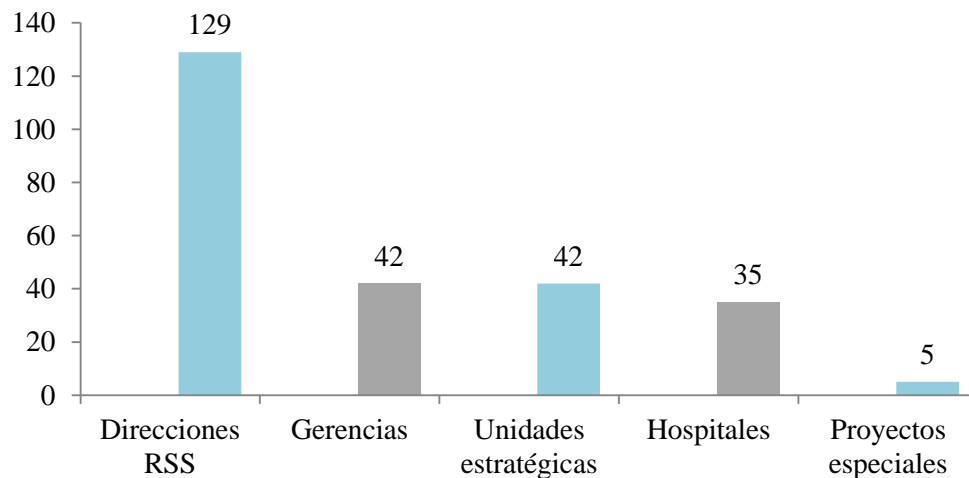
De conformidad con la propuesta presentada ante la Junta Directiva, en artículo 19 de la sesión N° 8919 del 03 de agosto de 2017, se acordó trasladar las iniciativas planteadas como un insumo al resto del cuerpo gerencial y Presidencia Ejecutiva, a fin de establecer conjuntamente, una Política y plan de acción, que involucre transversalmente las áreas del quehacer institucional y se dirija al fortalecimiento del Seguro de Salud, según se transcribe seguidamente.

“Dar por recibido el citado informe y trasladarlo a la Presidencia Ejecutiva y al cuerpo gerencial para que lo tomen como insumo y en un plazo de hasta un mes, preparen una propuesta no solo de Política o Plan, sino para que formulen una propuesta de acciones que contengan acciones y propuestas concretas para el fortalecimiento del Seguro de Salud”.

En línea con lo anterior, y de forma participativa con el resto de gerencias, Direcciones Regionales y autoridades de los centros prestadores de servicios de salud de todo el país, entre otros, la Gerencia Financiera ha ido conformando una hoja de ruta con las principales acciones y estrategias que contribuirán al avance hacia la sostenibilidad del Seguro de Salud, en el mediano y largo plazo, bajo un enfoque dirigido a que los habitantes del país sean más saludables, a través de la prestación de mejores servicios a un costo menor.

Para efectos de lograr dicho propósito, se realizaron sesiones de trabajo con personal clave de la Institución, así como Talleres de Política de Sostenibilidad Financiera en el periodo comprendido entre los meses de setiembre de 2017 y enero de 2018 con los jerarcas y personal experto de las diferentes Gerencias y sus Direcciones de Sede, Direcciones Regionales de Servicios de Salud, Hospitales y Áreas de Salud, unidades estratégica (tales como la Dirección de Planificación, Dirección Actuarial y Económica, Auditoría Interna y Proyectos Especiales, según se observa en el gráfico siguiente.

Gráfico 17. Política de Sostenibilidad del Seguro de Salud
Participantes de talleres y sesiones de trabajo



Fuente: Gerencia Financiera

Estos talleres y sesiones tuvieron como objetivos: profundizar en el concepto de Sostenibilidad del Seguro de Salud, identificar factores que inciden en su consecución, valorar medidas propuestas, así como obtener una realimentación desde las diferentes ópticas del quehacer institucional para identificar propuestas prioritarias que permitieran robustecer la política y sus iniciativas, en cada uno de sus componentes principales, destacando entre otros el tema de eficiencia en el uso de los recursos y las buenas prácticas de gestión.

Para mantener informado del proceso de avance de la formulación de la presente política las autoridades institucionales, este despacho expuso las acciones realizadas sobre el plan y el abordaje de trabajo a implementar, al Consejo de Presidencia y Gerentes, en sesiones realizadas en el mes de noviembre de 2017 y febrero del 2018.

Adicionalmente y como complemento a la visión interna proporcionada por los talleres y sesiones de trabajo, los días 19 y 20 de marzo de 2018, se llevó a cabo el Foro de Sostenibilidad del Seguro de Salud: **“El reto de toda una nación”**, el cual tuvo como finalidad ampliar el ámbito de discusión a otras esferas relacionadas con el ámbito de los sistemas de salud, tanto a

nivel local como internacional. El Foro contó con un promedio de 170 participantes destacados en puestos claves de la Institución, quienes durante las jornadas señaladas y mediante las presentaciones magistrales, conversatorio y secciones de preguntas y respuestas fueron parte del análisis de cinco grandes temas, a saber: a) Costa Rica y los retos de los sistemas de salud, b) tendencias del mercado laboral y sus implicaciones en la seguridad social, c) el Sistema de Salud de Cataluña y lecciones aprendidas, d) Experiencias recientes en la extensión de la cobertura contributiva y e) Factores que inciden en la sostenibilidad de los sistemas de salud; tal como se muestra seguidamente.

**Tabla 18. Temas tratados en el Foro de Sostenibilidad del Seguro de Salud
“El reto de toda una nación”**

Temas	Organización	Expositores
Costa Rica y los retos de los sistemas de salud	Proyecto de Estado de la Nación Organización Panamericana de la Salud Director de la Escuela de Salud Pública UCR	Licda. Natalia Morales Aguilar Dr. Camilo de Cid Pedraza Dr. Mauricio Vargas Fuentes,
Tendencias del mercado laboral y sus implicaciones en la seguridad social	Organización Internacional del Trabajo (OIT) Ministerio de Trabajo y Seguridad Social Unión Costarricense de Camaras y Asociaciones del Sector Empresarial Privado Unión Nacional de Empleados de la Caja y de la Seguridad Social	Dr. Helmut Schwarzer , Lic. Alfredo Hasbun Camacho, MSc. Miguel Schyfter Lepar , Sra. Martha Rodríguez González,
El sistema de salud de Cataluña y lecciones aprendidas en su gestión	Consortio de Salud y Seguridad Social de Cataluña	Dr. José Augusto García Navarro,
Experiencias recientes en la extensión de la cobertura contributiva	Instituto del Café de Costa Rica Asociación de Trabajadoras Domésticas	Lic. Ronald Peters Seevers, Sra. María del Carmen Cruz Martínez
Factores que inciden en la sostenibilidad de los sistemas de salud	Organización Panamericana de la Salud Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud Organización Internacional de Seguridad Social	Dr. Enrique Pérez Flores, Dr. Aurelio Mejía Mejía, Dr. Conrado Gómez Vélez,
Conversatorio: Ex-presidentes Ejecutivos de la CCSS y un tema	Caja Cosatrricense de Seguro Social	Dr. Álvaro Salas Chaves. Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal

Fuente: Gerencia Financiera.

El análisis desarrollado en foro se toma como un insumo importante para el planteamiento de los lineamientos, estrategias e indicadores de la Política y respectivo plan de acción, el cual se encuentra en proceso de consolidación para su presentación y análisis en el Consejo de Presidencia y Gerencias, siendo que se identifican temas prioritarios a abordar (algunos en proceso de implementación a nivel institucional y otros por implementar), tales como:

- Desarrollar instrumentos, sistemas y modelos analíticos y predictivos de la gestión de los recursos financieros y económicos del Seguro de Salud, incluyendo el fortalecimiento de la valuación actuarial de este seguro, el desarrollo de un modelo de costos y la conformación de un observatorio de indicadores de análisis con información relevante para la gestión.
- Habilitar a nivel institucional foros y mecanismos para la toma de decisiones en la gestión, eficiencia y sostenibilidad financiera y económica del Seguro de Salud, fortaleciendo las competencias de instancias tales como el Consejo Financiero y de

Control Presupuestario, integrando una unidad de inteligencia financiera y propiciando el uso de la evaluación de tecnologías en salud como herramienta de apoyo en la toma de decisiones.

- c) Continuar con las iniciativas para la extensión del aseguramiento en grupos de difícil cobertura, promoviendo el aseguramiento de trabajadoras domésticas bajo los mecanismos establecidos y diseñar modalidades innovadoras para otros grupos tales como los recolectores de café y microempresarios.
- d) Impulsar propuestas para el fortalecimiento de los ingresos del Seguro de Salud a través de su diversificación e incremento, tales como las relativas a creación de impuestos específicos a alimentos y bebidas con alto contenido calórico, entre otros.
- e) Mejorar la asignación de los recursos mediante acciones dirigidas a la gestión para resultados, facilitando la vinculación de la planificación con el presupuesto e introduciendo elementos prospectivos en la asignación presupuestaria.
- f) Aumentar la eficiencia de la gestión institucional y prestaciones en salud, mediante iniciativas tales como la aplicación de Cirugías Mayores Ambulatorias, disminución de brechas en el Primer y Segundo Nivel de Atención; así como mejorar la gestión del recurso humano mediante formas de contratación por resultados, fomento de la competencia y el aprovechamiento de economías de escala en los procesos de adquisición de bienes y servicios, entre otros.
- g) Promover el autocuidado de la salud, mediante la generación de alianzas con otras entidades del sector salud y de otros sectores, dirigidas al establecimiento de sinergias para el logro de un mayor impacto en el objetivo común del desarrollo de ambientes saludables y la promoción de personas saludables.
- h) Fortalecer las estrategias y canales de comunicación con el usuario de los servicios institucionales a fin de sensibilizar a la población sobre los beneficios del Seguro de Salud, la importancia del aseguramiento, el buen uso y costo de las prestaciones recibidas (factura fantasma), entre otros.

Dentro de las fases subsiguientes al desarrollo de la Política y Plan de acción, se encuentran la priorización de acciones y el establecimiento de plazos y responsables de los mismos, con el fin de consolidar el Plan de Trabajo que acompañaría los lineamientos señalados.

5.3. La asignación de recursos y su vinculación con la planificación, orientada a resultados en la prestación de los servicios de salud de la CCSS

La Institución para el 2018, dispone de un presupuesto de ¢3,798,632 millones y para el Seguro de Salud, representa ¢2,452,659 millones que corresponde a un 65% del total del presupuesto, los cuales se distribuyen en más de 300 unidades ejecutoras, este aspecto genera un reto de cara a un cambio de paradigma y en la forma tradicional de asignación de recursos (básicamente sobre un histórico), así como una mejor vinculación con las metas y objetivos propuestos en los diferentes niveles organizacionales, que consideren la situación de salud de las personas, promuevan la eficiencia, la rendición de cuentas y un mayor control de los recursos públicos.

Al respecto, la Junta Directiva, la Contraloría General de la República y la Auditoría Interna han planteado la necesidad de introducir cambios para el fortalecimiento en la planificación y el presupuesto institucional, considerando la funcionalidad y características propias del Seguro de Salud. Sin duda alguna, estos cambios deben ser graduales y apoyados en modelos de madurez que permitan el desarrollo y perfeccionamiento de la planificación y la asignación de recursos, propiciando los mecanismos y herramientas necesarios para mejorar la eficiencia, evaluar los resultados en torno al impacto en la prestación brindada, el fomento de la transparencia y la rendición de cuentas, conforme se fortalezcan estos procesos, se tendrá un mayor impacto en los servicios brindados a los usuarios y en la contribución de la sostenibilidad del Seguro de Salud.

Por otra parte, se han introducido mejoras en el “Plan Estratégico Institucional”, que en la actualidad hacen viable que se optimicen procesos, como por ejemplo la creación de una “Agenda de Fortalecimiento”, la cual es un esfuerzo institucional que apoya una serie de proyectos de alta importancia e impacto con un presupuesto definido, el reto es obtener resultados óptimos y modificar paulatinamente la forma de trabajo, sobre este particular la Dirección de Planificación Institucional, se encuentra elaborando una propuesta para el fortalecimiento de la gestión de programas y proyectos.

Adicionalmente, el 3 de agosto del 2017 se expuso a esa Junta Directiva, en el artículo 19 de la sesión N.º 8919, los principales ejes para el avance hacia el logro de la sostenibilidad del Seguro de Salud, a saber; 1) Implementación de buenas prácticas en la gestión, 2) Rediseño del modelo de financiamiento, 3) Asignación de recursos e inversiones estratégicas y 4) la eficiencia de la gestión de los servicios; en dicha sesión, acordó ese órgano colegiado que se debía preparar una propuesta de Política-plan y las acciones concretas para el fortalecimiento de este seguro.

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

5.3.1. Integración del proceso de Planificación y Presupuesto

Es el proceso presupuestario en donde los decisores claves consideran en forma sistemática los objetivos previstos, los resultados alcanzados por los programas y las políticas públicas a lo largo de todo el ciclo presupuestario. El objetivo es lograr una mayor integración entre la planificación y el presupuesto, así como mayor coordinación entre los distintos gestores que intervienen en este proceso, el alineamiento entre los diversos planes de acción y la adopción de un enfoque a resultados de mayor valor público, en correspondencia con los recursos disponibles. De igual forma se espera lograr mayor trazabilidad entre las metas y los recursos utilizados, medir los resultados de la gestión a través de indicadores estratégicos, concretos y viables, fomentar la cultura de rendición de cuentas, asociar la asignación de los recursos al cumplimiento de resultados e identificar las responsabilidades de los gestores.

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

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

A su vez, para la formulación del Plan – Presupuesto del periodo 2018-2019, se incorporó a la “Matriz de justificaciones de presupuesto” la vinculación con los objetivos de los Planes Tácticos Operativos Gerenciales, esto con el propósito de integrar en forma paulatina elementos para un mayor alineamiento entre los planes, importante destacar que el equipo técnico realizó una prueba de campo de “Gestión para resultados de la CCSS” en la región Huetar Atlántica.

