

Informe Especial Caja Costarricense de Seguro Social



PRESENTACIÓN

La Defensoría de los Habitantes presenta los resultados del primer Informe Especial ante este Foro Legislativo que inicia con una Investigación de Oficio sobre la Caja Costarricense de Seguro Social. En ella se realiza un análisis de las principales recomendaciones de la Contraloría General de la República, Auditoría Interna de la Caja Costarricense de Seguro Social, así como de la Comisión de Especialistas (Notables) que nombró la Presidencia de la República. De igual forma este trabajo incorpora los resultados de una investigación sobre la reducción presupuestaria de los 29 Hospitales de esta institución.

Por la importancia que reviste el tema para la sociedad costarricense y por un asunto de oportunidad, esta Defensoría tomó la decisión de presentar los resultados de este Primer Informe Especial, en el marco de la entrega y defensa del Informe Anual 2011-2012 que establece la Ley.

La elaboración y presentación de este Primer Informe, tiene el propósito de contribuir con las autoridades de esa importante institución, así como con los órganos de control interno y externo, con este esfuerzo de sistematización y análisis de las recomendaciones que se han venido realizando en los últimos años en aspectos tales como procesos de contratación administrativa, listas de espera, especialidades médicas, gestión presupuestaria y otros. Esperamos que este esfuerzo contribuya a la toma de decisiones en el corto plazo para enfrentar algunos de los principales desafíos de esta institución, tan importante para la paz social en nuestro país.

INFORME ESPECIAL CCSS

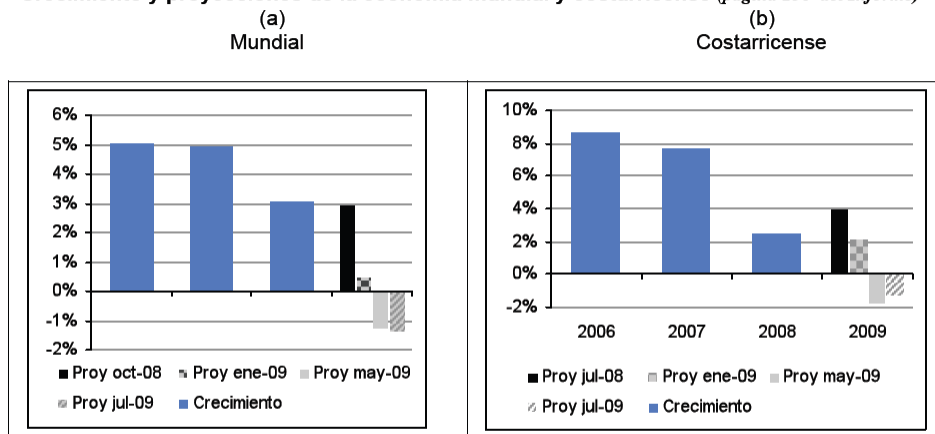
La crisis económica mundial que se generó en los años 2007-2008 y que tuvo su máximo impacto en el año 2009, se constituyó en un duro golpe para la economía nacional, que vio mermada de manera importante sus ingresos, debido a varios factores, entre ellos, a la caída en la producción nacional, la contracción de las exportaciones y del sector financiero.

El impacto que tuvo la crisis económica mundial en la economía nacional, que si bien es cierto salió mejor librada que muchos países de América y de Europa, generó un desequilibrio económico interno, debido a la gravedad y alcances de la misma. Sobre el particular, en el informe del Estado de la Nación del año 2008, se indicó lo siguiente¹:

*"(...) El período 2007-2008... un tiempo de culminación del ciclo de expansión de la economía nacional y de inflexión de la economía mundial, se han concretado, aunque la trayectoria, que se vislumbraba tormentosa, sigue una ruta inesperada y trae consigo severas e imprevistas limitaciones a las oportunidades, la estabilidad y la solvencia económicas y, con ellas, al desarrollo humano sostenible en el país. El 2008 fue un año con menores oportunidades, sostenibilidad precaria y estabilidad volátil.
(...) es previsible un deterioro de los ingresos reales, si se toma en cuenta que el costo de la canasta de bienes que consumen los hogares de menor ingreso se incrementó con mayor celeridad que el índice general de precios. (...) parece inevitable una nueva contracción y un aumento del déficit fiscal. Por su parte, la inflación del 2008 alcanzó el 13,9% y sobrepasó las metas establecidas.*

Un comparativo realizado en ese informe del crecimiento que había tenido la economía hasta ese momento, y una proyección de la economía en los años posteriores, dan cuenta del difícil momento que pasaba el país:

Gráfico 1
Crecimiento y proyecciones de la economía mundial y costarricense (página 156 del Informe)



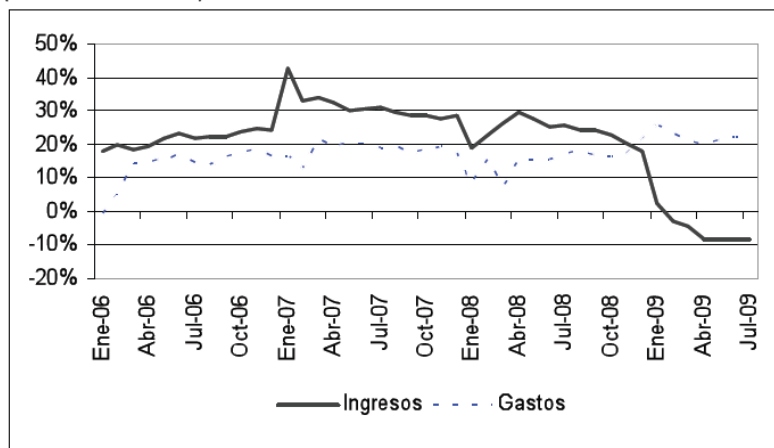
Nota: Las proyecciones son para el año 2009, las fechas indicadas corresponden al momento en que se realizó cada proyección.

Fuente: Decimoquinto Informe Estado de la Nación, con base en Stein, 2009. Impacto de la crisis internacional en América Central y Costa Rica. Washington, BID, e información del BCC.

¹ Decimoquinto Informe del Estado de la Nación, Capítulo 3: Oportunidades, estabilidad y solvencia económicas.

Asimismo, en dicho período, los gastos estatales aumentaron mientras que los ingresos tuvieron una caída abrupta:

Gráfico 5 (página 60 del Informe)
Crecimiento los ingresos y gastos totales del Gobierno Central
 (variación interanual)



Fuente: Decimoquinto Informe Estado de la Nación con datos del Ministerio de Hacienda.

Adicionalmente, en el informe del Estado de la Nación del año 2009, se hizo mención a lo siguiente²:

"En el 2009 el país vivió, por segunda vez, un año de contrastes. La economía experimentó una importante contracción en la primera mitad del año y signos de recuperación en la segunda. En el balance anual de 2009, el efecto de la crisis económica internacional en el crecimiento fue menor que el previsto y se prolongó por menos tiempo del esperado.

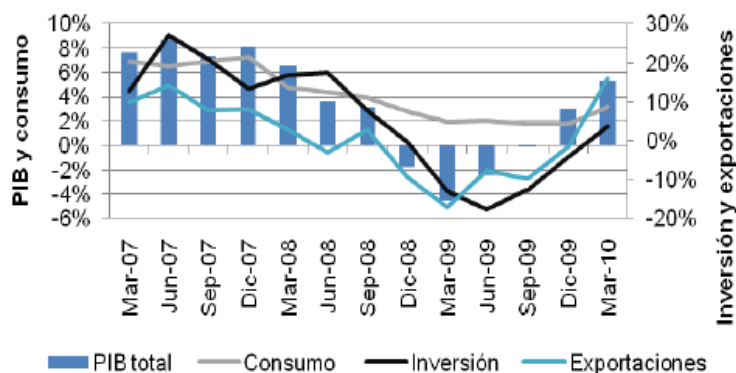
La crisis, sin embargo, tuvo repercusiones sociales diferenciadas; no fue igual para todas las ramas de actividad económica y clases sociales. Los sectores relacionados con la producción de bienes (con excepción del sector de medicamentos) fueron los más afectados, mientras que los servicios asociados a actividades no tradicionales mostraron un buen desempeño.

(...) El 2009 fue el año en que la economía costarricense experimentó los efectos más severos de la crisis financiera internacional y, consecuentemente, una fuerte contracción de la recaudación tributaria. Los ingresos del Gobierno se redujeron en 1,7 puntos porcentuales del PIB, con lo cual se anuló casi la totalidad del incremento registrado en los años previos, que provocó una caída de 7,5% en las exportaciones del 2009."

En el siguiente gráfico que se extrae del informe, se permite visualizar con mayor claridad lo difícil de la situación económica nacional:

² Decimosexto Informe del Estado de la Nación, Capítulo 3: Oportunidades, estabilidad y solvencia económicas.

Gráfico 2
Crecimiento del PIB, consumo, inversión y exportaciones, por trimestres



Fuente: Elaboración propia con datos del BCCR.

Es en ese momento histórico que el Gobierno Central toma una serie de medidas a efecto de atenuar la difícil coyuntura nacional, basadas en la adopción de mecanismos de austeridad y de ahorro nacional, tales como la paralización de toda nueva contratación de personal en las entidades públicas, postergación de obras de infraestructura de gran envergadura, y por supuesto, el recorte de presupuesto en diferentes carteras ministeriales.

No obstante lo anterior, pareciera que algunas autoridades del sector descentralizado del país, en cuenta la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), no visualizaron las graves consecuencias de esta situación, originada en la mencionada coyuntura internacional, tomando en cuenta que su accionar se apartó de las drásticas medidas que tomó el Poder Ejecutivo.

En tratándose de la CCSS, entidad que por norma constitucional se encarga de la administración y el gobierno de los seguros sociales y cuyo presupuesto para el año 2012 asciende a ₡ 2.292.384.8 millones de colones, lo que significa, al tipo de cambio de la fecha, alrededor de \$44,901,960.07, todo lo cual reviste una enorme importancia para el país debido a que representó un 11,05% del Producto Interno Bruto (PIB) del año 2011, el cual fue de ₡ 20.735.579.3 millones de colones³.