Para lograr las transformaciones en el proceso histórico institucional de planificación y presupuestación, así como la introducción de cambios graduales para avanzar hacia la Gestión para Resultados, se conformó un equipo de trabajo con funcionarios de la Dirección de Planificación Institucional, la Dirección de Presupuesto y la Gerencia Financiera, el cual en forma conjunta desarrollaron un análisis de los principales ejes y líneas de acción que se plasmaron en el cronograma de trabajo(adjunto), que incluye responsables y las fechas para su cumplimiento.

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

Es una herramienta de programación físico – financiera de mediano plazo, que permite distribuir los recursos presupuestarios que se prevén recaudar en un período de 3 a 5 años, con sujeción al plan estratégico institucional. Tiene por objetivos facilitar el seguimiento y el cumplimiento de los programas y proyectos, incentivar la práctica de pensamiento estratégico y posibilitar el logro de los programas y proyectos de maduración plurianual.

Al respecto, se conformó un equipo de trabajo bajo la coordinación de la Gerencia Financiera con el apoyo de las instancias técnicas pertinentes, para que se establezcan las acciones a desarrollar en la conceptualización, diseño e implementación. En la actualidad se trabaja en la preparación de los términos de referencia para la contratación de un proyecto de implementación gradual de presupuesto plurianual en la CCSS.

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

La propuesta procura acercar los recursos que se asignan para que una persona reciba la atención de los servicios de salud requeridos durante un período de tiempo determinado. Estos mecanismos, utilizan información actual sobre la necesidad de asistencia de los servicios de salud a la población objetivo, para así mejorar la capacidad institucional en materia de gestión financiera y presupuestaria, a través de la introducción de dos metodologías de asignación de recursos:

- a) Los recursos para el primer nivel de atención se asignarán con base en una fórmula capitada ajustada por riesgo; los ajustes de riesgo se harán en forma paulatina y progresiva, iniciando con ajustes por sexo y edad y conforme se disponga de información se introducirán otras variables socioeconómicas y epidemiológicas.
- b) En el caso de la atención hospitalaria, los recursos se asignarán según los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD), el cual es un sistema de clasificación de pacientes que agrupa los egresos hospitalarios basándose en criterios de similitud clínica e iso-consumo de recursos.

Para ambas iniciativas se conformó un equipo de trabajo bajo la coordinación de la Gerencia Financiera con el apoyo de las instancias técnicas pertinentes, para que se establezcan las acciones a desarrollar en la conceptualización, diseño e implementación y se está realizando un estudio de mercado con el fin de conocer la oferta, costo y requerimientos técnicos, para la preparación de los términos de referencia en una futura contratación.

5.4. Indicadores para la sostenibilidad financiera ligados al Contrato de Préstamo N°8593-CR

Como parte de las acciones dirigidas a robustecer la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud, la Junta Directiva en artículo 4 de la Sesión N°8838 del 18 de noviembre de 2016, dio por recibida la versión final del documento denominado “*Programa por Resultados: Fortalecimiento del Seguro Universal de Costa Rica*”, el cual tiene por objetivo fundamental el mejoramiento de la oportunidad y calidad de la atención y el incremento de la eficiencia institucional.

El Programa por resultados señalado, se enfoca en tres áreas prioritarias: a) reorganización del modelo de salud, b) fortalecimiento de la gestión institucional y c) optimización de la gestión financiera, en torno a las que se establecieron, entre otros, los siguientes indicadores de gestión²:

Ilustración 4. Indicadores del Programa por resultados



Fuente: Programa por resultados: Fortalecimiento del Seguro Universal de Salud en Costa Rica, enero del 2016.

El cumplimiento de estos indicadores se relaciona directamente a los desembolsos del Contrato de Préstamo N° 8593-CR entre la República de Costa Rica y el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (Banco Mundial), por US\$ 420 millones, aprobado por la Asamblea Legislativa y publicado en el Diario Oficial La Gaceta Alcance N°201J del 28 de setiembre de 2016; cuyo objetivo es financiar el Programa señalado, a la vez que se constituye en el mecanismo utilizado por el Estado, para honrar las obligaciones con el Seguro de Salud establecidas en el “*Convenio de pago adeudos por concepto del aseguramiento del Código de la Niñez y la Adolescencia y Leyes Especiales entre el Ministerio de Hacienda y la Caja*

² Ratificados por la Junta Directiva en Sesión N°8838, artículo cuatro, acuerdo segundo, según oficio N° 65.950 el 18 de noviembre de 2016.

Costarricense de Seguro Social al 31 de diciembre de 2015”, suscrito entre ambas entidades en el mes de abril de 2016.

De los siete indicadores que componen el Programa por Resultados, corresponde a la Gerencia Financiera el desarrollo del IDP número 7 denominado “*Creación y ejecución de un plan integral a mediano y largo plazo para garantizar la sostenibilidad financiera de la CCSS*”, el cual se compone de tres hitos a saber:

- a) **Hito 1. Plan Maestro Decenal de Inversiones aprobado por la Junta Directiva de la CCSS:** el plan priorizará infraestructura clave (obras civiles), equipo médico e inversiones en sistemas informáticos digitales, todo con la finalidad de garantizar la sostenibilidad financiera y a la vez cumplir con las leyes y normas nacionales que permitan asegurar la sostenibilidad financiera y ambiental y las inversiones. El plan debe contemplar las actividades recomendadas por los resultados de las Evaluación de los Sistemas Ambientales y Sociales (ESSA). Se desembolsarán US\$ 20M cuando la Junta Directiva apruebe el plan decenal y su ejecución.
- b) **Hito 2. Valuación actuarial del Seguro de Salud:** corresponde a un estudio basado en los métodos y técnicas actuariales diseñadas para establecer la sostenibilidad del seguro de salud a corto, mediano y largo plazo, tomando en cuenta el conjunto total de beneficios económicos y de salud brindados a la población asegurada, utilizando hipótesis alternas sobre el impacto generado por fenómenos como la transición demográfica, la transición epidemiológica, las innovaciones, los costos de las tecnologías médicas y los cambios en el nivel y fuentes de financiamiento, entre otros factores. El estudio deberá contener un capítulo de recomendaciones con acciones concretas y medidas para alcanzar la sostenibilidad financiera del seguro. Se desembolsarán US\$ 20 millones cuando la Junta Directiva apruebe el informe de valuación actuarial y sus resultados se hayan dado a conocer.
- c) **Hito 3. Presupuesto anual formulado en función de herramientas prospectivas:** se ejecutará el presupuesto anual teniendo las capitaciones con ajustes de riesgos para las redes integradas de la atención primaria y secundaria de salud, mientras que los GDR se utilizarán para hospitales terciarios y especializados. Para las redes de atención primaria y secundaria, el presupuesto se ejecutará utilizando como rubros las capitaciones con ajustes de riesgos desglosado por sexo, edad y morbilidad. Hará “ejercicios de parámetros de referencia” para comparar la productividad hospitalaria de aquellos presupuestos de hospitales terciarios y demás hospitales especializados que utilizan los GDR. Se desembolsarán US\$ 20M cuando la Junta Directiva y la CGR hayan aprobado un presupuesto anual formulado en función de herramientas prospectivas.

Para el cumplimiento de los hitos señalados, la Gerencia Financiera conformó equipos de trabajo interdisciplinarios y definió estrategias de abordaje, que han venido siendo desarrolladas, según se describe seguidamente.

**Tabla 19. Seguimiento de hitos correspondientes al IDP 7
a cargo de la Gerencia Financiera**

Hito	Programación de cumplimiento	Porcentaje de avance ^{1/}
1. Plan Maestro Decenal de Inversiones	Diciembre de 2018	40%
2. Valuación Actuarial del Seguro de Salud	Abril de 2019	40%
3. Presupuesto Anual formulado en función de herramientas prospectivas	Diciembre de 2021	25%

Fuente: Gerencia Financiera

Nota: 1/ Al primer trimestre de 2018.

En relación con el hito 1 de Plan Decenal de Inversiones, al primer trimestre de 2018 se logró completar la definición de los criterios de priorización relacionados a los siguientes conceptos: a) áreas de salud y EBAIS, b) equipamiento médico e industrial, c) infraestructura hospitalaria, d) infraestructura administrativa, e) mejoras en la gestión y f) criterios ambientales; los cuales servirán de base para el análisis de las iniciativas de inversión a incluir en el portafolio de proyectos, con base en la metodología previamente diseñada y aprobada por la Junta Directiva. Se prevé en el corto plazo, un ajuste en la programación de trabajo, a fin de reorganizar las actividades a realizar y los porcentajes de avance, sin detrimento del plazo de cumplimiento.

Respecto del hito 2 “Valuación Actuarial del Seguro de Salud”, se ha efectuado la definición de los términos de referencia a utilizarse en la futura suscripción de un convenio de cooperación que tendría como finalidad, la elaboración del estudio técnico indicado, bajo las especificaciones establecidas, por parte de una entidad externa con amplia trayectoria en la materia.

Sobre el hito 3 de Presupuesto formulado en función de herramientas prospectivas, se tiene que con base en el estudio de mercado realizado a diciembre 2017 se elaboró una propuesta de cartel para la contratación del apoyo técnico y experto que ayuden a la consecución del proyecto como tal, el cual se encuentra en la fase de revisión final para propósitos de iniciar la licitación.

Aunado a lo anterior, en el primer trimestre del 2018 se realizaron varias sesiones de trabajo con el Consorcio de Salud y Social de Cataluña (CSC), sobre la experiencia de la región Cataluña de transitar de un presupuesto tradicional hacia una asignación capitada ajustada por riesgo en el primer nivel de atención y los grupos relacionados con el diagnóstico a nivel hospitalario. En

dicha actividad participaron funcionarios de la Dirección de Presupuesto, la Dirección Actuarial y Económica, del Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud, Dirección de Planificación Institucional y de la Gerencia Financiera. Es importante destacar que el CSC dispone de amplia experiencia en el desarrollo e implementación de mecanismos de asignación de recursos públicos que combinan elementos prospectivos y retrospectivos.

En síntesis, los tres hitos que conforman el indicador número 7, muestran avances importantes en su ejecución y se proyecta el cumplimiento de los mismos, según la programación establecida.

5.5. Plan de Innovación para la mejora de la gestión administrativa, financiera y logística, basado en soluciones tecnológicas

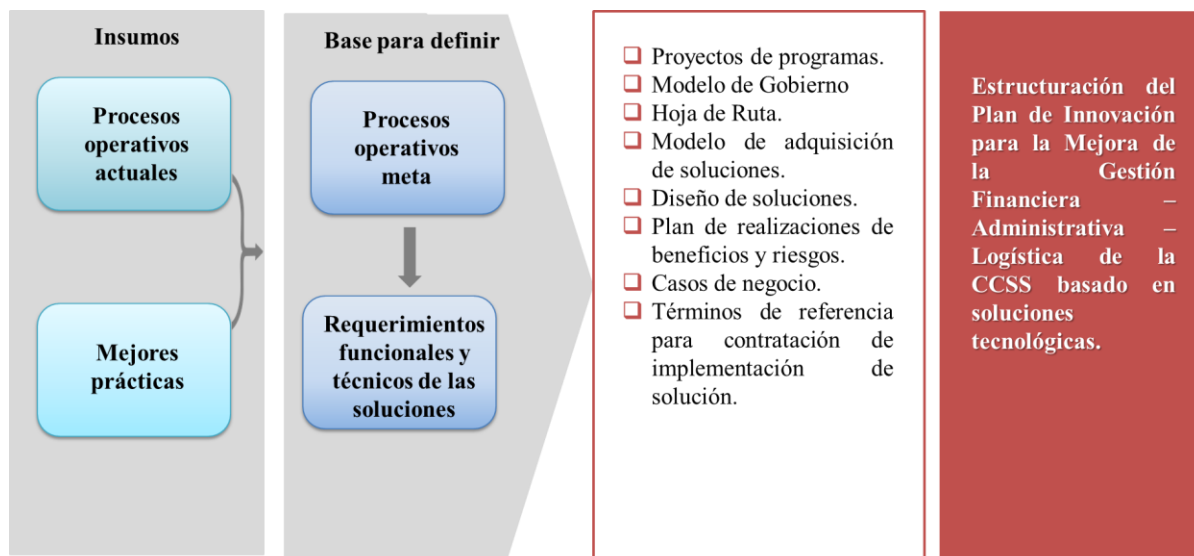
La Gerencia Financiera ha impulsado un plan para mejorar la gestión institucional, bajo un enfoque centrado en el usuario, mediante la implementación de tres componentes específicos: i) Enterprise Resource Planning (Sistema Integrado tipo ERP) para las áreas financiera, administrativa y logística; ii) modernización del Sistema Centralizado de Recaudación y iii) plataforma de multicanalidad orientada a mejorar el servicio a los usuarios finales. Dicho Plan fue aprobado por la Junta Directiva, en el artículo 20 de la sesión N° 8754, del 4 de diciembre del 2014.

Durante el año 2015, se inició con la contratación de la firma consultora de clase mundial para lo cual se estableció mediante la Licitación Abreviada 2015LA-000029-5101, quedando adjudicada a la firma Price Waterhouse Coopers-PWC. La Fase Cero del Plan de Innovación inició en el mes de febrero del 2016 con la contratación de la firma PriceWaterhouseCoopers-PWC. A través de la intervención de 20 equipos de trabajo de la CCSS, en los que participaron de forma activa 140 funcionarios de diferentes Gerencias, Direcciones, Áreas y Subáreas, expertos en los procesos financieros, administrativos y logísticos y 20 consultores de vasta experiencia, de la firma Price WaterhouseCoopers (PWC), se estructuraron las soluciones tecnológicas para llevar a cabo la transformación de los procesos institucionales.

La firma consultora entregó 14 productos, dentro de los cuales se tuvieron el Plan del Proyecto, Definición y ejecución de un Plan de Gestión de Cambio, definición de los procesos operativos deseados, cuyo diseño se alcanzó con base en el análisis de los procesos operativos actuales y el estudio de mejores prácticas, lo que permitió de manera conjunta entre funcionarios expertos de la CCSS y consultores de PWC, identificar los requerimientos funcionales para reducir la brecha entre ambas situaciones.

El detalle del entregable de Procesos y los otros productos a entregar en el Plan de Innovación, se presentan en el siguiente esquema.

Ilustración 5. Estructuración del Plan de Innovación - Fase Cero



Fuente: Plan de Innovación para Mejora de la Gestión.

Para el cumplimiento del Análisis de Procesos los equipos de la CCSS y el personal consultor de PWC, efectuaron más de 300 sesiones de trabajo, en las cuales se identificaron alcances, se efectuaron capacitaciones, se trabajó en la descripción, el análisis y la diagramación de los procesos actuales (financieros, administrativos y logísticos), y la definición de los procesos operativos deseados, ejercicio que culminó con la entrega por parte de PWC, del informe de dicho producto. Otro de los productos alcanzados durante el 2016, fue la Definición de los requerimientos, es decir el planteamiento de aquellos elementos que se requieren a nivel de la operativa funcional de los procesos, para cerrar la brecha.

En el caso de la modernización del SICERE, el proceso meta automatizado ha sido visionado como el Ciclo de Aseguramiento, que abarca integralmente los procesos “desde la Afiliación hasta el Retiro”. Se propusieron mejoras en temas como la atención al usuario, de manera que la “experiencia del cliente” sea homogénea para los diferentes servicios que se le brindan, lo cual permitirá contar con una vista integral del usuario, y facilitará que la interacción con los procesos a través de diferentes canales físicos y digitales. Este enfoque relaciona también de manera muy directa la automatización de este ciclo con las capacidades y servicios que ofrezca la Plataforma Multicanal, que se integra como elemento clave de esta visión.

Durante el segundo semestre del 2016, se trabajó en el análisis de casos de negocio, cuyas actividades permitieron identificar, con base en los requerimientos institucionales, la oferta y disponibilidad del mercado para atender las necesidades planteadas. Asimismo, el “Diseño de

Soluciones” y el “Modelo de Adquisición”, fueron parte de los productos entregados por la firma, con los cuales permitió identificar la razonabilidad de efectuar la inversión, la valoración de la secuencia y el momento correcto de implementar las soluciones, el documentar los principales beneficios esperados, el identificar los recursos necesarios, así como definir, la estrategia de implementación.

Para el año 2017, de acuerdo con lo planificado, el proceso de trabajo de la Fase Cero “Diseño e Implementación del Plan de Innovación” culminó de forma exitosa y se presentaron los resultados ante Junta Directiva, acordándose, en el artículo 25° de la sesión N° 8901 del 27 de abril del año 2017 lo siguiente:

“ACUERDO SEGUNDO: Instruir a la Gerencia Financiera y a la Dirección del Plan de Innovación para que, con la colaboración de las restantes Gerencias y dependencias técnicas competentes, continúen con la ejecución de las actividades y acciones en los diversos ámbitos, que permitan la implementación efectiva de las soluciones definidas en el Plan de Innovación”.

A partir de la instrucción referida, se realizaron una serie de actividades, llegándose a realizar una Audiencia Previa, donde se desarrolló en un marco de transparencia e igualdad entre todos los interesados / participantes, las aclaraciones de dudas con respecto al proceso de contratación para implementar la solución del ERP.

La contratación de la implementación de las soluciones tecnológicas (elaboración del cartel, publicación y adjudicación) – se coordinó conjuntamente con la Dirección de Aprovisionamiento Institucional. Actualmente se dispone de los términos de referencia, el análisis del mercado y los estudios de factibilidad. El cartel de la Licitación Pública 2018LN-000008-5101 para: Adquisición e implementación de Una Solución Integral Tipo ERP de Clase Mundial para la Caja Costarricense de Seguro Social, fue publicado en La Gaceta N°50 de fecha 16 de marzo de 2018.

5.6. Redefinición Conceptual de la Protección Familiar

En relación con el proceso relacionado con Beneficio Familiar, la Gerencia Financiera dentro de todo un proceso de reordenamiento del Modelo Financiero de Aseguramiento, ha conformado un equipo de trabajo para el abordaje integral este tema, sentando las bases que funde la realización de cambios importantes en aspectos, regulatorios, organizacionales, normativos, operativos y de soluciones tecnológicas, con un enfoque centrado en el usuario.

En este proceso se ha gestado la participación de todos los actores involucrados, principalmente los del nivel local y regional. Asimismo, la adición a la reforma Reglamentaria de la emisión de un Reglamento de Protección Familiar, supone una visión más amplia del componente operativo,

cuyo insumo primario proviene del ejercicio de socialización que se despliegue con los niveles locales y regionales; así como, las unidades técnicas del nivel central.

Se estableció una línea de tiempo para el desarrollo y la implementación de la “Reforma para brindar la Protección Familiar”, cuyo último componente está programado a corto plazo, según el siguiente detalle:

- **Aprobación del Reglamento de Protección Familiar y Reforma de Reglamento del Seguro Salud, así como la aprobación del Manual de Protección Familiar:** para lo cual se requiere de la construcción y validación con los niveles locales; así como los criterios técnicos por parte de: el Programa de Simplificación de Trámites y Mejora Regulatoria, Dirección Jurídica, Dirección Actuarial, Dirección de Calificación de la Invalidez, Gerencia Médica, Gerencia Financiera, entre otras unidades involucradas.
- **Ajustes Manual de Organización y otros temas relacionados con competencias y responsables del proceso de Protección Familiar:** para esta actividad se requiere la coordinación con la Dirección de Desarrollo Organizacional, a fin de establecer de manera formal las responsabilidades y las competencias dentro del proceso.
- **Implementación del Sistema de Aseguramiento en Salud:** se requiere el desarrollo de la solución tecnológica que permita la consolidación de distintas bases de datos, así como el análisis de la posible obligación contributiva de los solicitantes de la protección.
- **Plan educación, comunicaciones y divulgación en las unidades locales y regionales:** Proceso de capacitación de las unidades locales, regionales y centrales, así como la divulgación, en coordinación con la Dirección de Comunicación Organizacional, de la propuesta de Protección Familiar a nivel institucional.

5.7. Propuesta de reforma del Reglamento de la Afiliación para Trabajadores Independientes y Asegurados Voluntarios que permita una simplificación en los trámites y la gestión del aseguramiento de estos grupos.

La Junta Directiva en el artículo 6 de la sesión N°8801, celebrada el 17 de septiembre de 2015 en relación con el tema de Trabajadores Independientes acordó:

“Solicitar a la Gerencia Financiera que presente una propuesta para la simplificación de la afiliación y desafiliación del trabajador independiente”

5.7.1. Abordaje para la actualización y simplificación el proceso de Aseguramiento

El estudio de los procesos existentes ha permitido elaborar propuestas orientadas a brindar una respuesta más oportuna a los administrados. Bajo esta consideración las propuestas de mejora contienen dos vertientes de abordaje: una que corresponde al campo de simplificación de trámites

y otra que comprende temas de fondo de mucha complejidad que pueden impactar directamente en la sostenibilidad y la evasión.

Hay un abordaje de ambas vertientes, que representan mejoras y que simplifican el proceso de Afiliación y Aseguramiento; pero las mismas deben conciliarse con otros enfoques tales como: perfiles de contribuyentes, escalas contributivas, cobertura de grupos con características especiales, reconocimiento de categorías contributivas que permita al trabajador adecuar sus obligaciones contributivas, y la eventual definición de tasas fijas para los asegurados voluntarios.

Congruente con lo expuesto se pretende enfocar la mejora por medio de cuatro ejes temáticos:

- Conceptualización de la figura del trabajador Independiente
- Aspectos normativos
- Procedimentales
- De escala contributiva.

5.7.2. Conceptualización de la figura del Trabajador Independiente

La población de trabajadores independientes constituye un grupo con características muy heterogéneas dentro de los que se ubican desde una persona que labora como un vendedor ambulante, hasta un profesional altamente calificado y posicionado en el mercado comercial de servicios. Además, la composición es sumamente variable de un país a otro dado que se ven influenciados por aspectos propios de las políticas económicas y de los principios que sobre Seguridad Social incorpora cada Estado.

Aspectos como la vulnerabilidad laboral, nivel académico, actividad económica la irregularidad de ingresos, la alta movilidad del mercado laboral, la capacidad de pago limitada, la alternabilidad entre empleos asalariados y no asalariados, entre trabajos formales e informales hacen difícil el garantizar la estabilidad de las aportaciones a la Seguridad Social. Los factores apuntados han motivado a que diversos países realicen acciones estratégicas tendientes al fortalecimiento de la extensión de la cobertura contributiva de los trabajadores independientes.

Congruente con lo anterior la definición que hasta el momento se ha manejaba Institucionalmente puede ser mejorada alcanzando la conceptualización del trabajador independiente a aquellas personas que desarrollan una actividad generadora de ingresos, a través de una persona jurídica

La incorporación del nuevo perfil implicara la reforma al artículo 10 del Reglamento del Seguro de Salud, capítulo II de las Definiciones terminológicas, así como el artículo primero del Reglamento de Trabajador Independiente.

a) De las mejoras Tecnológicas del proceso

Con vista en esta realidad, la Gerencia toma la decisión de adoptar las medidas necesarias para hacer un replanteamiento de la integralidad del proceso de afiliación del Trabajador independiente de manera que el interesado podrá realizar la afiliación vía web.

Para la población de Trabajadores Independientes, se proponen mejoras tecnológicas en los Sistemas de Información utilizados por el Servicio de Inspección, entre los que destacan:

- Implementación del módulo de consulta y afiliación al usuario vía Web.
- Creación de los módulos de afiliación so suspensión y traslado de AV a TI en SIGI.
- Autogestión electrónica vía Web, mediante la interacción entre los sistemas Autogestión Planilla en línea (APL), Sistema Integrado de la Gestión de Inspección (SIGI), Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE) y Sistema Integrado de Pensiones (SIP).
- Vincular los trámites presenciales de la población de TI en la Oficina Virtual, a través de servicios Web.
- Calificación de las solicitudes de aseguramiento de TI.

b) Cambio en la solicitud de aseguramiento del trabajador Independiente

Como parte de la trazabilidad del proceso el sistema de afiliación estará enlazado con otros sistemas Institucionales tales como el Expediente Digital Único en Salud(EDUS), Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE), Sistema Integrado de pensiones (SIP), y el Registro de Control y Pago de incapacidades (RCPI).

c) Se introduce y activa el uso de la figura de la autogestión vía web

La figura de autogestión se incorpora desde dos servicios uno de ingreso y salida del sistema, otro de actualización de ingresos, modificación de ingreso neto real, inclusión y modificación de la actividad generadora de ingresos.

La primera de ellas, la de ingreso y salida, se encuentra vinculada a la simplificación de requisitos, afiliación vía web y solicitud en línea formalizando la inscripción con la suscripción de documentos en las oficinas, con cita asignada, en caso de que no se cuente con la firma digital.

De igual forma, se introduce la salida del sistema vía web pero mediante la concurrencia de ciertos requisitos. La referida desafiliación podrá realizarla también vía web, debiendo llenar el formulario respectivo y la declaración jurada elaborada para tal fin.

El segundo servicio es el que habilita el que un trabajador independiente pueda hacer ajustes (aumento o disminuciones) en el ingreso neto de referencia reportado a la CCSS (los ingresos menos los gastos inherentes a la actividad), siempre y cuando la modificación sea superior a la base mínima contributiva (Categoría inferior).

d) Se introduce la figura de suspensión de mora sin desafiliación como TI

Está propuesta supone que los trabajadores independientes que han venido pagando puntualmente su cotización y se encuentren con una disminución de ingresos, o cambio de actividad cuyo

comienzo le haga incurrir en una disminución de ingresos y una condición de morosidad, por un periodo de 1 a 3 meses, pueda suscribir un convenio con la CCSS que le permita mantener el Aseguramiento sin condición de morosidad reactivando el pago en el mes siguiente a la misma y congelando dicha morosidad de 1, 2 o 3 meses, de manera que la pueda cancelar dentro de los 12 meses siguientes a su generación.

Lo anterior permite mantener vinculado al Trabajador Independiente como contribuyente al día, brindándole la oportunidad de estabilizarse en su actividad económica

e) Regla Automática para la prevención de morosidad del TI

Se propone el desarrollo de una Regla Automática que permita identificar aquellos trabajadores que presenten una condición de mora con la Seguridad Social, pero que a su vez, se encuentran incluidos como asalariado en alguna planilla.

A la población identificada, se le contactaría mediante mensajes de texto o correo electrónico, indicando que ambas modalidades de aseguramiento son complementarias pero que en caso de haber cesado su actividad como trabajador independiente se le insta a la suspensión del seguro, para que este no le provoque morosidad. Este requerimiento se encuentra en la fase de producción.

f) Unificación número de asegurado TI y AV

Que se dé la unificación del número de asegurado bajo el principio de simplificación, de manera que sea la misma estructura que realiza la unificación de los trabajadores asalariados (Dirección SICERE).

g) Propuesta de facturación instantánea de la primera factura

Realizar propuesta para que se permita realizar de forma instantánea la primera factura del TI.

h) De la modificación de la escala contributiva

- Propuesta para el tope en la categoría 5 de la Escala Contributiva de los Trabajadores Independientes.

La posibilidad debe ser concebida dentro del concepto de universalidad y solidaridad, por lo que una acción efectiva podrá ser el establecer un tope en la categoría 5 de la escala contributiva, manteniéndose siempre la escala contributiva ascendente desde la base mínima contributiva de doscientos cincuenta y siete mil novecientos veinte hasta el nivel 5 de ingreso que actualmente se fija en un millón ochocientos un mil quinientos treinta y seis colones.

- Propuesta para una escala reducida en la cotización de Trabajador Independiente, para los trabajadores independientes que ostentan simultáneamente la condición de asalariado.

De igual manera, se plantea la posibilidad de que los contribuyentes que se encuentran afiliados bajo dos modalidades a saber: el aseguramiento patronal y la afiliación como TI, puedan gozar del beneficio de la disminución de un cincuenta por ciento de cotización respecto al Seguro de Salud en su afiliación como TI, permaneciendo incólume el aseguramiento patronal.