Precisamente fue durante el período de crisis, que la CCSS incrementó abruptamente su planilla, y se tomaron decisiones que aumentaron de forma importante el gasto, sin que haya un efecto directo y positivo en la prestación de servicios que brinda. Todo lo anterior quedó de manifiesto en los cuestionamientos realizados sobre el accionar de la CCSS, por parte de la Superintendencia de Pensiones (SUPEN), la Contraloría General de la República (informe de los años 2009, y 2010), la Auditoría Interna de la CCSS (años 2009 y 2010), y más recientemente, una Comisión de Especialistas establecida por parte del Gobierno de la República.

La acumulación de hechos que no han favorecido la estabilidad de la CCSS, así como las consecuencias derivadas de la crisis económica que se desató alrededor del 2008, y una desacertada gestión administrativa, repercutieron en las finanzas institucionales al darse una menor recaudación por concepto de pago del seguro social, así como el aumento en la morosidad por este rubro.

³ (*) Datos del BCCR y SIAC de la CGR para el 2011.

Las posteriores medidas de austeridad impuestas por parte del Gobierno Central a fin de contener el gasto como medida anti-crisis; y la falta de información en cuanto a las acciones de las autoridades de la CCSS para dar efectivo cumplimiento a las recomendaciones efectuadas, así como la falta de soluciones reales respecto a los problemas señalados, han hecho que esa institución se encuentre en una encrucijada histórica y determinante que vislumbra dos caminos: el no hacer nada, manteniéndose el status quo imperante, por lo cual muy posiblemente la lleve por el fatídico resultado de su extinción; o por el contrario, se tomen las decisiones para adoptar las medidas que fueren necesarias, en el menor tiempo posible, para darle solución a algunos de los problemas estructurales que han venido afectando su normal desarrollo.

Atendiendo a la crisis cada vez más notoria y comentada de la CCSS, la propia institución solicitó la ayuda de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a efecto de realizar un análisis de la realidad presupuestaria y actuarial de la CCSS, y con base en ello la Administración tomara las medidas correctivas pertinentes.

Posterior al resultado de dicho estudio, la Presidencia de la República designó una Comisión de Especialistas para analizar el informe rendido por la OPS; además, se les requirió que hicieran un estudio de todo el universo que compone los procesos que realiza dicha institución, se identificaran las causas de los problemas y, consecuentemente, se emitieran recomendaciones que pudieran dar solución a dichos problemas.

Es posterior a la remisión del informe de la Comisión de Especialistas, que la Presidencia de la República asigna responsabilidades que recaen en los Ministros afines a la materia, a efecto de que establezcan el seguimiento a dichas recomendaciones. En este proceso, las altas autoridades de la CCSS designan a la Dirección de Planificación de esa institución, como la unidad coordinadora, para que por su medio se establecieran grupos de trabajo y dieran el respectivo seguimiento a las recomendaciones y propuestas elaboradas por esa comisión de especialistas.

Ante la existencia de gran cantidad de informes dirigidos a la CCSS por parte de los diferentes órganos de control referidos, así como de la Organización Panamericana de la Salud, y la Comisión de Especialistas, la Administración de la CCSS se encuentra ante un escenario, por demás complejo, de cumplimiento de recomendaciones giradas por las diferentes instancias, pero además, de establecer esa ruta crítica que permita a la institución superar la crisis que actualmente vive, y más importante aún, fortalecer su capacidad de respuesta a las necesidades de la población.

Bajo este contexto, la Defensoría se propuso como objetivo el hacer un análisis de las principales recomendaciones emitidas a la CCSS por la CGR, la Auditoría Interna de la CCSS, la Comisión de Especialistas y la OPS, en cuatro temas que se consideran fundamentales para la institución a saber: contratación administrativa; afectación en la prestación de los servicios de salud por listas de espera; formación de especialistas y gestión financiera-presupuestaria.

Específicamente, la Defensoría se planteó la necesidad de determinar el impacto real de las recomendaciones formuladas y su aplicación en la gobernanza de la CCSS, entendida como el proceso de toma de decisiones, así como de implementación o no de las mismas.

Ahora bien, conviene referir que en el análisis de la gobernanza resulta indispensable identificar los diferentes actores, formales e informales, que pueden estar involucrados en el proceso de toma de decisiones y en su implementación. Y es que la dinámica entre los actores y la institución –en este caso la CCSS–, se ve impactada por temas tales como la estructura organizacional, las normas legales que rigen las acciones, así como la influencia que tienen en la organización los distintos actores o grupos de interés que potencialmente se ven afectados por ella.

En ese sentido, la Defensoría reconoce que entratándose de la gobernanza de la CCSS, existen actores formales o informales –grupos de interés- claramente identificados en su relación con la Institución, tales como: las personas usuarias de los servicios; los profesionales de la salud; el personal administrativo; los proveedores de servicios; los sindicatos; los órganos de control, entre otros.

Cada grupo de interés tiene, en relación con la CCSS, una agenda de temas que son de su especial interés, sin perjuicio de que en todos ellos esté presente, la consecución del objetivo común que debe mover el accionar de la CCSS, sea la prestación con calidad, oportunidad, efectividad y eficiencia de los servicios encomendados.

Ahora bien, sin desconocer la importancia que cada grupo de interés tiene en la gobernanza de la CCSS, para el presente estudio la Defensoría decidió referirse específicamente a los órganos de control y otras instancias que han recomendado acciones a la CCSS que impactan en su cumplimiento, el accionar de la misma. Esto haciendo la salvedad que la relación de cada actor o grupo de interés para con la CCSS requeriría un estudio específico que sobrepasa los objetivos del presente trabajo.

De esta forma, se expone a continuación cada uno de los temas establecidos como prioritarios para su análisis, así como las principales recomendaciones vertidas por los órganos anteriormente referidos, todo con la finalidad de brindar una radiografía sobre los retos que tiene la CCSS de cara a hacerle frente a la crisis que la afecta, así como colaborar en el esclarecimiento de esa ruta crítica que la institución debe transitar, especialmente en el marco del cumplimiento efectivo del deber institucional de protección del derecho a la salud y a la seguridad social:

I.- LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

A.- LA GESTIÓN DE LISTAS DE ESPERA COMO UN FACTOR DETERMINANTE EN EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN QUE BRINDA LA CCSS.

El derecho de los usuarios de las y los servicios de salud, a obtener un tratamiento oportuno y un servicio continuo se encuentra garantizado por el ordenamiento jurídico costarricense. Conteste con ello, la Ley General de la Administración Pública establece los principios elementales a los cuales se debe someter la prestación del servicio público, sea los principios de eficiencia, regularidad, continuidad y oportunidad.

Cuando una persona hace uso de los servicios de salud de un hospital o clínica, en su mayor parte la calidad de la atención médica que reciba ese paciente, dependerá de la oportunidad del servicio, que se le preste por parte del personal de salud. Las y los habitantes que presentan una enfermedad son acreedores frente a la seguridad social, de los servicios que les permitan restablecer su estado de salud a una condición que les asegure llevar su vida en condiciones de calidad.

La existencia de una lista de espera en el sistema de atención en salud, implica una suspensión o prórroga de dicho servicio, que se constituye en una inasistencia médica, en el tanto el principio de oportunidad y necesidad que rige el servicio público, se ve quebrantado ante la falta de respuesta del ente prestatario al habitante que requiere del servicio. Su impacto en la salud de las personas, puede significar una afectación directa por la falta de atención en el momento que el paciente lo requiere, la ausencia oportuna de un diagnóstico, e incluso el retraso de un tratamiento vital que conduzca a la gravedad e incluso la muerte de la persona.

Generar un sistema sin listas de espera, no constituye la aspiración a obtener, pues bien se conoce que su existencia es consustancial a la prestación del servicio de salud, sin embargo, la razonabilidad y proporcionalidad en los plazos, es posible si las personas operadoras de los servicios, disponen y gestionan adecuadamente de los recursos.

En ese sentido, la Sala Constitucional ha establecido:

"...las actuaciones administrativas siempre deben considerar ciertos principios como requisito de su propia validez constitucional, en el sentido de que deben ajustarse, no sólo a las normas o preceptos concretos de la Constitución, sino también al sentido de justicia contenido en ella, lo cual implica, a su vez, el cumplimiento de exigencias fundamentales de equidad, proporcionalidad y razonabilidad, entendidas éstas como idoneidad para realizar los fines propuestos, los principios supuestos y los valores presupuestos en el Derecho de la Constitución"

La disposición de los recursos, la planificación y la ejecución de los mismos es un asunto de resorte institucional que debe resolver la entidad, sin que las personas usuarias de los servicios sufran las consecuencias. Es decir, debe la CCSS ordenar sus recursos (humanos, técnicos, equipamiento entre otros), de tal suerte que se garantice una atención oportuna y de calidad que solvante los problemas de salud de la persona que se trate.

Precisiones conceptuales sobre lista de espera

Técnicamente, es usual que exista una lista de espera en los servicios de salud, tanto públicos como privados. Con regularidad, se habla de ella en sentido peyorativo, sin embargo; las listas de espera tienen un sentido de ordenación de prioridades que se establecen de frente a la oferta y la

demanda de servicios de salud y que se intenta resolver mediante criterios médicos y éticos. Frente a este criterio técnico y objetivo, se encuentran otros elementos de importancia, como lo son los tiempos de espera, que no deben ser superiores a los tolerables según criterio de especialidad médica y según los factores sociales y personales / familiares en cada caso concreto.

En razón de lo anterior, es importante como punto de partida establecer el concepto de lista de espera. En el ámbito internacional, existe consenso al definir lista de espera, como el conjunto de pacientes que en un momento determinado, se encuentran pendientes de una intervención quirúrgica, consulta o procedimiento cuya demora existente no debe estar indicada médicamente ni ser consecuencia de la voluntad del paciente. Son procedimientos quirúrgicos o no que no son urgentes, -con independencia de sí precisa hospitalización- y que se incluyen en la lista cuando hay una indicación cierta.⁴

No debe obviarse que las listas de espera expresan un rostro humano. Son pacientes y familias que esperan recibir atención médica, cuando el sistema se los permita. El problema surge cuando la lista supera el criterio de razonabilidad y la respuesta institucional es *burocratizada y despersonalizada*.