5.7.3. Conceptualización de la figura del Asegurado Voluntario

a) Marco Regulatorio de la figura del Asegurado Voluntario

En lo que respecta al Asegurado Voluntario este corresponde a una población que no está obligada a cotizar y tiene la opción de asegurarse voluntariamente de acuerdo con la condición económica del solicitante; según el Reglamento de Seguro de Salud, se establece:

“Artículo N° 9 “Del aseguramiento voluntario (AV): Las personas no sujetas a la afiliación obligatoria, tienen el derecho de acogerse al régimen de Seguro Voluntario establecido en el Reglamento especial dictado al efecto. Si estas personas hicieren uso de la facultad de acogerse a este Seguro, se entiende que su aseguramiento adquiere el carácter de irrenunciable, convirtiéndose en obligatorio”.

b) Situación actual

La afiliación de asegurado voluntario se lleva a cabo en cada una de las Sucursales Administrativas de la Institución, se realiza de forma personal y según el lugar de residencia del interesado.

Al día de hoy para poder afiliarse como asegurado voluntario, la persona deberá presentar los requisitos establecidos en la especificación de trabajo del Sistema de Gestión de Calidad de la inspección E-GF-USIN-015.

c) Del trámite que actualmente se le da a la solicitud

La solicitud de afiliación del asegurado voluntario al día de hoy puede ser gestionada por el plataformita o inspector de la Sucursal correspondiente, los cuales procederán a cotejar la información suministrada por el interesado tanto en los requisitos como en la declaración jurada que brinda en el momento de la entrevista, determinando si procede el aseguramiento voluntario y el ingreso de referencia sobre el cual cotizará.

d) De las mejoras a introducir en la integralidad del proceso

Ante esta situación, se considera necesario extender las mejoras planteadas para la afiliación del trabajador Independiente a la modalidad de Aseguramiento Voluntario, de manera que el interesado podrá realizar la afiliación de forma digital, vía web. La fecha de ingreso al sistema será aquella a partir de la activación desde el Buró de Inspección y requiere el cambio o actualización en la solicitud de aseguramiento y de la declaración jurada a suscribir en procura de que los datos e información contenida en dichos instrumentos sea la pertinente y eficaz para la determinación del perfil del contribuyente, obligatoriedad y escala contributiva en la que se

ubicara. De igual manera se eliminarán los requisitos que se habían establecido por la instrucción del Sistema de Gestión de Calidad.

e) Cambio en la solicitud de aseguramiento AV

Se modifica el documento “Solicitud de Aseguramiento”. Se espera que el usuario lo pueda completar de una forma rápida y sencilla, permitiendo obtener información básica para su control del perfil y eventual seguimiento.

f) Cotejo de información del formulario

En un primer momento, al ingresar la solicitud de afiliación al Buró de Inspección se hará una verificación de la información contenida en los documentos suscritos o a suscribir por parte del usuario con el fin de constatar que se encuentre toda la información registrada y que sea congruente con la modalidad de aseguramiento. De contener la firma digital, procede el aseguramiento automático; en caso de no contar con la firma digital se asignará cita para el único fin de suscripción de documentos.

En segundo orden, tratándose de las afiliaciones como Asegurado Voluntario se verifica en el Buró, no sólo la información contenida, sino que se coteja contra información conexas en otros sistemas institucionales e información de otras Instituciones como Hacienda, Registro Civil, Registro Nacional. Se procederá a realizar el aseguramiento de acuerdo a la información consignada.

g) Se introduce y activa el uso de la figura de la autogestión vía web

La figura de autogestión se incorpora desde dos servicios uno de ingreso y salida del sistema, se encuentra vinculada a la simplificación de requisitos, afiliación vía web y solicitud en línea formalizando la inscripción con la suscripción de documentos en las oficinas, con cita asignada, en caso de que no se cuente con la firma digital.

La referida desafiliación podrá realizarla también vía web, debido a llenar el formulario respectivo y la declaración jurada elaborada para tal fin. Dicha solicitud será calificada a través del buró del Servicio de Inspección quien autorizará la exclusión.

h) Unificación número de asegurado TI y AV

Que se dé la unificación del número de asegurado bajo el principio de simplificación, de manera que sea la misma estructura que realiza la unificación de los trabajadores asalariados (Dirección SICERE).

i) Propuesta de Base fija de Contribución

Ante la dificultad para determinar un ingreso de referencia para el asegurado voluntario, se propone establecer una base fija de contribución, la cual permita definir un nivel de contribución equilibrado para los contribuyentes.

j) Ajustes de parámetros asegurado voluntario para la facturación

Que se simplifique y ordene el proceso de ajuste de parámetros, para que se integre dicha actividad a una única estructura organizacional. (Sistema Centralizado de Recaudación).

6.1 Conceptualización y aplicación del Índice de Evasión para el Trabajador Independiente:

Este indicador se elabora mediante el cruce de bases de datos facilitadas por los Colegios Profesionales del país. Además, se utiliza información de otras instituciones como el Tribunal Supremo de Elecciones, la compañía Nacional de Fuerza y Luz y la del SICERE (de la CCSS), para los análisis correspondientes.

La incorporación de este índice permitirá formular estrategias focalizadas de fiscalización maximizando el uso del recurso humano y reduciendo los incumplimientos por parte de los trabajadores independientes.

Además, el índice permite obtener la geolocalización de los profesionales agremiados, por medio de redes sociales, páginas web personales y otras fuentes de información externas. Sirve también de insumo para el mapeo de los resultados, los cuales se realizarán a escala micro (distrital y cantonal) y macro (dirección regional y sucursales).

5.8. Plan de Servicio

5.8.1. Descripción del plan

El Plan de Servicio denominado “sé parte y comparte” constituye uno de los proyectos incluidos en el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2016 – 2018, aprobado por la Junta Directiva en el artículo 22 de la Sesión N° 8818 del 1 de febrero del año 2016, cuya acción señala:

“Redefinición del portafolio de servicios financieros en las direcciones regionales de servicios financieros y en las sucursales/ Fortalecimiento del mantenimiento, alquiler y desarrollo de la infraestructura a nivel regional y local.”

El Plan de Servicio desarrolla iniciativas estandarizadas a nivel nacional enfocadas hacia la eficiencia, eficacia y calidad de los servicios ejecutados por las dependencias adscritas a la Gerencia Financiera, las cuales se integran en nueve ejes temáticos que enmarcan la línea base para la mejora del servicio y que se detallan seguidamente.

Ilustración 6. Ejes temáticos del Plan de Servicio



Fuente: Gerencia Financiera

- a) **Imagen e identificación:** busca posicionar ante la población, a las unidades de la Gerencia Financiera expertas en los servicios del campo financiero – administrativo (aseguramiento, facturación, recaudación, prestaciones económicas, cobro, asignación y administrador del efectivo e inversiones); mediante iniciativas tales como: sistematización de zonas de trabajo y documentación, bajo la metodología 5'S, identificación de áreas de mejora estructurales.
- b) **Calidez y buen trato:** este eje incorpora acciones para facilitar a los prestadores de servicios, los elementos prácticos para prodigar una atención cálida, de calidad, así como herramientas que contribuyan a mejorar la relación colaborador-población; entre las que destacan el desarrollo e implementación de un Protocolo de atención a la persona usuaria y la identificación del nombre del funcionario en aquellas estaciones de trabajo vinculados en las áreas de atención al público.
- c) **Simplificación y mejora regulatoria:** este eje contempla prácticas administrativas que agilizan trámites a la población, con el fin de que estos sean menos complejos y de fácil resolución. Para ello se programa la colocación de pizarras y/o pantallas informativas con contenido institucional, con el fin de brindar al usuario la orientación correcta del sitio e información actualizada sobre los trámites financieros.
- d) **Innovación:** corresponde a técnicas y buenas prácticas de la atención del servicio y la gestión administrativa que permiten la racionalización y simplificación de las actuaciones institucionales en pro de una administración ágil, con una cultura de orientación al servicio, transversal, eficiente, proactiva e innovadora. Para ello se impulsan medios de proyección de servicio al usuario, como por ejemplo video, quioscos informativos, asesorías con organizaciones, empresas, escuelas y comunidad sobre los servicios financieros, entre otros.
- e) **Medición permanente:** que la gestión se enfoque en el cliente es uno de los principios fundamentales de la gestión de la calidad. Así en la norma ISO 9001, se

establece específicamente que las organizaciones deben determinar los métodos correspondientes para obtener información acerca de la satisfacción de sus clientes.

- f) En esta línea se ha considerado oportuno diseñar e implementar un **buzón de sugerencias** denominado “Ayúdanos a mejorar”, el cual en forma sistematizada, permitirá conocer la valoración del cliente, gestionar la satisfacción y determinar las oportunidades de mejora o áreas de fortaleza en la prestación de los servicios financiero - administrativos. Otro producto a desarrollarse es la **evaluación de la satisfacción del servicio**, por medio de encuestas electrónicas.
- g) **Capacidad resolutive:** constituye el resultado de la atención del servicio, desde el momento en que el cliente tiene contacto con la institución hasta la conclusión de lo solicitado. El abordaje de este eje se realizaría mediante la implementación de: i) edecanes asignados cuando exista para mayor demanda del servicio para orientar al usuario que espera ser atendido, sobre el trámite a realizar y ii) un sistema automatizado denominado gestor de filas, para minimizar las colas en las sucursales o plataformas de servicios, ordenar las filas y obtener estadísticas para la toma de decisiones, entre otros.
- h) **Compromiso y trabajo de todos:** proyecta la sensibilización del valor del servicio hacia los colaboradores y jefaturas, por medio de **capacitaciones de habilidades blancas y técnicas** que permitan contribuir en el fortalecimiento del servicio. Por otra parte, la **generación de espacios a lo interno** que retroalimente la autoevaluación del servicio y cómo mejorarlo.
- i) **Desarrollo de habilidades compartidas y capacidad del servicio:** contempla el diseño un **programa de preformación** al funcionario que ingrese por primera vez a la institución o se traslade desde otra instancia, con el fin de reafirmar la pertenencia e identidad institucional, así como capacitarlo en sus nuevas funciones técnicas.
- j) Por otra parte, se incorpora un programa de capacitaciones para mantener actualizados los conocimientos técnicos del colaborador, con el fin de disponer expertos en la materia que asesoren y brinden un acompañamiento del trámite al usuario, así como fortalecer el quehacer de sus funciones.
- k) **Usuario interno:** Componente transversal de los ejes del Plan que permite potencializar la interacción, trabajo en equipo y alianzas estratégicas a lo interno de la institución. Entre las actividades a desarrollar se encuentran disponer de un directorio con **enlaces orientadores del servicio**, que permita coordinar entre dependencias de la CCSS la solicitud, para la atención y seguimiento en la unidad que corresponda.

5.8.2. Principales acciones emprendidas durante el 2017-2018

Como ruta de trabajo se han realizado diversas actividades constituidas por talleres para jefaturas, capacitación a enlaces de todas las Direcciones, construcción de un sitio colaborativo, visitas a Sucursales para diagnóstico, implementación de herramienta de las 5's a nivel Regional y local e

implementación del buzón “Ayúdanos a mejorar”: Como parte de la medición permanente del servicio.

Para su cumplimiento se visualiza un accionar continuo y congruente con los diferentes procesos sustantivos a cargo de las estructuras de la Gerencia por lo que se previó el período 2017-2020 para su ejecución

Por lo anterior, Plan de Servicio reporta como porcentaje de avance un estimado del 15.96% en la implementación de la ruta hacia la excelencia del servicio, cuyas actividades ejecutadas se focalizan en la sensibilización del proyecto durante los primeros meses de lanzamiento del Plan; un 4.96% en el ordenamiento de zonas de trabajo y documentación bajo la metodología 5'S, por otra parte corresponde a un 3% en la iniciativa del buzón de sugerencias denominado “Ayúdanos a mejorar” y en lo que respecta a las fachadas de las Sucursales presenta un avance de un 2%, toda vez que encuentra en la elaboración de la Guía protocolo.

5.9. Sistema de Gestión de la Calidad en la Gerencia Financiera y sus dependencias

5.9.1. Descripción del Sistema de gestión

La institución fundamenta la razón de ser en la prestación de los servicios de salud y de pensiones a la población; siendo la gestión financiera la apertura del proceso que integralmente contribuye a la cobertura del Seguro Social.

Consiente de la mejora y calidad en la prestación del servicio, la Gerencia Financiera desarrolla e implementa proyectos orientados a satisfacer las necesidades del cliente. Entre las estrategias se destacan: la Oficina virtual SICERE, el Plan de Servicio “Se parte y comparte” y la recién incorporación en el Plan Táctico Gerencial 2015 – 2018, vinculada con la acción estratégica 12d del Plan Estratégico Institucional 2015 - 2018, bajo un enfoque integral de transformación de procesos de cara al usuario de los servicios financieros.

Ante tal reto, se impulsa el proyecto denominado Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), cuya finalidad es emprender un conjunto de actividades coordinadas por medio de elementos que permiten lograr la calidad de los servicios financieros que se ofrecen al cliente en las Direcciones de Sede y Regionales adscritas a la Gerencia Financiera.

El objetivo del proyecto es “Mejorar la eficiencia, eficacia y calidad de los servicios de la Gerencia Financiera, de cara al ciudadano, mediante el diseño e implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad en todas sus Direcciones, con base en las normativas internacionales ISO”.

Para su desarrollo, se marca la ruta del diseño del proyecto, la cual involucra cuatro etapas a saber:

1. **Sensibilización:** Esta etapa conlleva una integración de todas las partes involucradas, en cada uno de los procesos financieros de la institución, para dar a conocer las bondades del proyecto, conceptualización básica y experiencias exitosas dentro de la Gerencia.

Para el logro de esta etapa se planifican las siguientes actividades:

- a. Taller Introductorio hacia un Sistema de Gestión de la Calidad: Impartido a cada estructura de las Direcciones.
 - b. Contratación de la capacitación: se planifica realizar una compra a un proveedor experto en tema de Sistemas de Gestión de la Calidad, con la finalidad de poder capacitar a funcionarios enlaces (Gestores de Direcciones) y jefaturas de las distintas estructuras.
 - c. Capacitación: Realizar las capacitaciones de acuerdo con la contratación ejecutada.
2. **Diagnóstico:** Consiste en una valoración de los procesos ejecutados en las distintas unidades de trabajo.
 - a. Definición de situación actual.
 - b. Identificación de necesidades.
 - c. Rediseño los procesos bajo el nuevo enfoque.
3. **Normalización:** Involucra la implementación de los procesos estandarizados, y para su desarrollo, se proyecta ejecutar las siguientes actividades:
 - a. Comunicación y Divulgación.
 - b. Implementación.
4. Evaluación y Mejora: Permite medir la efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad, así como tomar las medidas correctivas cuando se considere necesario.
 - a. Evaluación de la satisfacción al cliente.
 - b. Revisiones internas de la calidad.
 - c. Revisiones por la Gerencia.
 - d. Desempeño de los procesos e indicadores.

Al disponer del Sistema de Gestión de la Calidad, la Gerencias Financiera espera haber fortalecido los procesos con eficiencia, eficacia y calidad de los servicios de cara al usuario y así obtener los siguientes beneficios:

- a. Liderar trabajo – Estandarización.

- b. Aumento de competencias.
- c. Comunicación clara.
- d. Información precisa.
- e. Contar con herramientas.
- f. Evitar reprocesos.
- g. Maximizar tiempo.
- h. Disminución de errores.
- i. Registro de resultados para la toma de decisiones.

5.9.2. Avances presentados y acciones por realizar

a) Acciones Realizadas

A partir de marzo 2018, el equipo de trabajo se ha abocado en la etapa 1 denominada “Sensibilización”, cuyas actividades se orientan a dar a conocer la generalidad del SGC, los beneficios a la organización y el compromiso para su implementación. Para ello se llevó a cabo reuniones con los Directores de Sede y Regionales, así como talleres participativos con las jefaturas de las Sucursales correspondientes a las Regiones Brunca y Atlántica.

b) Acciones por Realizar:

- Finalizar la etapa 1, en cumplimiento con la programación de los talleres participativos del resto de las Regiones (Central, Norte, Chorotega y Sede) y el posible acompañamiento experto en materia de un Sistema de Gestión de la Calidad.
- Continuar con el desarrollo de las siguientes etapas señaladas en el apartado anterior.

5.10. Proyecto Cableado Estructurado Gerencia Financiera

En el año 2017 inició el Proyecto de Fortalecimiento de la Red de Datos y Comunicaciones de las unidades adscritas a la Gerencia Financiera ubicadas en la Direcciones Regionales. Este proyecto tiene por objetivo en primera instancia identificar las Sucursales de la CCSS que por razones tecnológicas requieren con mayor urgencia de una nueva red de datos local, para luego mediante un proceso de contratación de terceros instalar la infraestructura requerida.

Las sucursales consideradas para este proyecto son:

- Dirección Regional de Sucursales Brunca: Sucursal de Palmar Norte.
- Dirección Regional de Sucursales Huetar Norte: Sucursal los Chiles, Sucursal La Fortuna de San Carlos, Sucursal San Ramón, Sucursal Grecia, Dirección Regional de Sucursales Huetar Norte, Sucursal Naranjo.

- Dirección Regional Central de Sucursales: Sucursal Heredia, Sucursal San Joaquín, Sucursal Ciudad Colón, Sucursal de Turrialba, Sucursal de San Rafael de Heredia.
- Dirección Regional de Sucursales Chorotega: Dirección Regional de Sucursales.
- Chorotega, Sucursal Puntarenas, Sucursal Abangares, Sucursal Cañas, Sucursal Esparza, Sucursal Santa Cruz, Sucursal Tilarán, Sucursal Nuevo Arenal, Sucursal Upala, Sucursal Bagaces, Sucursal La Cruz, Sucursal 27 de abril.
- Dirección Regional de Sucursales Huetar Atlántica: Sucursal Batán, Sucursales Guápiles, Sucursal Río Frío, Sucursal Sixaola, Sucursal Puerto Viejo Sarapiquí, Sucursal Cariari, Sucursal Roxana, Sucursal Bribri, Sucursal El Carmen, Sucursal Guácimo, Sucursal de Siquirres, Sucursal la Perla.

La implementación de este proyecto va a permitir a las sucursales mayor capacidad de interconexión de los equipos con el entorno informático como sistemas locales e institucionales, recursos y demás servicios que son necesarios para la gestión diaria.

El proyecto se encuentra en la fase de implementación a cargo de la empresa Consorcio Corporación Font S.A y Diseños Tecnológicos DITEC DS y DC bajo la supervisión y coordinación del CGI de la Gerencia Financiera y los CGI Regionales de la Gerencia Financiera destacados en las Direcciones Regionales. Se estima la finalización del proyecto dentro de aproximadamente siete meses.

Como parte de lo planificado la recepción por etapas de las obras arrancaron en el mes de abril 2018, como referencia el jueves 12 de abril se visitó la Dirección Regional de Sucursales de Chorotega para recibir los trabajos realizados en esa unidad, en las próximas semanas se estima la finalización y entrega de las obras en algunas de las sucursales de esta misma Dirección Regional y la Dirección Regional de Sucursales Huetar Atlántica:

Importante manifestar que esta infraestructura cuenta con una vida útil de 25 años y es la base sobre la que operarán otros sistemas que están en proceso de estudio como lo son: Centrales Telefónicas IP, Circuito Cerrados de TV y Sistema de Gestión de Filas, además de mejorar el desempeño de todas las aplicaciones y servicios de internet y Correo donde los tiempos de respuesta son esenciales para otorgar un buen servicio a los asegurados.

5.11. Nuevo Modelo de Gestión de Pensiones

La Gerencia Financiera, como parte de su proceso de mejora continua y considerando que es la responsable de gestionar el 88% de las pensiones que se otorgan a nivel nacional, ha venido desarrollando un Modelo de Pensiones que responda a la creciente demanda que en los últimos años se ha venido presentando en el régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y en el Régimen No Contributivo, de forma que la prestación de los servicios se brinde oportuna y eficientemente.

Para elaborar el Modelo, se realizó el levantamiento del proceso actual, se identificaron las opciones de mejora, se hicieron visitas de campo y entrevistas, y se evaluaron indicadores como población adscrita, casos gestionados, casos pendientes y cantidad de recurso humano.

El Modelo tiene como objetivo “Fortalecer la prestación del servicio de pensiones en los niveles regional y local, mediante un Modelo que integre, sistematice la gestión de pensiones y garantice el máximo aprovechamiento de los recursos respondiendo con eficiencia, eficacia, oportunidad y calidad el servicio brindado a los usuarios”.

Asimismo, se desarrolla bajo los principios de gestión orientado a la satisfacción del usuario, especialización del recurso humano, respuesta oportuna basada en la demanda y la orientación a resultados comunes, por lo que, plantea una redistribución de las actividades del proceso de pensiones en Sucursales denominadas como Núcleo en las cuales se concentrarán las actividades duras del proceso y en Sucursales Plataforma, que serían las encargadas de la recepción y digitalización de la información.

Del mismo modo, establece la regionalización de los servicios de evaluación para la Calificación de la Invalidez, logrando así, que el usuario reduzca el desplazamiento hasta el nivel central y se impacte los tiempos de respuesta. Con respecto a los profesionales de Trabajo Social, se establece la funcionalidad de trabajo por áreas de adscripción y cargas de trabajo, es decir, que de una forma equitativa de trabajo se asignarán a los profesionales casos de la Sucursales adscritas y de otras que se encuentren en un radio cercano donde éste se destaca.

Finalmente, se ha planteado un plan de implementación del Modelo que abarca dos etapas, las cuales han sido priorizadas de acuerdo con los indicadores y necesidades inmediatas de las Regiones, para ello, se estableció un costeo integral de la propuesta que abarca la dotación de recurso humano, recursos materiales, equipo y mantenimiento, remodelaciones y alquileres en caso de requerirse.

El Modelo también responde a las observaciones realizadas por la Auditoría Interna en los Informes ATIC-060-2017 “Vigencia Funcional y tecnológica de los sistemas de información utilizados en la Gerencia de Pensiones”, AGO-137-2017 “Auditoría de carácter especial sobre evaluación integral en la sucursal de Cartago: Pensiones IVM, RNC, Fondo Rotatorio y Viáticos, “ASAAI-190-2016 “Estudio de carácter especial sobre la gestión en la Gerencia de Pensiones

respecto a la normalización del trámite para la atención de las solicitudes de pensión a nivel nacional, selección de personal y contratación administrativa” los cuales han emitido una serie de recomendaciones en relación con la atención de los casos pendientes del Régimen No Contributivo, la resolución de los Procedimientos Administrativos y los Procedimientos Administrativos con ocasión de adeudos patronales (artículo 44 Ley Constitutiva) denominadas “Sumarias”.

La propuesta del Modelo, ha sido socializada entre los Directores de Sucursales y se plantearon opciones de mejora desde la perspectiva de la gestión y necesidades de cada Región; asimismo, se adicionaron las observaciones realizadas por las Direcciones de la Gerencia de Pensiones inmersas en el proceso de la gestión de pensiones.

La propuesta del Modelo de Gestión de Pensiones fue remitida a la Gerencia de Pensiones el pasado 31 de enero del año en curso, a fin de que fuera agendado y presentado ante la Junta Directiva de la Institución.

VI. Referencia a la labor sustantiva de la Gerencia Financiera

La Gerencia Financiera se encuentra constituida bajo el artículo 15° de la Ley Constitutiva de la CCSS (Ley N° 17), que señala:

“La Junta Directiva, a propuesta del Presidente Ejecutivo, designará tres gerentes de División: uno administrativo, uno médico y otro financiero, quienes tendrán a su cargo la administración en sus respectivos campos de competencia, la cual será determinada por la Junta Directiva”

En el Estudio Organizacional Integral de la Gerencia División Financiera, 2007 se conceptualiza a dicha instancia como:

“(...) será la responsable del proceso de planificación, de la regulación, la normativa técnica, el control y la evaluación en su ámbito de competencia, con la finalidad de contribuir a la sostenibilidad financiera de los seguros que administra la Institución.

Es la instancia responsable de garantizar la recaudación y la disponibilidad oportuna de los recursos financieros para la administración efectiva de los seguros de salud y de pensiones. Realiza los controles y registros contables que reflejan la situación financiera de la organización.

Establece los mecanismos para la asignación, el aprovechamiento y el uso eficiente de los recursos, determina los costos de las prestaciones y la disponibilidad de los ingresos.”

Para atender en forma efectiva dicha función, la Gerencia desarrolla cuatro grandes macroprocesos de gestión financiera³, a saber: aseguramiento contributivo, recaudación y cobro, administración del efectivo, así como la asignación y determinación de lineamientos para la optimización de los recursos económicos institucionales, de aproximadamente 307 unidades ejecutoras de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Actualmente, la Gerencia Financiera dispone de una estructura organizacional compuesta por: 7 Direcciones de Sede ubicadas en el nivel central y 5 Direcciones Regionales de Sucursales (Central, Huetar Norte, Huetar Atlántica, Brunca y Chorotega), a las que se encuentran adscritas 75 Sucursales y 3 agencias, a lo largo del territorio nacional.

En las distintas estructuras de la Gerencia Financiera se cuenta con un total de 1,894 funcionarios quienes, mediante el desempeño de las funciones correspondientes, brindan los servicios

³ Aprobado mediante oficio GF-13.968 del 25 de abril del 2013.

financieros a la población nacional y contribuyen de esta manera, a la aplicación del direccionamiento y la conducción estratégica, para el cumplimiento de los objetivos y metas establecidas.

El presupuesto institucional formulado⁴ para el 2018 corresponde a un total de ¢3,798,632 millones, distribuidos de la siguiente forma: Seguro de Salud ¢2,452,659.4 millones, Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte ¢1,190,040.3 millones y Régimen No Contributivo de Pensiones ¢155,932.3 millones.

⁴ Presupuesto 2018 aprobado por la Contraloría General de la República mediante oficio 16407 (DFOE-SOC-1470) y Junta Directiva en el artículo 8° de la sesión 8927.

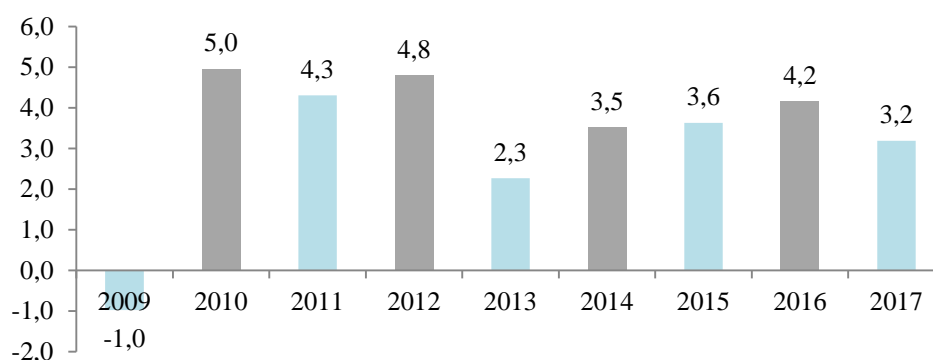
VII. Cambios habidos en el entorno durante el periodo de gestión

7.1. Comportamiento de principales variables macroeconómicas

a. Evolución de la producción nacional

En el 2010-2017, la producción medida a través de la tasa de variación anual del Producto Interno Bruto (PIB), no logró alcanzar el crecimiento registrado antes de la crisis financiera internacional, donde se observaba un crecimiento promedio de 6.7% (años 2006, 2007 y 2008), para los últimos ocho años el promedio de la tasa de variación anual del Producto Interno Bruto rondó los 3.9%, tal como se muestra en el gráfico siguiente, donde el año 2013 fue el que registró la menor tasa de 2.3%.

Gráfico 18. Producto Interno Bruto a precios de mercado
Tasa de variación anual, 2009-2017



Fuente: Gerencia Financiera, elaboración propia con datos del Banco Central de Costa Rica, periodo 2009-2017. Datos en años de referencia 2012.

Debe reconocerse que, aunque menor, el crecimiento económico se ha mantenido relativamente estable y con tasas positivas; no obstante, el mismo no se ha traducido efectivamente en la creación de empleo, ni en la disminución del empleo informal, puesto que los indicadores de desempleo e informalidad se mantienen estancados, tal como se describe a continuación.