Las listas de espera son una fuente permanente de inequidad que plantea serios problemas éticos y de protección del derecho a la salud de las personas usuarias de los servicios de salud. Desde el punto de vista de los derechos de pacientes, durante el tiempo de espera -injustificado- se interrumpe el derecho a la protección de la salud, con lo cual quedan en entredicho los principios de universalidad, libertad de acceso y gratuidad. En este sentido se ha establecido:

*"Constituyen una contradicción, una paradoja y una perversión del mismo. Son el instrumento por el que se regula una demanda creciente y un gasto sanitario sin control. Pero también son fruto de una mala planificación y déficit en la distribución de recursos cuando las listas de espera superan los límites tolerables. Es una contradicción cuando las Administraciones responsables hacen un esfuerzo por disimularlas cuando la solución está en disminuirlas. Es una paradoja del mismo cuando el derecho a la protección de la salud no se acompaña de las condiciones para hacerlo efectivo. Y es una más de sus perversiones cuando se ha convertido en un estado de error permanente lo que debería ser una excepción."*⁵

Tampoco es despreciable el hecho de que la lista de espera presente un costo social para la familia y otro económico para el Sistema de Salud Pública. Tiene costos de tipo administrativos (controles, listas, respuestas y quejas de los pacientes), de salud (controles, nuevos, complicaciones, repetición de pruebas, medicación, derivaciones, urgencia) y laborales (incapacidades, ausencias del trabajos, etc. Además se produce interrupción del proyecto vital y familiar (la vida se detiene) lo que afecta definitivamente la calidad de vida del habitante, que enfrenta en múltiples ocasiones una sensación de inutilidad, impotencia y desamparo. En este sentido, la orientación y la información a los habitantes es importante para atender este problema: la población debe comprender que hay plazos que son razonables. En Osakidetza, España, se ha comprobado que el usuario tolera mejor la espera cuando se le ofrece una fecha aproximada de la cita que gestionó.

⁴ Jon Darpón, Director General de Asistencia de Osakidetza; Enrique Gómez, Director de Atención Especializada de Osasunbidea; Rafael Matesanz, especialista en Atención Primaria y Especializada y, Juan José Equiza, Gerente del Hospital Clínico de Madrid. DIARIO MEDICO. 15 de junio de 2000

⁵ Juan José Rodríguez Sendín. Taller de Trabajo. RESPONSABILIDAD Y LISTAS DE ESPERA. *El problema de las listas de espera en el SNS. Discordancias, ética y equidad*. VII CONGRESO DE DERECHO SANITARIO. Madrid 19,20,21 de octubre de 2000

Resulta irresponsable obviar que la persona que permanece en una lista de espera, estigmatiza la situación; lo cual provoca un aumento en la percepción de los síntomas y amenazas de la enfermedad. El enfermo se percibe más enfermo o puede inducir o aparentar nuevas enfermedades bien orgánicas o de la esfera afectiva, que provocaran indudablemente nuevos tratamientos, nuevas pruebas, incluso nuevas derivaciones lo que además de engrosar las listas de espera, genera mayor sensación de abatimiento, inutilidad y desamparo.

Las listas de espera -en todo el mundo- la deben formar las y los pacientes no urgentes, es decir aquellos casos que clínicamente pueden esperar. El clínico es el que decide quién entra en lista de espera y lo clasifica como preferente u ordinario. Cada servicio tiene sus criterios de inclusión, indicación y priorización de la lista para sus centros. Para definir la lista de espera hay que establecer algunos parámetros: número de personas en espera, plazos máximos y demora media. Sin embargo, para el o la paciente, el número es irrelevante, lo que le importa es el tiempo que va a tardar en ser operado.

En Europa, se ha empezado a solicitar el criterio de las sociedades científicas para definir por patologías cuánto sería razonable esperar.

En todo caso, se señala que la lista de espera en cero (0) es catalogado como un derroche y un despropósito, pues esto significa tener recursos ociosos esperando un paciente para intervenir.⁶

"Abrir las tardes porque sí no es la solución; primero, porque introduce un elemento perverso, porque entonces sí que se genera más demanda. El objetivo no es operar más, sino dejar la lista por debajo de cierta cifra. Si no, estás poniendo el incentivo donde no debes."

Es decir, pretender llegar cifras muy bajas es también un problema pues en este supuesto se estaría manteniendo una estructura costosa y poco eficiente. Los expertos señalan que ni los sistemas privados tienen como objetivo la lista de espera cero. La espera media es un indicador, pero lo que más preocupa es el tiempo real de espera. A este respecto, existe un estándar internacional más o menos objetivo, que establece que el 80% o 90 % de las personas en lista de espera debe estar dentro de los 3 meses y que nadie debe superar los 6 meses.

El sistema noruego de listas de espera para tratamiento hospitalario es único en el plano internacional. Todo solicitante de reconocimiento médico o de tratamiento en un hospital público –a excepción de quien precise asistencia urgente– es inscrito en una lista de espera. De ese modo se sabe, en todo momento, cuántos pacientes están esperando tratamiento, qué enfermedades son y en qué hospitales se presta asistencia.⁸

El sistema de listas de espera es un valioso recurso para las autoridades: un medio para evaluar la capacidad hospitalaria y la elección de prioridades de acuerdo con las directrices nacionales. Las y los pacientes de prioridad preferente reciben tratamiento de inmediato. Los pacientes de segunda prioridad –enfermos graves– tienen garantía de lista de espera y tratamiento asegurado antes de

⁶ Jon Darpón, Director General de Asistencia de Osakidetza; Enrique Gómez, Director de Atención Especializada de Osasunbidea; Rafael Matesanz, especialista en Atención Primaria y Especializada y, Juan José Equiza, Gerente del Hospital Clínico de Madrid. DIARIO MEDICO. 15 de junio de 2000

⁷ Juan José Rodríguez Sendín. Taller de Trabajo. RESPONSABILIDAD Y LISTAS DE ESPERA. *El problema de las listas de espera en el SNS. Discordancias, ética y equidad*. VII CONGRESO DE DERECHO SANITARIO. Madrid 19, 2021 de octubre de 2000.

⁸ Målfrid Bolstad. Nytt fra Norge. Real Ministerio de Asuntos Exteriores Prestaciones Sociales y Asistencia sanitaria en Noruega. Junio de 2000

tres meses. Los demás enfermos deben esperar hasta que haya vacantes. Este sistema de listas de espera fue implantado por la CCSS en 1990.

Todo lo mencionado obliga a actuar con eficacia y equidad contra las listas de espera y otorgar a esa obligación ética de primer orden, una relevancia especial. En consecuencia desde un punto de vista ético poner los medios para reducir las listas de espera, se suma a la obligación de defender la salud e integridad física y moral del deciente.

Principales recomendaciones emitidas sobre el tema

Sobre el tema que versa este informe, los diferentes órganos de control sea: la Contraloría General de la República, la Auditoría Interna de la CCSS y el Informe de los Notables, han emitido una serie de recomendaciones tendientes al mejoramiento de la prestación de los servicios. En términos generales y sin perjuicio de que puedan ser profundizadas en el documento adjunto, las recomendaciones emitidas versan sobre lo siguiente:

- Necesidad de que las jefaturas identifiquen en sus servicios la demanda, indicadores y metas de producción a fin de que se asegure una mejora sustantiva en la calidad y oportunidad del servicio de consulta externa.
- Emisión de directrices para la gestión (programación y control) de citas médicas.
- Aprovechamiento absoluto de las horas médicas contratadas y pagadas a fin de aumentar la producción y mejorar la calidad y servicio a pacientes.
- Realización de un informe estratégico que contemple la forma táctica y estratégica de abordar la problemática de tiempos y listas de espera contemplando todas sus causas: Recurso humano, infraestructura, equipamiento y red de servicios.
- Responsabilidad de cada director o directora de centro de salud de remitir periódicamente la información referente a listas de espera en forma suficiente, confiable, pertinente y oportuna.
- No cierre de agendas. Toda solicitud debe ser registrada. Adecuada asignación de los campos resultantes producto del ausentismo.
- Emisión de directrices sobre el uso eficiente de los recursos disponibles y la mejora en la atención.
- Transparentar las listas de espera.

Análisis críticos de las recomendaciones emitidas

El tema de listas de espera en la CCSS ha sido objeto de profundas investigaciones. Desde estudios universitarios interesados en el conocimiento de causas y consecuencias desde una perspectiva académica, hasta análisis de órganos de control, que de oficio (en orden de sus competencias) o por denuncia, han iniciado estudios serios y profundos con miras a dilucidar la causa de los problemas, medir su impacto, establecer consecuencias e incidir con sus recomendaciones en la toma de decisiones futuras.

En este orden de ideas, la Defensoría concedora del tema y valorando las consecuencias a gran escala de las listas de espera en los servicios de la CCSS y en cada caso concreto, por cada habitante que denuncia su desatención médica, ha valorado algunos de los informes emitidos por la

Contraloría General de la República⁹, la Auditoría Interna de la CCSS¹⁰ y la Comisión de Notables, con el objetivo de encontrar coincidencias, evaluar impacto y valorar el seguimiento que la institución prestataria de los servicios, le ha dado a las recomendaciones emitidas, por los órganos dichos y por esta misma Defensoría.

Resalta de especial importancia que en materia de los informes emitidos por la Contraloría General de la República, la valoración se circunscribe a algunos estudios disponibles, dado que la institución remitió la información en forma tardía y sin detalle especial que permita conocer todos los pronunciamientos existentes sobre el tema, así como los mecanismos de verificación- seguimiento destinados para evaluar su cumplimiento. Las referencias remitidas respecto de las acciones de cumplimiento resultan genéricas y sin mayor detalle.