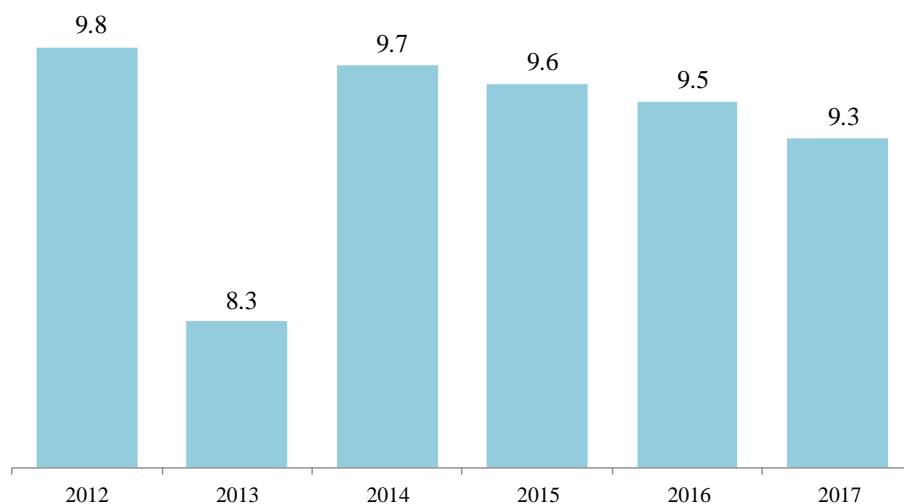
b. Evolución del desempleo

La estructura y dinámica del mercado laboral sigue mostrando enormes debilidades en cuanto a la generación de oportunidades de trabajo. Nuevas evidencias señalan que el análisis de la estructura productiva según la matriz insumo-producto 2012 (MIP 2012) muestra un escenario de modesta generación de empleo en el mediano plazo. Las tendencias demográficas tienen un fuerte impacto en la menor incorporación de nuevas personas a la fuerza de trabajo y las condiciones del mismo mercado desalientan la participación de los grupos de población en edad

productiva (se contraen las tasas de participación laboral y crece el número de personas inactivas).

El problema es complejo, por sus implicaciones económicas y sociales. Independientemente de los indicadores que se utilicen para su medición, es un hecho que el mercado laboral costarricense viene arrastrando dificultades para absorber la población en edad de trabajar. Si bien en los años 2016-2017 se registró una mejora en la generación de puestos de trabajo, esta no fue suficiente para regresar a los bajos niveles de desempleo que prevalecían en las décadas previas a la crisis de 2008-2009. Esta mejoría, sucedió en un escenario de mayor crecimiento del empleo informal.

Gráfico 19: Tasa de desempleo abierta. 2012-2017, IV trimestre



Fuente. INEC.

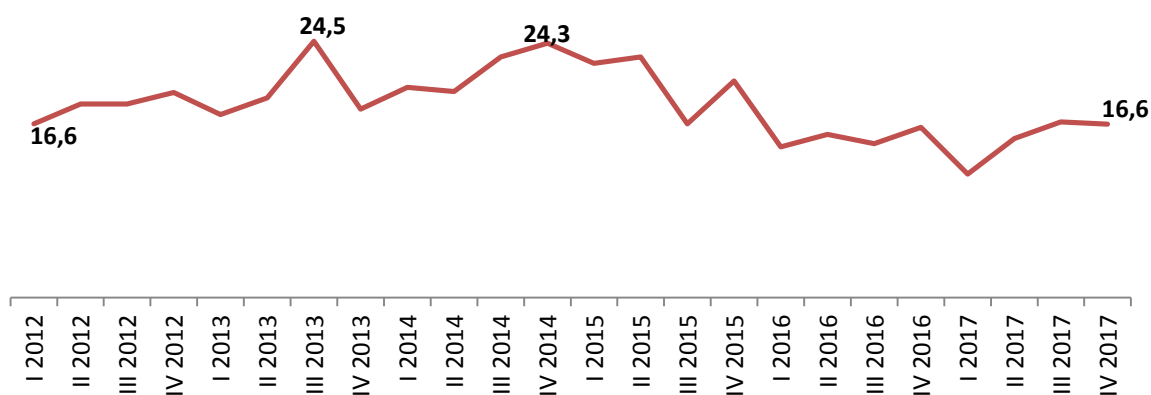
Así, en 2016, los ocupados informales aumentaron un 8% y los no calificados un 4%. Al problema del alto desempleo que vive el país se suma el hecho de que las oportunidades laborales generadas no propician la inclusión social. Ello se refleja en el elevado número de subempleados, es decir, las personas que desean y están disponibles para trabajar más horas, independientemente del tiempo efectivamente laborado (INEC, 2016).

La evolución del desempleo por zona geográfica en los últimos cinco años presenta cambios que vale la pena destacar. Hasta el 2013 el desempleo era mayor en la zona rural que en la urbana. Sin embargo, a partir de ese año los patrones de comportamiento cambian, en el sentido de que el desempleo rural continuó bajando, pero el urbano creció.

c. Sub-empleo

La Encuesta Continua de Empleo (ECE) define los ocupados como las personas que trabajaron en la producción de bienes y servicios por lo menos una hora en la semana de referencia. Identifica los subempleados como la población ocupada que trabaja menos de cuarenta horas por semana, insuficiencia de horas), que desea trabajar más y que está disponible para trabajar más horas de lo que su ocupación actual le permite. El Gráfico 3 muestra un repunte de este grupo respecto de los ocupados, para los últimos trimestres.

Gráfico 20. Porcentaje de la población ocupada con subempleo, 2012-2017



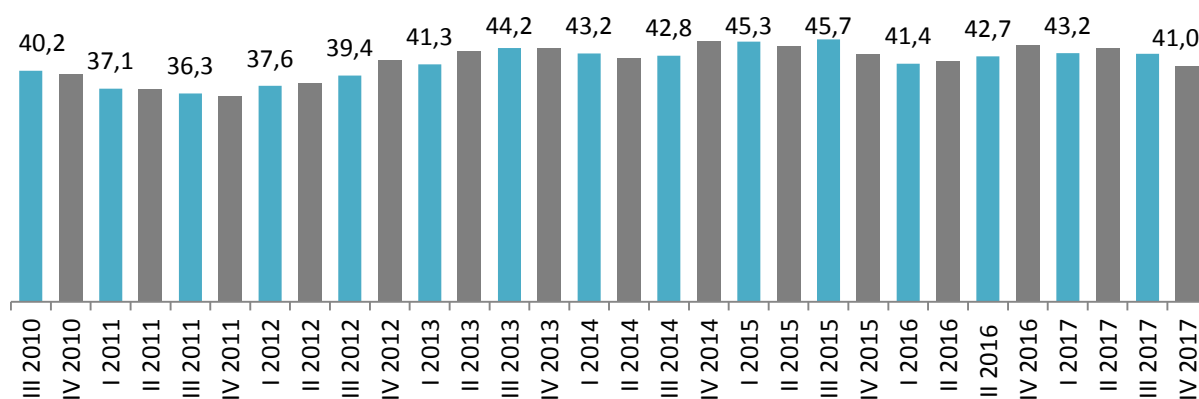
Fuente: INEC.

El subempleo se ha incrementado principalmente en los sectores del agro, el comercio y la construcción, que en conjunto concentran el 37% de esta forma de inserción laboral

e. Persistente informalidad en el empleo

Uno de los retos más importantes que enfrenta la Institución, es atraer a la población que se encuentra laborando en la informalidad, porcentaje que se ha mantenido relativamente constante (cerca de un 41%) en los últimos años. Esta problemática tiene importantes implicaciones: desde la perspectiva de la fuerza laboral incide en la calidad de los empleos, la baja remuneración de los trabajadores y su estabilidad y productividad laboral; desde el punto de vista económico, limita el potencial de crecimiento del sector productivo porque restringe el acceso a mercados y créditos, y las posibilidades de desarrollar capital humano, lo que termina traduciéndose en baja productividad; y desde la óptica social se genera una cobertura en la seguridad social reducida y por ende, mayores presiones sobre el gasto de salud a futuro, cuando los ocupados informales dejen la etapa activa laboral.

Gráfico 21. Empleo informal en Costa Rica
Encuesta Continua de Empleo, 2010-2017



Fuente: Gerencia Financiera, elaboración propia con datos del INEC, Encuesta Continua de Empleo (ECE), por trimestres 2010-2017.

El comportamiento de esta variable ha sido uno de los aspectos fundamentales que ha impulsado a la Gerencia Financiera a diseñar políticas, en conjunto con otras instituciones, con el propósito de incentivar el empleo formal e incrementar la cobertura de los seguros sociales.

7.2. Cambios en el Ordenamiento Jurídico

Entre abril de 2012 -2018 se generaron algunos cambios en el ordenamiento jurídico, los cuales impactaron la gestión financiera, entre los que se destacan:

- a. **Ley N° 8764 “Ley General de Migración y Extranjería”**, publicada en La Gaceta N° 170 del 1 de setiembre de 2009, ha originado la emisión de una serie de lineamientos para el aseguramiento de migrantes como asegurados voluntarios y trabajadores independientes, siendo la última prórroga, la consignada en el oficio GF-1861-2017 del 01 de junio de 2017.
- b. **Ley N° 9024 “Impuesto a las Personas Jurídicas”**, publicada en el Alcance N° 111 A, del 27 de diciembre de 2011, Diario Oficial La Gaceta N° 249, la cual comenzó a regir a partir de 01 de abril de 2012. Dicha norma, establece en el artículo 6°, la disolución automática de las personas jurídicas, una vez que se acumulen tres periodos pendientes de pago, correspondientes a dicho impuesto.

En ese sentido, al ser acumulativos los periodos para los efectos del cobro del impuesto, ocasionaría que todos los años se deban efectuar disoluciones de personas jurídicas una vez que se logren acumular tres periodos por concepto de dicho impuesto. Esto incidió negativamente en la recuperación en materia cobratoria

- c. **Resolución N° 2012010658 de las 16:30 horas del 08 de agosto de 2012, emitida por la Sala Constitucional**, mediante la cual se anula por inconstitucionalidad la siguiente frase del artículo 34 del Reglamento de Seguro de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social:

“(...) Los subsidios por incapacidad se pagarán hasta por un máximo de 52 semanas. No obstante, si el asegurado ha cotizado con 9 cuotas mensuales dentro de los 12 meses anteriores a la fecha de la incapacidad, se podrá prorrogar el pago de subsidios hasta por 26 semanas adicionales en los términos que establece el Reglamento para el Otorgamiento de Incapacidades y Licencias (...)”.

Mediante esta resolución se elimina el plazo máximo de pago de incapacidades, generándose un subsidio por tiempo indefinido.

- d. **Ley N° 9078 “Ley de Tránsito por Vías Públicas Terrestres y Seguridad Vial”**, publicada en el Diario Oficial La Gaceta N° 207, Alcance Digital N° 165 del 26 de octubre del 2012. Se incluye en ella un capítulo sobre el Seguro Obligatorio para los Vehículos Automotores (SOA), en consonancia con las regulaciones del Tratado de Libre Comercio T.L.C (Ley N° 8622 del 21 de noviembre del 2007) , derivado de las cuales la CCSS actúa como un “proveedor forzado” al vender sus servicios a los pacientes que sufren accidentes de tránsito y son cubiertos por el SOA, lo que ha obligado a establecer mecanismos para la identificación, registro, facturación y cobro de las atenciones brindadas.
- e. **Reforma al Reglamento para el Otorgamiento de Licencias e Incapacidades a los Beneficiarios del Seguro de Salud:** aprobado por la Junta Directiva en el artículo 10° de la sesión 8712 del 24 de abril del 2014, y publicado en el Diario Oficial La Gaceta N° 102 del 29 de mayo del 2014. Introduce un “**CAPÍTULO XI: De los riesgos no cubiertos por la Caja**”, en el que se regula por primera vez, a nivel reglamentario, el accionar Institucional en materia de prestaciones en dinero, tratándose de la atención de lesionados por riesgos excluidos de las coberturas del seguro de salud lo que ha supuesto un desarrollo logístico interno y para con el mercado de seguros.
- f. **Reglamento del Seguro Obligatorio para los Vehículos Automotores:** publicado en el Diario Oficial La Gaceta N° 254. Alcance Digital N° 97 del 18 de noviembre del 2015. Establece el marco para la suscripción de convenios entre los proveedores de servicios del mercado de seguros, incluida la CCSS, y las aseguradoras que comercializan la póliza del Seguro Obligatorio de Automóviles, así como el mecanismo para la fijación del monto de la cobertura, lo que ha obligado a realizar ajustes a lo interno para el registro y facturación

de los costos incurridos por el Seguro de Salud para la atención de accidentados de tránsito.

- g. Reglamento de Riesgos Excluidos de la CCSS:** aprobado por la Junta Directiva en el artículo 27° de la sesión 806 celebrada el 22 de octubre del 2015, y publicado en el Diario Oficial La Gaceta N° 234. Alcance Digital N° 106 del 2 de diciembre del 2015. Constituye la primera disposición institucional que regula la interacción de la Caja Costarricense de Seguro Social con el mercado de seguros y desarrolla el proceso de validación y facturación de servicios por riesgos excluidos.
- h. Acuerdo de la Superintendencia General de Seguros SGS-DES-A-050-2016 “Metodología de Revisión del Monto de Cobertura del Seguro Obligatorio de Automóviles”:** emitida el 14 de abril del 2016, establece la forma en la que la Caja Costarricense de Seguro Social a través de su Presidencia Ejecutiva debe remitir la información sobre los costos incurridos en la atención de pacientes con ocasión de accidentes de tránsito. Tal disposición ha colocado a la Institución ante la urgencia de establecer un mecanismo a través del cual lograr trazar los pacientes con posterioridad al agotamiento de la cobertura de la póliza.

VIII. Planeación estratégica de la Gerencia

Durante 2012-2014 se gestionó bajo la perspectiva del Plan Estratégico Institucional el mapa estratégico y el cuadro de mando integral⁵ el cual están ordenado por grandes áreas que agrupan el quehacer de una organización en función de sus aspectos fundamentales, a saber: cliente (usuarios), financiera (sostenibilidad financiera), procesos internos e innovación y crecimiento (crecimiento y desarrollo).

La “**Perspectiva de Sostenibilidad Financiera**”: comprende Son aquellas estrategias que van dirigidas a garantizar la sostenibilidad de la Institución y el desarrollo de los objetivos financieros, entre las cuales se encuentra: fortalecer la sostenibilidad, reducir gastos, mayor aprovechamiento de recursos, entre otros.

En el artículo 22 de la Sesión 8818 la Junta Directiva aprueba el Plan Estratégico Institucional 2015-2018, que sintetiza el esfuerzo de prospección y planificación de la CCSS, para reorientar sus acciones en función de las necesidades de salud y protección social de la población. El referido documento se encuentra vinculado con el Plan Nacional de Desarrollo y la planificación táctica de la Gerencia Financiera, el cual está constituido por dos grandes acciones estratégicas:

- **Estrategia de Sostenibilidad del Seguro de Salud:** con un 78% avance en el periodo comprendido entre el 2015-2018.
- **Plan de Innovación:** cuya fase cero se encuentra cumplida en un 100%, misma que conllevo en el análisis de la operativa actual, la definición de los procesos deseados basados en mejores prácticas, los requerimientos, términos de referencia, diseño de soluciones y modelos de contratación más adecuados para la Institución.

La fase 1 consiste en la contratación de una solución integral tipo ERP de clase mundial para la CCSS; actualmente se encuentra en proceso de adquisición e implementación el cual representa un porcentaje de avance del 5%.

Asimismo, se desarrollaron otras estrategias asociadas a:

- Fortalecer los procesos y actividades a nivel de la Gerencia y sus dependencias adscritas mediante la articulación e integración entre éstos para una mayor capacidad de la gestión de sus jefaturas y colaboradores.

⁵ Adaptado de Manual para la Formulación de los Planes Tácticos de la Unidades Administrativas (sin año), Dirección de Planificación Institucional

- Fortalecer el aseguramiento, recaudación de los ingresos de la institución y protecciones diferenciados para grupos con características especiales a través de iniciativas innovadoras.
- Promover climas laborales que favorezcan el desarrollo del talento humano y la productividad de la gestión administrativa.
- Dotar de un nuevo enfoque a los servicios ofrecidos en nivel regional-local y la infraestructura de las Direcciones Regionales y Sucursales para innovar los procesos de cara al usuario de los servicios financieros.

IX. Estado de la autoevaluación del Sistema de Control Interno

La Autoevaluación del Sistema de Control Interno está fundamentado por cinco componentes funcionales: Ambiente de Control, Valoración de Riesgos, Actividades de Control, Sistema de Información y Seguimiento. Dichos componentes son evaluados por parte de los titulares subordinados por medio de la escala de grados de avance compuesta por cinco niveles: Inicial, Organizado, Avanzado, Implementado y Mejorando y Consolidado.

Durante el 2012 al 2017 la Gerencia Financiera en cumplimiento con el artículo 17°, inciso c) de la Ley General de Control Interno (8220) y Normas de Control Interno para el Sector Público ha remitido a la instancia técnica institucional (Dirección de Sistemas Administrativos) la aplicación de las herramientas de la autoevaluación de Control Interno Institucional, cuya totalidad de titulares subordinados corresponden a 189.

Tabla 20. Aplicación de las autoevaluaciones por los Titulares subordinados, 2012-2017

Dependencia	Año 2012		Año 2013		Año 2014		Año 2015		Año 2016		Año 2017	
	Aplicadas	No Aplicadas	Aplicadas	No Aplicadas	Aplicadas	No Aplicadas	Aplicadas	No Aplicadas	Aplicadas	No Aplicadas	Aplicadas	No Aplicadas
Gerencia Financiera	3	0	3	0	3	0	3	0	3	0	3	0
Dirección de Inspección	16	0	16	0	16	0	16	0	16	0	16	0
Dirección de Presupuesto	7	0	7	0	7	0	7	0	7	0	7	0
Dirección Financiero Contable	23	0	23	0	22	1	22	1	22	1	22	1
Dirección de Cobros	13	0	13	0	13	0	13	0	13	0	13	0
Dirección SICERE	9	0	9	0	9	0	9	0	9	0	9	0
Dirección FRAP	6	0	6	0	6	0	6	0	6	0	6	0
Dirección de Coberturas Especiales	3	1	3	1	4	0	3	1	4	0	4	0
Dirección Reg. Central Sucursales	22	0	22	0	22	0	22	0	22	0	22	0
Dirección Reg. Brunca Sucursales	17	0	18	0	18	0	18	0	18	0	18	0
Dirección Reg. Chorotega Suc.	25	0	24	1	23	1	24	0	24	0	24	0
Dirección Reg. Huetar Atlántica Suc.	22	0	22	0	22	0	22	0	22	0	22	0
Dirección Reg. Huetar Norte Suc.	21	0	21	0	21	0	21	0	21	0	21	0
Total	187	1	187	2	186	2	186	2	187	1	187	1

Fuente. Gerencia Financiera, Informe de Autoevaluación Titulares Subordinados

Durante este periodo de autoevaluación, la institución ha modificado su herramienta de gestión, como parte de la mejora continua que facilita el fortalecimiento del Sistema de Control Interno y la integración de buenas prácticas en su uso y aplicación desde su implementación a nivel institucional.

En virtud de lo anterior, esta Gerencia presenta modificaciones en el estado de la gestión de Control Interno, donde para el 2012 presentó un estado de madurez denominado organizado y desde el 2013 hasta el 2017 modifica su condición en “inicial”, esto producto de una nueva versión en la herramienta y metodología institucional.

Resultados de la Autoevaluación de la Alta Dirección (Gerente)

Cuando se aplica la herramienta de autoevaluación de la Alta Dirección muestra la perspectiva del grado de avance en los procesos estratégicos-gerenciales que puedan generar un impacto representativo en la gestión tanto en el ámbito de la Gerencia como institucional. Esto teniendo

presente que, dentro de la cultura y gestión en este ámbito de la institución, el control interno ha alcanzado un nivel de entendimiento que los distintos funcionarios los adopta como un elemento intrínseco a la gestión que realizan, según los resultados de las autoevaluaciones.

A continuación se detalla el resultado de la Autoevaluación de Alta Gerencia aplicada en el 2012 al Gerente Financiero:

Tabla 21. Autoevaluaciones de Alta Dirección, 2012 (Gerente)

Ámbitos de gestión	Grado de Avance 2012
1. GENERALIDADES	Avanzado
2. AMBIENTE DE CONTROL	Organizado
3. VALORACIÓN DEL RIESGO	Organizado
4. ACTIVIDADES DE CONTROL	Organizado
5. SISTEMAS DE INFORMACIÓN	Avanzado
6. SEGUIMIENTO	Avanzado
Resultado Global Sistema de Control Interno	Organizado

Fuente: Gerencia Financiera, Autoevaluación de Control Interno 2012

Para los años 2013, 2014, 2015 y 2016 las herramientas de Autoevaluación de Alta Gerencia cambiaron, por lo anterior, los resultados de las herramientas aplicadas brindaron un estado de desarrollo, a continuación, se presenta un resumen de los estados de cada año aplicado:

Tabla 22. Autoevaluación de Alta Dirección, 2013 y 2016 (Gerente)

Ámbitos de gestión		Grado de Avance 2013	Grado de Avance 2014	Grado de Avance 2015	Grado de Avance 2016
1	A	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo
	B	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo
2	A	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo
	B	Inicial	Inicial	Inicial	Inicial
3	A	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo
	B	Inicial	Inicial	Inicial	Inicial
4	A	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo
	B	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo
5	A	Implementado	Implementado	Implementado	Implementado
	B	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo
	C	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo
6	A	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo
	B	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo
7	A	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo
	B	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo
	C	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo
	D	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo

Ámbitos de gestión		Grado de Avance 2013	Grado de Avance 2014	Grado de Avance 2015	Grado de Avance 2016
8	A	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo
	B	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo
	C	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo
9	A	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo
	B	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo
10	A	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo
	B	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo
	C	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo
	D	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo
	E	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo
	F	Inicial	Inicial	En desarrollo	En desarrollo
	G	Inicial	Inicial	En desarrollo	En desarrollo
11	A	Implementado	Implementado	Implementado	Implementado
	B	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo
	C	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo
	D	Implementado	Implementado	Implementado	Implementado
12	A	Implementado	Implementado	Implementado	Implementado
	B	Implementado	Implementado	Implementado	Implementado
	C	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo
	D	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo
	E	Implementado	Implementado	Implementado	Implementado
13	A	Implementado	Implementado	Implementado	Implementado
	B	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo
	C	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo
	D	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo

Fuente: Herramientas de Autoevaluación 2013-2014-2015-2016

Para el 2017, la Dirección de Sistemas Administrativos mediante el Área de Control Interno realiza un nuevo cambio en la herramienta de Autoevaluación, destacando enunciados de Gestión de Mejora, Documentación y Divulgación, obteniendo el siguiente resultado:



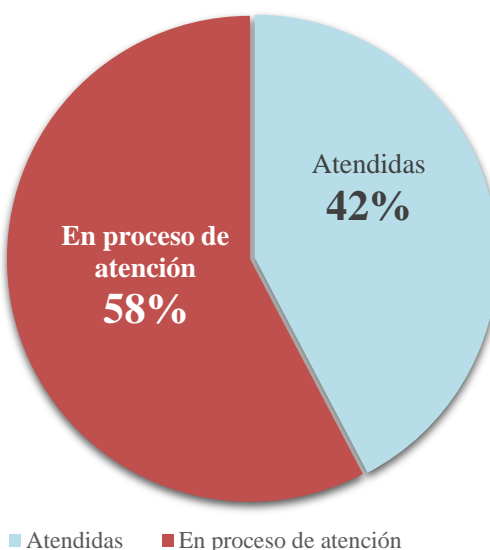
X. Cumplimiento de disposiciones emitidas por la Contraloría General de la República (CGR) y otros órganos de control

La Gerencia Financiera visualiza los informes de los órganos de control externo como una oportunidad de fortalecer la gestión, a través del cumplimiento de metas y recomendaciones que permitan el correcto desarrollo procesos sustantivos de cara a los usuarios de los servicios.

10.1. Seguimiento a las recomendaciones emitidas por la CGR

En el período comprendido entre el 2012-2018, la Gerencia ha venido atendiendo 10 informes de los cuales se han concluido 42% disposiciones y 58% se mantiene en proceso de atención (vale pena señalar que de esas 15 que se mantiene en proceso, 12 corresponde al último informe emitido por la CGR para finales del año 2017) tal como se observa en el siguiente gráfico:

Gráfico 22. Disposiciones atendidas y en proceso, 2012 -2018



Fuente: Gerencia Financiera

Dentro de los aspectos que se destacan con la atención de los informes se señalan los siguientes:

- Para atender el tema mejora en la asignación de recursos se formuló el del proyecto de Gestión para Resultados con el fin de avalado por la Junta Directiva.
- Se desarrolló un proceso de negociación con el Estado y se firmó el préstamo con el Banco Mundial por el monto \$420 millones.
- Se adecuó el proceso y el sistema para el cobro de planillas morosas al favor de FODESAF.

- Se implementó el Plan Fortalecimiento del Servicio de Inspección.
- Crearon las reservas del Seguro de salud.
- Se está en proceso de definir el modelo de costos y un sistema de costos.
- Se está en proceso de redefinición de la estrategia de cobros

Tabla 23. Cumplimiento de disposiciones emitidas por la Contraloría General de la República

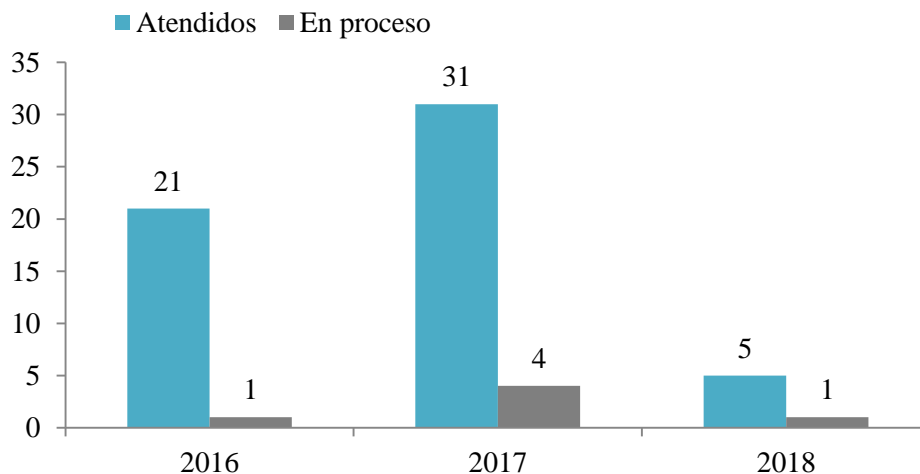
Informe/ estado de la disposición	Atendidas	En proceso de atención	Total
DFOE-SOC-IF-08-2011: Informe sobre Cuentas por Cobrar en la Caja Costarricense de Seguro Social.	3	1	4
DFOE-SOC-IF-15-2011: Informe Relacionado con el Proceso de Asignación y Distribución de Recursos del Seguro de Enfermedad y Maternidad de la CCSS	3	1	4
DFOE-SOC-IF- 01- 2013 Informe sobre el cobro del recargo de planillas a favor del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares	1		1
DFOE-SAF-IF-04-2013. Estudio Especial Ejecutado en la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) sobre las Contribuciones a la Seguridad Social	1		1
DFOE-SOC- IF-10-2015: Informe de la Auditoria sobre la Función Actuarial que se Ejecuta en el Seguro de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.	1		1
DFOE-SOC-IF-26-2015 Informe de la Auditoría Operativa sobre la Eficiencia y Eficacia de la Gestión del Servicio de Consulta Externa- Medicina General en el Primer Nivel de Atención de la Caja Costarricense de Seguro Social		1	1
DFOE-SOC-IF-12-2016 Auditoría de Carácter Especial sobre la vulnerabilidad en los procesos de contratación administrativa que realiza la Caja Costarricense de Seguro Social.	1		1
DFOE-SOC-IF-20-2016 Auditoría Financiera realizada en el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF) sobre las situaciones significativas de control interno identificadas en los estados financieros, correspondientes al ejercicio económico 2015; y el detalle de cumplimiento de disposiciones de auditoría financiera de años anteriores	1		1
DFOE-SOC-21-2016 Informe sobre la eficiencia y eficacia del servicio de emergencia en los Hospitales Nacionales Generales de la CCSS.		1	1
DFOE-SOC-IF-14-2017 Auditoría de carácter especial sobre la gestión de cobro en la Caja Costarricense de Seguro Social		12	12
Total	11	15	26

Fuente: Gerencia Financiera

10.2. Seguimiento a recomendaciones emitidas por la Defensoría de los Habitantes

En lo que refiere a los informe emitido por la Defensoría de los Habitantes a la Gerencia Financiera durante el 2016 a marzo 2018 presentan un 90.4% atendidos, siendo el 9.6% de los casos en proceso de atención.