A partir de los análisis referidos es posible inferir en términos generales, que todos los órganos de control son coincidentes en la necesaria intervención de que en materia de gestión y control de los recursos en la CCSS se demanda, a fin de generar mayor eficiencia, oportunidad y eficacia en la prestación de los servicios.

Preliminarmente, los informes de los órganos de control han insistido en **la necesidad de realizar estudios de programación de las horas médicas con su correspondiente control de cumplimiento**, de tal suerte que se garantice una adecuada cantidad de las mismas a la atención de pacientes, fin último del servicio público de salud. Al respecto, refirió el órgano contralor¹¹ que con base en informes de cumplimiento, la Administración activa indicó que todas las agendas se encontraban abiertas y que se desarrollaban prácticas de fiscalización que permitían evaluar las actividades de los servicios.

La experiencia demuestra a partir de informes, que las horas médicas no siempre son utilizadas en forma eficiente para la atención de los usuarios, en sus diversas manifestaciones. La subutilización, el no uso de las horas, la duplicidad de actividades, la falta de control de horarios, las ausencias injustificadas de los profesionales, es decir el no aprovechamiento de la jornada ordinaria¹², demandan la necesidad de planificar ordenadamente todas las horas médicas contratadas y pagadas, con los controles correctos, de tal suerte que se garantice su uso absoluto en la ATENCION DE LOS PACIENTES.

Resulta evidente que cuando el tiempo contratado no es utilizado adecuadamente para los fines propuestos –en este caso la atención de pacientes- y la producción generada no guarda una relación lógica con el personal disponible para la atención, es posible concluir que las horas laborales no están siendo maximizadas y por tanto, se está en presencia de incumplimiento de funciones, desatención de pacientes y finalmente desperdicio de los recursos públicos, todas claras manifestaciones de una inadecuada gestión administrativa, y ausencia de supervisión horaria.

Por otra parte y en materia de **“transparentar listas”**, utilizando el discurso del equipo de los Especialistas, se coincide en términos generales que la ausencia de identificación y cuantificación de pacientes que se encuentran en las diferentes listas de espera, hasta hace pocos días sin depuración alguna, no permitía generar acciones concretas y reales que solventara las necesidades presentadas. Los diferentes informes realizados hablan de “identificación de pacientes y

⁹ Contraloría General de la República: DFOE-SOC-83-2009, DFOE-SOC-31-2007, DFOE-SOC-IF-81-2009 entre otros.

¹⁰ Auditoría Interna de la CCSS: ASS-103-R-2009, ASS-146-R-2009, ASS-050-R-2009, entre otros.

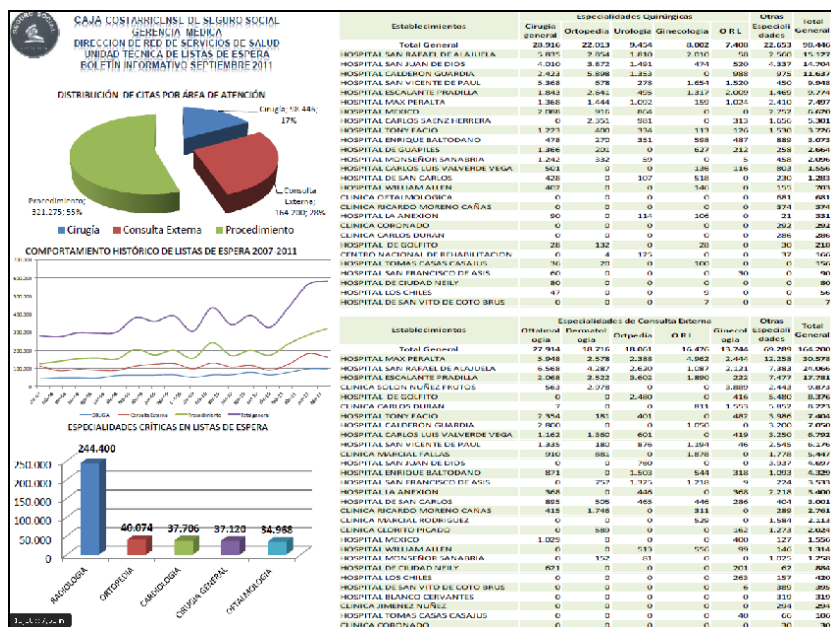
¹¹ Contraloría General de la República DFOE-SD-0518 y DFOE-SOC-0409

¹² Contraloría General de la República. DFOC-SOC-31-2007

transparentar listas”, ambos criterios que refieren la urgente carencia de visualizar la cantidad real de PERSONAS que se encuentran sin atención, sea para una consulta clínica, un procedimiento o realizarse una cirugía.

En particular el grupo de Especialistas, recomendó transparentar las listas de espera en un plazo de seis meses.

Los informes trimestrales de la Unidad Técnica de Listas de Espera (UTLE) dan cuenta del comportamiento de las listas de espera de los hospitales y clínica de la CCSS en tres grandes áreas a saber: procedimientos de diagnóstico ambulatorio, consulta externa especializada y cirugía. Es posible concluir que desde el año 2007 hasta el 2011, el comportamiento de las cirugías y la consulta externa mantienen una tendencia estable que no empieza a crecer sino hasta en diciembre de 2010. Sin embargo, los procedimientos de diagnóstico muestran una tendencia de crecimiento seguido e importante durante estos años sobre todo a partir de diciembre de 2010. Durante esos años, es posible señalar que la distribución de citas por área de atención es aproximadamente de 55 % en procedimientos, 17 % en cirugía y un 28 % en consulta externa. En cuanto a la áreas médicas más críticas tenemos: 1) radiología, 2) ortopedia, 3) cardiología, 4) cirugía general y 5) oftalmología, aunque esto es variable en los años, por ejemplo cardiología en algunos años se encuentra entre estos cinco primeras áreas críticas. Lo mismo respecto de los hospitales más críticos, es posible señalar que los tres primeros son el Max Peralta, (Cartago) San Vicente de Paúl, (Heredia) y Escalante Pradilla (Pérez Zeledón) pero en otros años se trata del Hospital de Alajuela y en otros momentos el Calderón Guardia.



Fuente: CCSS. Boletín Informativo.UTLE. Setiembre 2011

La Gerencia Médica de la CCSS en cumplimiento de esta recomendación depuró las listas de espera por medio de un trabajo especial realizado por la Unidad Técnica de Listas de Espera (UTLE) y encontró que por las fallas comunes del sistema de información de la Institución, cerca del 30 % de la lista de espera estaba “inflada” por personas que se encontraban repetidas varias veces en

distintos centros de salud o, a veces en el mismo. Al transparentar las listas de espera, la UTLE decide que el reporte de la lista de espera no sea más el que ofrece cada centro de salud, sino que se trabajará con un sistema institucional unificado con base en el número de cédula de las personas de esa lista, con lo cual, los números repetidos son excluidos, lo cual considera esta Defensoría es una medida que se ha venido recomendando reiteradamente.

Esta situación que detectó la misma CCSS es bastante seria pues representa que todos los anteriores boletines informativos sobre de la UTLE no reflejaban la realidad. Pero esto no basta, estos informes eran los que servían de fundamento para la tomar decisiones, con lo cual la probabilidades de tomar acuerdos equivocados eran muy elevadas.

La UTLE informa que ya tiene listo y aprobado por la Gerencia Médica, un Plan de Acción para la Reducción de Plazos de Espera que consta de cuatro partes: situación actual, causas de listas de espera, plan de acción a corto plazo y seguimiento y evaluación.

En cuanto al interés de este informe, este plan de acción tiene dos tipos de intervención, una en el ámbito central y el otro en el ámbito local. En el ámbito central, la Gerencia Médica empezará por ofrecer capacitación, orientación y acompañamiento en el tema. En el nivel local, las Direcciones Regionales y Direcciones de Hospitales Nacionales y especializados darán inicio con motivación, inserción, convencimiento, implementación de medidas.

En los establecimientos y regiones habrá un Equipo Gestor de listas de espera. Se revisará la manera de contabilizar las listas de espera y establecer el cálculo de número de citas y plazos de espera. Además se empezará con la programación de las citas más antiguas, con las cirugías a 6 semanas y se procederá a establecer el mecanismo de seguimiento, control y evaluación. Además, se personalizará el registro de citas y se hará una revisión de la estimación de la producción actual, así como procedimientos para la gestión de recursos.

Este Plan se pretende implementar a partir de la mayo de 2012 en todas las áreas de atención y se espera tener los primeros resultados para Cirugías para junio de 2012. En Consulta Externa y Procedimientos se espera tener resultados para setiembre de 2012.

El seguimiento de este plan, y según información de la UTLE, estará a cargo de los Direcciones Regionales, Direcciones Médicos y Jefes de Secciones y Servicios, se realizará por medios de acciones de mejora al recurso humano existente, evolución de la lista de espera a través del plazo de espera y el número de citas y medición de indicadores de gestión por actividad (TUSH) con una periodicidad de aplicación mensual.

Por su parte, la Defensoría de los Habitantes dará seguimiento puntual al cumplimiento de los objetivos propuestos en razón de ordenar, depurar, todo lo relacionado con listas de espera.

En este campo de acción, la responsabilidad de las jefaturas de servicio en la emisión transparente, confiable, suficiente, pertinente y clara de la información sobre la lista de espera, constituye una demanda insoslayable, cuya inatención resulta censurable.

La depuración de las listas, la identificación de cada persona pendiente de atención, no sólo constituye un insumo importante para la toma de decisiones, sino también implica una herramienta de gran utilidad, que permite a la CCSS re -direccionar los recursos extraordinarios, gestionar adecuadamente (previo estudio) los disponibles en cada unidad hospitalaria, y finalmente, y para efectos del paciente orientarle y generarle certeza en cuanto a la proyección de fechas en que probablemente se le brindará el servicio.