Gráfico 23. Estado de atención de los informes de la Defensoría de los Habitantes



Fuente: Gerencia Financiera.

10.3. Estado actual de cumplimiento de las recomendaciones emitidas por la Auditoría Interna-

En atención a las recomendaciones emitidas por la Auditoría Interna a la Gerencia Financiera correspondientes al 2012 - 2018 representa un total de 528 recomendaciones, de las cuales producto del análisis y evaluación con la entidad fiscalizadora el 3% del total no corresponden a esta Gerencia. Siendo así, 322 recomendaciones (63%) se encuentran cumplidas y quedando en proceso el 37% de las mismas.

Tabla 24. Recomendaciones emitidas por la Auditoría Interna a la Gerencia Financiera

Recomendaciones	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Cumplidas	142	78	52	33	14	3	0	322
Proceso	11	17	39	22	55	42	3	189
Inaplicables	12	0	4	0	1	0	0	17
Total	165	95	95	55	70	45	3	528

Fuente: Gerencia Financiera, Sistema Gestión Auditoría (SIGA Externo).

10.4. Estado actual de cumplimiento de las recomendaciones emitidas por la Auditoría Externa

a) Sobre los Estados Financieros

La CGR en el Informe DFOE-SOC-35-2008 en la disposición 4.1. acápite a) dispuso que se defina e implemente una estrategia y mecanismos oportunos para que la Junta Directiva conozca, analice y apruebe los Estados Financieros de cierre del ejercicio anual preparados por la Gerencia Financiera y los Auditados.

La Junta Directiva en el artículo 2 de la sesión 8288 celebrada el 2 de octubre del 2008, Acuerdo Primero: Lineamientos sobre la presentación y aprobación de Estados Financieros, acordó que los Estados Financieros Auditados del Seguro de Salud serán conocidos por dicho Órgano Colegiado

En el artículo 23 de la Sesión 8425, del 25 de febrero del 2010, la Junta Directiva acuerda en lo referente a la aprobación de los Estados Financieros Auditados para se lea de la siguiente manera:

“La Junta Directiva recibirá y aprobará los Estados Financieros Auditados de los Seguros de Salud (SEM), Pensiones (IVM) y Régimen No Contributivo (RNC)...”

En cumplimiento con lo anterior, durante el 2012-2016 dichos Estados Financieros fueron auditados por el Despacho Carvajal & Colegiados y a partir del 2017, la Auditoría Externa es efectuada por la firma Deloitte & Touche S.A. Ambas entidades fiscalizadoras han emitido un total de 214 hallazgos en los documentos denominados “Carta de Gerencia”, los cuales el 63% presentan un estado de cumplido, mientras un 37% en encuentran en proceso de atención.

Tabla 25. Estado de cumplimiento Cartas de Gerencia a Estados Financieros, 2012 - 2017

Carta de Gerencia	Cantidad de Hallazgos	Cumplidos	En proceso
CG-1-2012	22	22	0
CG-1-2013	18	17	1
CG-2-2013	19	17	2
CG-1-2014	55	28	27
CG-2-2014	11	7	4
CG-1-2015	37	21	16
CG-2-2015	19	13	6
CG-1-2016	22	9	13
CG-2-2016	8	0	8
CG-1-2017	3	0	3
Total	214	134	80

Fuente: Gerencia Financiera, Dirección Financiero Contable.

b) Sobre la liquidación presupuestaria

El apartado 4.3.17 de las Normas técnicas sobre presupuestos públicos, emitidas por la Contraloría General de la República (CGR), establece que la liquidación presupuestaria deberá someterse a una revisión externa de calidad por parte de profesionales externos e independientes.

En el segundo semestre de 2016 la firma Crowe Horwath realizó la auditoría de los informes de liquidación presupuestaria del Seguro de Salud, Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, y Régimen no Contributivo de Pensiones, correspondientes al periodo 2013. De los hallazgos señalados recomendó, entre otros aspectos, que los sistemas de información financiera que generan los registros contables y presupuestarios deben estar integrados, lo cual permitiría automatizar el proceso de conciliación entre la contabilidad patrimonial y presupuestaria.

Asimismo, se refirió a la necesidad de implementar un sistema informático robusto que integre los procesos de ejecución y control de presupuesto, que permita en forma oportuna el alineamiento de los planes institucionales de los diferentes niveles organizativos. Como medida esta Gerencia tomó la iniciativa de incorporar en el Plan de Innovación esta acción de mejora.

A raíz del análisis de las recomendaciones, la Gerencia Financiera asumió el seguimiento de los hallazgos y entre mayo y julio de 2017, se ejecutó la prórroga del contrato entre la CCSS y la firma Crowe Horwath, con el fin auditar la liquidación presupuestaria 2014. Las recomendaciones emitidas siguieron la misma línea que las del informe previo, sobre la integralidad de los sistemas de información financieros y de la existencia de un sistema que permita vincular el presupuesto de forma integral con los objetivos y metas institucionales.

XI. Estado actual de cumplimiento de los acuerdos y solicitudes emanados por la Junta Directiva

De acuerdo con los registros del sistema de control de acuerdos de Junta Directiva denominado GESC, al 13 de abril de 2018, la Gerencia Financiera tiene en total 213 acuerdos y solicitudes asignados los cuales se encuentran en proceso de atención según se detalla, a saber:

Tabla 26. Acuerdos y Solicitudes Emitidos por la Auditoría, 2012 - 2018

Año	Acuerdos asignados	Requieren aprobación de Junta Directiva	No Requieren aprobación de Junta Directiva
2012	8	8	-
2013	11	9	2
2014	31	23	8
2015	27	25	2
2016	43	36	7
2017	83	58	25
2018	10	3	7
Total	213	162	51

Fuente: Gerencia Financiera

Al respecto es importante indicar que un 26,3% de los acuerdos han sido atendidos y 73,7% se encuentra en proceso de atención.

Por otra parte, a finales del 2017 se presentó ante la Dirección de Planificación Institucional la estrategia de depuración de acuerdos, con la cual se pretende integrar los acuerdos de una misma temática, determinar los acuerdos que han perdido vigencia y los que son competencia de la administración, la citada estrategia se encuentra en proceso de implementación.

XII. Sugerencias para la buena marcha de la gestión

Como parte de las labores realizadas durante el periodo en ejercicio, para la próxima administración de la Gerencia Financiera se considera relevante el apoyo para continuar con los siguientes proyectos e iniciativas de mayor impacto institucional, garantizando razonablemente eficiencia y eficacia en los servicios: mayor , productivos, calidad y oportunidad y satisfacción en el usuario

1. **Plan de Innovación para la Mejora de la Gestión Financiera, Administrativa y Logística:** que busca mejorar la gestión mediante la identificación de un modelo de operación futuro, basado en mejores prácticas y apoyado en soluciones tecnológicas de clase mundial (ERP o GRP). Asimismo fortalecerá la gestión técnica y funcional del Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE), y la definición e implementación de estrategias de multicanalidad, orientadas, en el alcance del Plan, a los usuarios finales.
2. **Política de Sostenibilidad financiera del Seguro de Salud:** trasciende en el campo financiero e institucional y que amerita una discusión política y social de país, siendo como punto de partida la integración de medidas concretas y direccionadas hacia áreas vitales para el funcionamiento del Seguro de Salud.
3. Uso de la asignación de los recursos como herramienta para mejorar la gestión de los centros de salud.
4. **Reforzar el papel de la evaluación de tecnologías sanitarias:** por medio del desarrollo e implementación de métodos de evaluación de tecnologías de salud y su costo de efectividad, la identificación de los criterios clínicos (eficacia, seguridad) y criterios económicos (coste-efectividad), la Evaluación de tecnologías sanitarias debe trascender más allá de los medicamentos e integración de una unidad institucional de evaluación de tecnologías de salud.
5. **Plan de Servicio:** Con la determinación de trabajar bajo la visión de colocar a la persona en el centro de las decisiones, orienta iniciativas enfocadas hacia el fortalecimiento de la imagen institucional, la eficiencia y eficacia en la productividad y recurso humano, la calidez y atención al usuario, la simplificación de trámites, el rol orientador y asesor de los servicios.
6. **Sistema de Gestión de la Calidad:** por medio de instrumentos que proporcionan la normalización, orientación y estandarización de los procesos ejecutados en los diferentes niveles de gestión.
7. **Deuda del Estado:** Continuar gestionando con el Ministerio de Hacienda el pago de las obligaciones pendientes, mediante la búsqueda de nuevas fuentes de financiamiento.

8. **Proyectos de Ley consultados por la Asamblea Legislativa:** el despacho gerencial tuvo conocimiento de los siguientes proyectos de ley consultados por la Asamblea Legislativa y que se consideran relevantes para el quehacer institucional, a saber:

a) **18.259** “*Ley de Contingencia y Solidaridad Tributaria para el Fortalecimiento de la Seguridad Social Costarricense*”: Pretende generar recursos para la cancelación de la deuda del Estado con la CAJA, sin afectar las rentas de los salarios, mediante impuestos de contingencia sobre las ganancias de capital y al patrimonio, así como, por impuestos selectivos al consumo suntuario por un período de tres años. Artículo 12 de la Sesión N° 8582 del 31 de mayo de 2012.

b) **17.954** “*Imprescriptibilidad de las deudas por cuotas obreros-patronales de los seguros sociales. Modificación del artículo 56 de la Ley Orgánica de la Caja Costarricense de Seguro Social, Ley N° 17, de 22 de octubre de 1943, y sus reformas*”: Intenta establecer que las deudas por el pago de las cuotas de los seguros sociales de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte y sus respectivos intereses, sean imprescriptibles. Artículo 13 de la Sesión N° 8582 del 31 de mayo de 2012.

c) **18.329** “*Ley de Fortalecimiento de la Gestión de Cobro de la Caja Costarricense del Seguro Social y responsabilidad nacional con la seguridad social*”: Busca dotar a la CAJA de normas que le permitan una mayor efectividad en sus tareas de administración y gobierno de los seguros sociales, para así actuar con mayor celeridad y en forma más oportuna para combatir la evasión y la morosidad a la que se enfrenta en su cometido institucional. Reformaría los artículos 20, 30, 31, 37, 38, 44, 45, 47, 48, 49, 53, 55, 56, 74 y 74 bis de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, así como adicionaría una Sección V bis. Artículo 23 de la Sesión N° 8596 del 16 de agosto de 2012 y Artículo 57 de la Sesión N° 8610 del 15 de noviembre de 2012.

d) **18.332** “*Modificación del artículo 3 de la Ley Orgánica de la Caja Costarricense del Seguro Social, Ley N° 17 de 22 de octubre de 1943 y sus reformas*”. Procura establecer que las personas independientes obligadas a asegurarse con los seguros sociales de Enfermedad y Maternidad e Invalidez, Vejez y Muerte, que administra la institución, deberán contribuir con base en sus ingresos reales al financiamiento de estos seguros, en aras de hacer efectivo el cumplimiento del principio de solidaridad. Artículo 6 de la Sesión N° 8617 del 20 de diciembre de 2012.

e) **18.744** “*Ley para la Sostenibilidad Financiera de la Seguridad Social*”. Pretende que la institución cuente con instrumentos más efectivos y eficaces para el logro de sus objetivos y que con ello la población obtenga el acceso efectivo y oportuno a los servicios de salud que en derecho le corresponden. Modificaría los artículos 31, 34, 36, 42, 42 bis, incisos b) y c) del 44, 45, 47, 48, 53, 63, 71 y 74 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social. Artículo 31 de la Sesión 8685 del 12 de diciembre 2013.

XIII. Conclusiones

Los resultados financieros de los últimos 6 años se caracterizan por el equilibrio en las finanzas del Seguro de Salud, mostrándose un mayor crecimiento de los ingresos que los egresos, lo cual a su vez ha permitido disponer de recursos para fortalecer proyectos de inversión y programas.

En materia de ingresos, se implementaron actividades concretas a fin de mejorar la recaudación como fue el impulso al pago oportuno de las contribuciones a la Seguridad Social, las acciones tendientes al control de la morosidad, la gestión oportuna de las transferencias del Estado establecidas por la Ley, así como el pago de las deudas referidas a los convenios suscritos y atención de indigentes.

En el tema de egresos, se realizaron esfuerzos en la priorización del pago a proveedores, control y optimización del tiempo extraordinario de los centros de salud, revisión y seguimiento a algunos rubros no prioritarios tales como capacitaciones, consultorías, reasignaciones de puestos e incrementos salariales en concordancia con los decretos del Gobierno.

En términos generales se tiene una mejora en los indicadores de gestión financiera, destacando un crecimiento de los ingresos totales superior a los egresos totales, una menor participación de las remuneraciones dentro de las erogaciones del Seguro de Salud, un fortalecimiento de las inversiones y una mejor solvencia financiera.

Esta Gerencia ha logrado demostrar con el abordaje del presente informe que una sana gestión financiera no depende de una gerencia en particular, sino que requiere de un trabajo equipo, en donde se logre una participación intergerencial e interinstitucional, que plantea como parte de la economía de la salud un óptimo aprovechamiento de los recursos disponibles, maximizando su aplicación y permitiendo con ello dar respuesta oportuna, proporcional y sostenible a los usuarios de los servicios de la Seguridad Social.

Dentro de este contexto, se ha considerado necesario continuar impulsando iniciativas que permitan a la Institución adaptarse a los nuevos requerimientos del mercado de servicios, manteniéndose incólume el respeto a los principios de universalidad, solidaridad, equidad e igualdad.