Frente a los beneficios que se le genera a la propia Administración, al o la paciente, le accede el derecho de conocer a ciencia cierta, la fecha en que se le realizará el acto médico requerido. Ello

no sólo le permite planificar su vida personal, sino también atender adecuadamente los síntomas que presente, así como manejar los niveles de ansiedad que la espera le produzca.

En definitiva debe el prestatario de los servicios de salud ser consciente que detrás de una afección o caso clínico se encuentra una persona, un ser humano, que depende del goce y disfrute de su derecho a la salud, para ostentar una adecuada calidad de vida. Al respecto se ha dicho:

"El paciente con su problema rodeado de cuestiones valorativas, afectivas, con su marco sociológico, acude al profesional médico buscando hallar el camino hacia la curación de su dolencia o situación patológica, la consulta implica ya una primera situación de alivio y obliga al profesional, a una toma de posición frente al paciente por su saber científico.

La evaluación científica que debe realizar el médico implica información de hechos, un estudio del caso, alternativas posibles, prospectiva de resultados, que van demarcando un campo terapéutico.

Antes de cerrar este acápite debemos resaltar un elemento trascendente: la situación de confianza que deposita individualmente el paciente en su médico y esto deviene de una doble circunstancia.

La primera se deduce del saber científico y el rol del médico en la sociedad, de tal forma que la confianza deriva de una situación dispuesta por la misma comunidad.

En cuanto a la segunda se trata de una cuestión eminentemente subjetiva, la carga afectiva de brindarse, o lo que vulgarmente expresa el paciente como estar en sus manos.

En especial confianza (objetivo-subjetivo) impone en la relación paciente-médico, un respeto mutuo y un especial deber de lealtad en quien está mejor predispuesto científicamente.¹³

Históricamente en materia de listas de espera, los informes emitidos por los diferentes órganos de control, reportan indicios claros, de una clara falencia de las autoridades de la CCSS en materia de **ordenamiento y gestión de los recursos públicos disponibles**. Se ha hecho hincapié en la necesidad de que se emitan directrices y se les dé seguimiento para garantizar una sana administración de los recursos. La carencia de autoridad en las jefaturas y direcciones de centros de salud, aunado a una ausente cultura de cumplimiento normativo e irresponsabilidad laboral, podrían estar incidiendo en el resultado negativo de la inadecuada gestión institucional.

Es menester recordar que las y los funcionarios públicos son simples depositarios de la autoridad que les ha sido conferida por designación. El gestionar en la función pública, no sólo significa un compromiso moral de colaboración con la construcción de un mejor país, sino una responsabilidad legal de agenciar adecuadamente los recursos a su cargo, para generar condiciones satisfactorias en la prestación eficiente del servicio público.

Una adecuada planificación estratégica de los tiempos y listas de espera¹⁴ a partir de un análisis concienzudo de las causas de los problemas: insuficiencia de los recursos humanos disponibles, infraestructura insuficiente, equipamiento, y problemas en la gestión de la red de servicios constituye otra demanda esbozada por los órganos de control que resulta de meridiano cumplimiento.

¹³ GHERSI, Carlos A. Responsabilidad por Prestación Médico Asistencial, Colombia, Biblioteca Jurídica DIKE, 1993, pp 67-68, citado por Dictamen C-175-97 de la Procuraduría General de la República.

¹⁴ DFOC-SOC-31-2007

Al respecto, refiere el órgano Contralor que según información emitida por la CCSS, la Administración elaboró un informe con los elementos de la planificación táctica y estratégica institucional para el abordaje de los tiempos y listas de espera, denominado: "*Propuesta de Elementos de Planificación Táctica y Estratégica para mitigar la problemática de Listas de Espera*". Así mismo, y en el tema de directrices, se apunta la indicación de la realización de las mismas conforme con la recomendación emitida por este órgano y conteste con la Ley de Control Interno sobre los sistemas de información.

Paralelo a lo anterior, el seguimiento realizado por la Contraloría refiere acerca de la elaboración de Plan por parte de la UTLE y dirigido al personal de la CCSS, hacia la sensibilización en el tema de listas de espera y capacitación del personal en aspectos generales y específicos sobre el mismo. Así como la elaboración de un instructivo para la recolección de cortes de listas de espera. Mecanismos como automatización de las agendas médicas en especialidades críticas y la elaboración de un sistema universal y en línea, que permita la asignación de citas en un solo establecimiento y por especialidad.

En este sentido, las personas a cargo de las jerarquías en los servicios públicos de salud (direcciones de centros de salud y jefaturas de servicios), tienen el deber legal de emitir las directrices, en forma coherente con el ordenamiento jurídico y técnico para gestionar, ejecutar y controlar todos los recursos disponibles en su ámbito de competencia. La omisión de cualquiera de estas tres funciones, debe generar responsabilidades para las y los operadores, quienes conocedores de las implicaciones de su incumplimiento, deben asumir con mayor beligerancia y responsabilidad su trabajo.

El dejar espacios libres en la programación de citas, no planificar las vacaciones de las y los prestatarios de los servicios, no realizar el máximo aprovechamiento del tiempo, la no reprogramación, entre otros; son resultados obtenidos que refieren necesariamente la incapacidad de las jefaturas en la gestión de sus servicios.

En el mismo orden de ideas, las autoridades de los servicios y centros de salud tienen la obligación legal y moral de cumplir responsablemente con sus funciones de: gestión adecuada de todos los recursos disponibles (humanos, equipamiento, infraestructura), identificación de la demanda, indicadores, metas de producción y mecanismos de evaluación a fin de conducir a establecer mejoras sustanciales que se traduzcan en la atención de pacientes.

Lo prudencial, responsable y eficiente es utilizar los recursos humanos y materiales en forma idónea, de tal suerte que permita el abordaje de la mayor cantidad de pacientes en condiciones de OPORTUNIDAD Y CALIDAD. En consonancia con los principios de eficiencia, eficacia y buena administración, las listas podrían ser un parámetro de referencia, pero que deberá ser matizado a la luz de las necesidades del servicio y los casos sometidos a conocimiento, en un marco de cumplimiento puntual de horarios, completo aprovechamiento del tiempo, controles adecuados y evaluaciones de calidad; de tal forma que se acredite que la disminución en los tiempos de atención encuentra una razón válida -no ilegal- y que más bien persigue el cumplimiento del interés público para el que fue creado.

Conteste con estos criterios ha establecido la Sala Constitucional en sentencia N° 3743-2007, la obligatoriedad de un hospital nacional de proceder a realizar una operación y que la Administración disponga de los elementos necesarios para garantizar una adecuada clasificación de los pacientes de acuerdo a la urgencia que cada uno presente, y en forma definitiva; para que se agilicen los procedimientos operatorios y se establezcan plazos razonables, no riesgosos y por tanto tolerables para los pacientes que esperan.

No actuar ante la necesidad clínica de un paciente y en el momento oportuno, constituye no sólo una lesión a los derechos humanos, sino también una causa que puede ser objeto de responsabilidad. En este sentido el tratadista Ernesto Jinesta Lobo ha dicho:

"Evidentemente, el problema de las listas de espera, en cuanto una disfunción grave de la organización, funcionamiento y gestión de los hospitales y Clínicas, constituye un campo fértil para la responsabilidad administrativa por falta de servicio, sea por la omisión o la prestación tardía de los servicios de salud."¹⁵

Para tal finalidad, la entidad debe disponer de todos los instrumentos de planificación, administración y presupuestación requeridos, que posibilite contar con los recursos necesarios para el acceso oportuno a los tratamientos, so pena de incurrir en responsabilidad. De tal suerte que no resulta aceptable que fuera de plazos razonables y por hechos no imputables a la población, éstos deban soportar los efectos dañosos de la falta de recursos o la errónea gestión de los mismos por parte de la Administración para atender el servicio público.

La Defensoría ha sostenido que la obligación de los órganos públicos de subordinarse al ordenamiento jurídico tiene varias implicaciones: incluye un deber de diligencia en los procedimientos que regulan su actividad, el respeto a reglas de la ciencia, la técnica, a principios de justicia, lógica y conveniencia, la administración eficiente de los fondos públicos y la sujeción de la actividad administrativa a los principios constitucionales de razonabilidad y proporcionalidad.

Lo anterior nos refiere, a que la Administración Pública, en este caso la CCSS, debe someter su accionar a un deber claro de diligencia, equidad, razonabilidad, proporcionabilidad, eficacia y eficiencia, con un parámetro de legalidad, pero siempre con la visión clara y definida de satisfacción del interés público al que está circunscrita, es decir sometida a los principios constitucionales de eficacia, eficiencia, simplicidad y celeridad de la organización. En este sentido, la Sala Constitucional, mediante voto N° 7532-04, de las 17 horas con 03 minutos del 13 de julio de 2004, en lo conducente, indica:

"... La eficacia como principio supone que la organización y función administrativa deben estar diseñadas y concebidas para garantizar la obtención de los objetivos, fines y metas propuestos y asignados por el propio ordenamiento jurídico, con lo que debe ser ligado a la planificación y a la evaluación o rendición de cuentas...La eficiencia implica obtener los mejores resultados con el mayor ahorro de costos o el uso racional de los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros..."

Por su parte, el artículo 118 de la Ley General de la Administración Pública, en el primer inciso, establece claramente que: "El servidor público deberá desempeñar sus funciones de modo que satisfagan primordialmente el interés público, el cual será considerado como la expresión de los intereses individuales coincidentes de los administrados."

Por ello, esta Defensoría ha insistido ante la Administración de la CCSS, sobre la necesidad de incorporar acciones prontas y EFECTIVAS que garanticen eficiencia en la administración de los servicios de salud, de tal suerte que las y los usuarios, reciban con oportunidad, lo que por derecho propio les asiste. Se ha insistido en la necesidad de tener claridad de que la demanda creciente de los servicios de salud, así como el derecho que le asiste a la población de recibir una atención de calidad, oportuna y continua, constituye un desafío y una obligación para la CCSS.

En este sentido, la CCSS debe asegurar el uso eficiente de los recursos dispuestos para que la jornada ordinaria sea efectiva. Esto es que la mayor parte del personal en la atención directa de las personas se encuentre dispuesto durante ese turno. Es necesaria la apertura de otros turnos de atención según las necesidades de cada caso y la implementación de más y efectivos mecanismos de control y supervisión. Es necesario, si fuera el caso, incentivar al personal sanitario de forma razonable, para alcanzar las metas en cuanto a las listas de espera.

¹⁵ Jinesta Lobo Ernesto. Tratado de Derecho Administrativo Tomo II. Responsabilidad Administrativa. San José. Costa Rica.

Por último, y de relevancia para este trabajo, llama la atención de esta Defensoría la mención expresa que hace la Auditoría Interna de la CCSS respecto del funcionamiento de la UTLE. La revisión de la gestión de esta unidad, evidenció acciones para obtener información relevante para el manejo de la lista de espera y la ejecución de proyectos especiales durante la jornada extraordinaria, los cuales si bien es cierto tienen un impacto en la población usuarias, son una medida paliativa y no han permitido que efectivamente exista una reducción del número de pacientes en espera, puesto que se genera una perspectiva de servicio que no es permanente y una vez finalizado el proceso, la lista de espera nuevamente recupera su nivel de crecimiento.

Si bien es cierto, las acciones que ejecuta la UTLE, en materia de listas de espera y otros temas no relacionados directamente con esta problemática, revisten importancia para el funcionamiento del sistema de salud, es necesario definir claramente el rumbo de esta unidad, para que se planifiquen y ejecuten acciones dirigidas al desarrollo de nuevas estrategias para mitigar efectivamente la lista de espera, puesto que se tiene claro que esta lista es un efecto directo de la aplicación de un sistema de salud universal como el nuestro, pero al mismo tiempo afecta la credibilidad y confianza de las y los usuarios en la gestión Institucional.

CONCLUSIONES DE LA DEFENSORÍA EN RELACIÓN CON EL PRESENTE TEMA

La demanda creciente de los servicios de salud, así como el derecho que le asiste a la población de recibir una atención de calidad, oportuna y continua, constituye un desafío y una obligación para la CCSS, institución a la que por disposición constitucional le corresponde la administración y el gobierno de los seguros sociales, y que tiene como misión, el proporcionar los servicios de salud en forma integral al individuo, la familia y la comunidad, mediante el respeto a las personas y a los principios filosóficos de la misma institución.

Dentro de las múltiples dificultades que ha enfrentado ésta institución en la prestación de los servicios de salud, la principal demanda que se le ha argumentado es justamente la proliferación de listas de espera en muchos de los servicios de los hospitales del país, afectando severamente no sólo la atención directa de pacientes, sino también la gestión misma de la institución, que debe de atender la solicitud ordinaria de servicios y ejecutar acciones para satisfacer la demanda rezagada en las listas.

Tal y como ha quedado demostrado en los múltiples informes de la Auditoría Interna, Contraloría General de la República, Comisión de Notables, Sentencias de la Sala Constitucional e Informes de la Defensoría de los Habitantes, la situación de las listas de espera de la CCSS, manifiesta un común denominador: una incapacidad administrativa para disponer adecuadamente los recursos humanos y materiales y conducirlos hacia una eficiente prestación del servicio público de salud.

Partiendo del supuesto de que las listas de espera, per sé son consustanciales a los servicios de salud, su existencia en sí misma, no es por tanto el problema, sino más bien, el aumento desmesurado de las mismas, lo que desemboca en plazos irrazonables y desproporcionales en la atención de las y los usuarios.

Parece entonces, que la causa del problema presenta dos momentos: inicialmente la CCSS ha demostrado impotencia en la gestión autónoma de algunos de sus servicios y en un segundo momento, cuando a partir de exhaustivos informes, con sus respectivas recomendaciones, la institución no ha podido (no han sido efectivos, o presentan un claro efecto dilatorio) implementar los planes y acciones con los que -en principio- ha querido solventar los problemas. Las evidencias ponen de manifiesto deficiencias en la aplicación de un sano gobierno de las finanzas públicas en este campo. Al habitante que requiere de los servicios de salud, no sólo, no se le brinda un oportuno y eficiente servicio; sino también se le violenta su derecho a un manejo adecuado de los recursos públicos que han sido destinados para su atención.

No pretende desconocer esta Defensoría los esfuerzos que desde unos tres años al presente, ha emprendido la institución para disminuir los tiempos de espera de muchas personas que se encuentran hoy pendientes de atención, sin embargo; las múltiples medidas implementadas, no se han traducido en soluciones eficaces que resulten sostenibles en el tiempo. No porque los planes estratégicos definidos (como por ejemplo las proyecciones realizadas por la UTLE) no resulten válidos y atinentes, sino porque ha estado ausente la voluntad decisiva de todos los actores involucrados y la gestión de las jefaturas en su consecución.

Observar las muchas y tantas recomendaciones vertidas por los diferentes órganos de control, solamente evidencian, el arduo análisis que sobre el tema se ha realizado, sin embargo; la ausencia de una contraparte clara, sea un mecanismo de control y verificación, así como la falencia de una cultura de legalidad, en términos de un mecanismo de autorregulación individual y regulación social, que exija por parte de las y los ciudadanos y funcionarias y funcionarios públicos, una cierta armonía entre el respeto a la ley, las convicciones morales y las tradiciones y convenciones culturales; constituyen la principal debilidad.

El transcurrir del tiempo y las pruebas evidencian que aunado a que las recomendaciones vertidas no han sido necesariamente incorporadas en la gestión pública; también es cierto que la incapacidad de gestión, parece ser creada por los mismos actores-prestataarios. Por más proyecciones, planes estratégicos que se diseñen desde las altas gerencias, sino se dispone de una cultura ética, profesional y de responsabilidad en las jefaturas y mandos medios, la realidad no tendrá cambio alguno. Verbigracia, observar en reiterados estudios la recomendación de "cumplimiento de horarios médicos", situación que no sólo evidencia la ausencia de controles por parte de las jefaturas, sino también de la disposición al cambio, al cumplimiento de las funciones, para las cuales se les cancela mensualmente un salario.

La información que se dispone acerca del tema es vasta e influyente. La clave del éxito radica en su integración y aplicación real. Un abordaje completo, enfoca direccionar las energías hacia la gestión integrada de todos los recursos disponibles, con una visión responsable, de fiel cumplimiento normativo y de control. Variables como el modelo de atención de las personas, una visión e inyección de recursos en red de servicios, la información epidemiológica y los perfiles de morbilidad y mortalidad, resultaría de gran utilidad para la toma de decisiones de la Institución.

Finalmente, y partir de lo descrito se evidencia que se han desarrollado proyectos que impactan en las listas de espera, no obstante el comportamiento de los datos demuestra, que la cantidad de pacientes que engrosan dicho listado, presenta una tendencia hacia el crecimiento lo cual implica que las acciones ejecutadas no han generado un resultado sostenible, sino más bien son de tipo paliativo y con un impacto momentáneo en el sistema.

B.- FORMACIÓN DEL RECURSO HUMANO EN SALUD: EL CASO DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS

Para dar inicio a esta sección, es necesario señalar que el recurso humano es un factor crítico para la prestación de servicios de salud. Este factor resulta de tal importancia que puede ser el motor de la transformación en salud, o el principal obstáculo para los cambios. La importancia del recurso humano en salud, es que sobre él recae la mayor parte de la responsabilidad del mejoramiento de la salud de la población. Si bien hay que reconocer la necesidad de contar con otro tipo de recursos, como el financiero, el material, o la infraestructura, como hemos dicho antes, se dice que el recurso más importante en cualquier organización es el humano.

Por otra parte, el Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo ha señalado que el objetivo básico del desarrollo humano es *"ampliar las oportunidades de los individuos para hacer que el desarrollo sea más democrático y participativo; esas oportunidades son el acceso al ingreso y al empleo, a la educación y a la salud, y a un entorno físico limpio y seguro"*; además, indica que *"a cada individuo debe dársele también la oportunidad de participar a fondo en las decisiones"*

comunitarias y de disfrutar de la libertad humana económica y política". "Las personas deben tener la oportunidad de invertir en el desarrollo de sus capacidades y sus aprendizajes, también la oportunidad de usar esas capacidades para participar a fondo en todos los aspectos de la vida y de expresarse en forma libre, creativa y ampliar sus oportunidades de progreso"¹⁶. Esto es, que las personas deben ser el centro de atención y a su alrededor debe forjarse el desarrollo.

Se debe señalar además que los servicios de salud constituyen un sector económico intensivo en recursos humanos, por lo que la regulación de su producción, utilización y desarrollo son áreas claves para avanzar y lograr eficiencia y calidad de la atención de salud que reciben las y los usuarios, e impulsar el logro de los objetivos de salud.

Esta es una acción política que involucra una fuerza de trabajo en el campo de la salud, aún bastante indefinida en su composición, tradicionalmente se consideran en esta a: profesionales en medicina, odontología, enfermería, psicología, farmacia, nutrición, trabajo social, microbiología así como personal técnico y profesional de medios de diagnóstico y tratamiento, auxiliares de enfermería, administradores, entre otros más.

En este análisis deben ser considerados los espacios o campos donde desempeñan su labor, los y las profesionales en salud, los cuales van desde el modelo de organización a los que están adscritos, hasta las relaciones que los actores de esas organizaciones tienen y que imprimen un patrón determinado en la conducta de las y los trabajadores. El medio, en el que se desenvuelven va desde la comunidad hasta las relaciones laborales, todos estos factores determinan el desempeño de las y los trabajadores.

Por otra parte, su formación. No basta con formar recursos altamente especializados. Es necesario que las políticas relativas a la fuerza de trabajo deban estar enmarcadas por una perspectiva de género y de derechos humanos como guía y base para definir y poner en práctica un proyecto de recursos humanos que integre valores universales: que sea no discriminatoria, que sea equitativa, y sensible a las realidades de los diversos grupos e individuos que forman esa fuerza de trabajo.

Los problemas del recurso humano en salud de la CCSS son varios. Cabe citar por ejemplo, la falta de política de formación, su dispersa y variable regulación, su formación y su distribución. Pero además las autoridades sanitarias no perciben el tema en su dimensión sistémica, por lo que las acciones son segmentadas y descoordinadas.

Con lo anterior, dejamos planteado dos cuestiones fundamentales:

A.El tema del recurso humano en salud debe ser comprendido y analizado desde un punto vista sistémico. El tema del recurso humano se inserta dentro de un análisis que contempla otras variables, como el entorno, las regulaciones, las instalaciones, la formación y actualización, y los medios para cumplir los fines.

B. Que la producción social en salud y sus resultados, como la gestión de listas de espera, no solo se mide por la cantidad y la calidad de recurso humano que se forme y distribuya, siendo necesario considerar las variables señaladas anteriormente.

Sobre el recurso médico especializado

El tema de las especialidades médicas constituye uno de los aspectos de mayor relevancia, ya que se relaciona con la oferta de servicios de salud a las personas

¹⁶ Desarrollo Humano. Informe de 1990. PNUD. Tercer Mundo Editores. Bogotá, Colombia.1990.

En virtud de lo anterior, cualquier decisión que se tome respecto a formación o distribución de especialidades, debe ser respaldada por los elementos técnicos que justifiquen las acciones realizadas. Esto en función de las necesidades de la población y en el marco de la sostenibilidad financiera.

A lo largo del tiempo se han analizado diferentes variables pero, en su mayoría de orden cualitativo, como única opción debido a la ausencia de parámetros y sistemas de información que no permiten, por sí solos tomar decisiones. Esto cobra mayor importancia, si se contextualiza en la realidad institucional en la que se torna difícil la asignación de especialistas a la periferia del país y en la que los Hospitales del Área Metropolitana tienen mayor capacidad para absorber estos especialistas, por condiciones de disponibilidad de guardias, vacaciones, sustituciones y por contar con plazas libres.

El tema de la formación y distribución de especialistas, es un tema complejo por la falta de indicadores que realmente expresen la realidad nacional, tan característica por la oferta de servicios que brinda la CCSS y los niveles de cobertura que se tienen. Existen estudios en otros países que no pueden adaptarse por la situación antes mencionada. Es por ello que la Institución debe generar sus propias políticas y parámetros, en el marco de las posibilidades, no de la Institución sino del país, garantizando la sostenibilidad de uno de los pilares institucionales de Costa Rica.

Precisiones conceptuales: Es el Artículo 1 de la Ley de Incentivos a los Profesionales en Ciencias Médicas, N° 6836 que reformó el Artículo 40 de la Ley General de Salud, N° 5395, para definir los profesionales sanitarios señalando quienes ostenten el grado académico de Licenciatura o uno superior en las siguientes especialidades: Farmacia; Medicina, Microbiología Química Clínica, Odontología, Veterinaria, Enfermería, Nutrición y Psicología Clínica. Esta norma prevé una definición muy reducida de lo que realmente comprende el espectro de lo que son los recursos humanos en salud.

El amplio espectro de categorías ocupacionales que intervienen en la ejecución de dichas acciones es un tema consensuado a nivel global, la cuestión que no ha sido resuelta es la determinación específica sobre quiénes son las y los trabajadores de la salud pública. Postulados ortodoxos plantean que sólo debe considerarse al personal que ha sido formado en las instituciones educativas como especialistas en salud pública. Otras posturas se van al extremo opuesto al incluir como personal de salud pública a casi todos los que laboran en el sector salud (administrativos, conductores de ambulancia), agregando a trabajadores de limpieza y de supervisión de mercados entre otros.

Con el fin de analizar de forma sistémica y holística el tema del recurso humano en salud, preferimos definirlo desde el punto de vista de la Salud Pública.

En relación a la definición de la fuerza de trabajo en salud, la OPS considera que "*consiste de todos aquellos trabajadores de salud responsables por contribuir directa o indirectamente al desempeño de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP), independientemente de su profesión y la institución donde ellos realmente trabajan*" (OPS, 2002).

Ahora bien, esta parte del informe tiene por objetivo conocer el contenido y los alcances de lo señalado por la Contraloría General de la República, la Auditoría de la CCSS y Informe del equipo de especialistas nacionales, solo en cuanto a la formación de recurso médico especializado, por lo que a continuación se analizará lo mencionado por dichos informes a este respecto.

Recomendaciones de la Contraloría General de la República, la Auditoría de la CCSS y el informe del equipo de especialistas nacionales

Informe del equipo de especialistas nacionales. (Notables)

Se debe señalar que una de las debilidades encontradas en el informe de los especialistas nacionales es su omisión sobre la formación de recurso humano médico. El informe se concentró en la gestión del recurso humano existente. Veamos:

Reasignar, reducir y desacelerar fuertemente el crecimiento de plazas

R.28. *En el nivel central, regresar al número de plazas que existían en el 2005. Para ese fin se pueden reasignar plazas -esto es, trasladarlas del nivel central al nivel de atención a las personas-, o reducir las. Considerando que solamente se dio un crecimiento en la estructura administrativa sin eliminación de duplicaciones, se estima que la reducción en el número de plazas no debería ser menor al 25% de las nuevas plazas creadas para profesionales administrativos, otros puestos administrativos, personal de servicios generales y jefaturas entre el 2005 y el 2010*

R.29. *Congelar el número plazas a partir del 1 de octubre del 2011 y durante todo el 2012, y que a partir del 2013 el incremento se dé principalmente para la atención directa de las personas aseguradas y que no sea mayor a 1% anual.*

Respecto de las recomendaciones 28 y 29, esta Defensoría conoce que la Junta Directiva de la CCSS ha señalado que este tema ha venido siendo atendido por la Institución previa a la emisión de este informe, lo cual es cierto. Sin embargo, solicita a la Gerencia Administrativa un informe sobre la revisión de la estructura organizacional, su respectiva asignación de plazas y la viabilidad legal y técnica de esta recomendación. Por su parte, el sector sindical de la Junta estuvo en contra de estas recomendaciones, las cuales consideró como ocurrencias por lo que estimó necesario solicitar criterio a los gremios.

La Junta Directiva le solicitó a la Gerencia Administrativa un informe sobre los niveles reales de contratación institucional. Esta cuestión está en estudio a la fecha de este informe.

En este sentido, esta Defensoría conoce que en la Política de Aprovechamiento de Racionamiento e Integralidad de 2012 se mantiene la creación de 350 plazas. En dicho documento se refiere que habrá restricción pero se exceptúa a las y los especialistas, enfermería y auxiliares de enfermería. Es decir todo el recurso que ha estado formando en CENDEISS.

R.51. Congelar y mejorar el otorgamiento de nuevas becas al exterior en 2011 y 2012, y delimitar a futuro.

El informe de los especialistas señala que se debe congelar el otorgamiento de nuevas becas en el exterior por lo que resta del 2011 y el 2012, y para los años siguientes disminuir al equivalente anual a 1.000 millones de colones del 2011. Además, el CENDEISS debe definir *a priori* una "lista corta" de las principales prioridades y necesidades de formación de especialistas, incluyendo consideraciones que afectan directamente los costos como es el lugar de destino, y que se asignen becas al exterior solamente en función de esa lista. Por su parte, el CENDEISS opina que no es viable congelar becas; motivo por el cual la Junta Directiva solicitó una actualización de plan de formación, incluir otras especialidades. Pero lo importante es definir qué es lo que se requiere formar.

De igual forma, la Junta Directiva señala que este tema ha venido siendo atendido por la Institución previa a la emisión de este informe en el Plan de Capacitación y Formación del CENDEISS. Sin embargo, solicita a la Gerencia Médica que presente un informe sobre la situación en esta materia, con los parámetros de selección de candidaturas, y la metodología para el otorgamiento de beneficios de estudios en el exterior, y el plan de necesidades de capacitación en función de las necesidades actuales y futuras. El sector sindical está en desacuerdo con esta recomendación y considera necesario que las becas deban ajustarse a la realidad del país, además de que se revise el funcionamiento del CENDEISS.

Informes de Auditoría Interna de la CCSS

Contrario al caso de los “notables”, la Auditoría Interna de la CCSS, trata el tema de RRHH en salud en forma amplia, y desde varios puntos de vista: políticas de RRHH, gestión del Recurso, formación y distribución. Las investigaciones que realiza la Auditoría las realiza por especialidad del RRHH en salud, tal y como se desprende de los Informes remitidos a esta Defensoría, los cuales se citan a continuación, con las principales recomendaciones contenidos en ellos. Asimismo, la Auditoría mediante Oficio N. 22849 de 7 de mayo del 2012 informa a la Defensoría del seguimiento **dado a esas recomendaciones.**

1.- Sobre Personal Médico y Técnico para la Atención del Cáncer en CCSS.

Sobre este tema las principales recomendaciones emitidas son:

A la Gerencia Médica:

- Con el CENDEISSS y sobre la base de las actividades de cada nivel de atención y centros especializados establecer en forma concreta los requerimientos de profesionales médicos, personal técnico y otros, necesarios para garantizar la atención integral del cáncer.
- Desarrollar un programa de capacitación continúa del personal médico y técnico, y otros, de manera que se traduzca en una mejora sustancial de los conocimientos, destrezas y aptitudes.

En seguimiento al acatamiento de las recomendaciones formuladas, el Oficio de la Auditoría Interna de la CCSS, Oficio 22849 de 7-5-2012, informa:

- Se han identificado los recursos requeridos en el modelo de atención del cáncer-.
- Esta primera parte se dio por cumplida, cuyo producto fue el documento denominado: *"Identificación de necesidades de formación y capacitación para la atención integral del cáncer a ser financiado por la JPS en el periodo 2009-2012"*.

2.- Sobre Personal de Enfermería:

Se recomendó: A la Gerencia Médica:

- Con la participación de la Unidad Técnica de Enfermería, Dirección RRHH, la Dirección de Proyección de Servicios de Salud y el CENDEISSS, elaborar:
 - Un *estudio técnico para determinar la oferta básica de servicios de enfermería*, según nivel de atención y complejidad.
 - Un plan de *dotación* del recurso humano en enfermería, de manera que se asigne y distribuya el personal en concordancia con requerimientos técnicos, que garanticen la prestación de servicios en el corto, mediano y largo plazo.
 - Un plan de *formación* que asegure la dotación del recurso en la institución
 - Un *programa de capacitación*, orientado a mejorar la fundamentación técnica de los procesos y actividades sustantivas de esta disciplina, a fin de fortalecer la capacidad resolutiva en los establecimientos de salud.

Al respecto, la Auditoría Interna informa en el oficio citado que algunas recomendaciones se encuentran en proceso de cumplimiento y otras no se han cumplido a saber:

- Las dos primeras recomendaciones se consideran en PROCESO, dado que a pesar de que se elaboró un estudio de necesidades, no se evidenció la ejecución de un plan de dotación del recurso humano, fundamentado en dicho estudio.
- Las otras dos recomendaciones se consideran incumplidas, dado que la Gerencia Médica no conformó el grupo de trabajo para tales fines ni hubo documentación que evidenciara cumplimiento.

3.- Sobre el Servicio de Urología en la Red de Servicios de Salud.

Se recomendó:

a) Fortalecer los servicios con médicos especialistas en urología como técnicos a partir del informe "Necesidades de Especialistas Médicos para la CCSS, Proyección 2006-2017". Mediante elaboración, autorización, e implementación, de un plan en un plazo de 6 meses, que permita desarrollar acciones para tal fin.

b) Establecer mecanismo de control CENDEISS para verificar monitorear e informar sobre las acciones orientadas a cumplir con las actividades de formación que permitan garantizar la disposición de recurso humano según el Informe de Necesidades de Especialistas Médicos para la CCSS Proyección 2006-20017.

En ese sentido, la Auditoría refiere que la recomendación a) se tiene por INCUMPLIDA, dado que dicha recomendación será retomada hasta que finalice el "estudio de complejidad de Hospitales". La recomendación b) se tiene como en proceso de cumplimiento.

4.- Sobre los Servicios de Cardiología en la Red de Servicios de Salud:

Se recomendó:

A la Gerencia Médica:

a.- Junto con Proyección de Servicios de Salud y Comisión de médicos de la especialidad de la Red, elaborar políticas y estrategias para la organización, funcionamiento y articulación de los servicios médicos en Cardiología, según niveles de atención y complejidad.

b.- Definida la oferta básica y con la participación de la Dirección de Administración y Gestión de Personal y el CENDEISSS, definan para todos los centros asistenciales, las necesidades de recursos humanos (*médicos especialistas en Cardiología, enfermeras y personal técnico*), para fortalecer la especialidad teniendo como referencia el documento denominado "Necesidades de *Especialistas Médicos para la Caja Costarricense de Seguro Social, Proyección 2006-2017*", donde se determinó un faltante de 11 especialistas en Cardiología para el 2009. En este análisis recomiendan valorar la conveniencia de asignar en los Hospitales Regionales y Periféricos (Segundo Nivel de Atención), dos Médicos Especialistas en Cardiología.

Al respecto, Auditoría Interna reporta que no ha sido cumplida la recomendación a), siendo que la comisión nunca se conformó. Por su parte, y en relación con la recomendación b) se tiene que está en proceso dado que el estudio de complejidad de hospitales no se ha concluido.

5.- Recurso Humano especialista en Anestesia y Recuperación:

Se recomendó a la Gerencia Médica:

a) En conjunto con la Dirección Proyección de Servicios, de Redes y CENDEISSS, garantizar que la asignación y distribución del recurso humano en Anestesiología se efectúe de conformidad con lo establecido en el documento: "*Necesidades de Especialistas Médicos para la Caja Costarricense de Seguro Social Proyección 2006-2017*", y el Contrato de Aprendizaje con los residentes.

b) Solicitar a la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, CENDEISSS y Recursos Humanos, elaborar e implementar un estudio técnico que valore el incremento de códigos para Médico Especialista.

c) Con la asesoría legal valorar la conveniencia de regular el desplazamiento de Médicos Especialistas entre Centros de Salud.

d) Junto con la Dirección Actuarial y el CENDEISS, al análisis del monto del Contrato de Aprendizaje para Médicos Especialistas, (que corresponde a \$ 8.944 por año por carrera especializada), para considerar aumento que contribuya a garantizar la permanencia de estos profesionales y fortalecer compromiso con la institución.

Al respecto, Informa la Auditoría Interna:

La recomendación a) se encuentra en proceso de cumplimiento ya que la asignación de dichos especialista no corresponde a lo establecido en el documento de necesidades de especialistas 2006-2017.

Sobre la recomendación b), no se reporta seguimiento. Sobre la recomendación c) se indica que la misma se encuentra en proceso ya que se dio intercambio de documentación con aspectos legales entre Gerencia Médica y Jurídicos. En relación con la recomendación d) se encuentra en proceso ya que se pretende eliminar dicho contrato por el Fondo de Retribución Social, pero hasta la fecha se firma contrato.

De lo anterior se desprende que de las anteriores 14 recomendaciones que emitió la Auditoría de la CCSS, y que reportan seguimiento según Oficio 22849 de 7 de mayo del 2012: 7 se encuentran en proceso (50%), 4 no fueron cumplidas (29%); 2 si se cumplieron (14%) y 1 no se reporta seguimiento (7 %)

La misma Auditoría indica en relación con sus recomendaciones, literalmente que:

"A.- Sobre el tema relacionado con recurso humano:

El seguimiento dado al acatamiento de las recomendaciones formuladas por esta Auditoría en los Informes señalados evidenció que las recomendaciones que seguidamente se incluyen no han sido atendidas en todos sus extremos."

Análisis crítico de las recomendaciones emitidas:

a. Sobre la situación del recurso humano y médico especializado

El sector salud es claramente sensible a los determinantes estructurales y los derivados de la dinámica de sistema económico y político. Por este motivo en la propuesta y ejecución de las políticas públicas siempre se debe tener presente que un sector que se va a ver favorecido o perjudicado de manera sensible va a ser el sector salud y por ende uno de sus recursos: el humano.

El fortalecimiento de los recursos humanos en salud pública requiere una intervención a varios niveles y sobre todo en un sistema de salud se deben considerar las políticas, planificación, composición y distribución y regulación del recurso humano.

En el plano institucional, es importante intervenir en la administración de personal, organización del trabajo, negociación, relaciones laborales, condiciones de trabajo, y desarrollo de competencias. En la gestión integral de servicios, es necesario evaluar e incentivar el desempeño, la productividad, la motivación, el trabajo en equipo, la educación permanente, el compromiso, y la calidad, entre otras.

Desde esta perspectiva de constante cambio, los desafíos que se plantean para definir, formar, y capacitar el recurso humano en salud pública, consisten en adecuar la fuerza de trabajo de los servicios de salud a las necesidades de salud de la población; es colocar las personas adecuadas en los lugares adecuados. Procura una distribución equitativa del personal de salud en las diferentes regiones y de acuerdo a diferentes necesidades; desarrollar mecanismos de interacción entre las instituciones de formación profesional y las de servicios de salud que permitan adecuar la formación de profesionales de salud para un modelo de atención universal, equitativo y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población.

Si el obstáculo del desarrollo de los recursos humanos reside en la escasez de recursos, en barreras técnicas insuperables, cualquier esfuerzo de repensar este campo sería inútil; pero bien sabemos que el rezago en el mundo del trabajo es más la falta de compromiso político, de creación de inteligencia y conocimiento en torno al factor humano de la organización y de indiferencia hacia lo humano, y no tanto, de cantidad de recursos para ese desarrollo.

La Defensoría considera que se debe romper con el anterior paradigma para pasar a un momento en el cual exista un verdadero compromiso con el factor humano en salud, no sólo con el personal médico, considerando de manera integral las necesidades de capacitación, distribución y otras condiciones, del personal de salud en general. Las decisiones que se adopten al respecto deben estar fundamentadas sobre serios y eficientes estudios técnicos.

Esta Defensoría conoce que varios estudios de proyección de formación de recurso humano y en particular sobre médicos y médicas especialistas, por ejemplo el *ESTUDIO DE NECESIDADES DE ESPECIALISTAS MEDICOS ACTUALIZACION. DICIEMBRE 2011-2015*, de agosto de 2011 y su antecesor, estudios de Necesidades de Especialistas Médicos para la Caja Costarricense de Seguro Social, Proyección: 2006-2017 de diciembre de 2006, los cuales se ha tenido como los documentos base para determinar en cada centro cuánto y qué tipo de especialidades es necesario formar personal médico. Dicho estudio es cualitativo y subjetivo por cuanto se determinaron las necesidades a partir de los reportes dados por los Direcciones Médicas de los distintos centros de salud. Por este motivo, es que podemos afirmar que la política de formación de especialidades médicas en la CCSS, no ha contado en el pasado con un serio estudio técnico de necesidades. Actualmente la Gerencia Médica de la CCSS, se encuentran realizando un estudio integral sobre el tema.

Sobre las recomendaciones de la Contraloría General de la República, la Auditoría de la CCSS y el informe del equipo de especialistas

b.1.Sobre los informes de la Auditoría de la CCSS

Se considera que los informes de auditoría, son informes metodológicamente bien estructurados que contienen información clara y precisa de cada campo en el que se investiga. Se consideran informes muy completos en términos técnicos, analíticos y recomendativos, los que en sus consideraciones contemplan aspectos con los que esta Defensoría concuerda, llamando poderosamente la atención la incapacidad de las instancias a las que van dirigidas las recomendaciones para llevarlas a cabo, debiendo cuestionarse las razones para que ello sea así.

Al revisar esos informes, coincidimos en sus apreciaciones y recomendaciones, ya que demuestran y definen la problemática que se presenta en la formación y gestión de RRHH en Salud en la CCSS, nótese por ejemplo las siguientes argumentaciones:

"...La evaluación realizada por la Auditoría en la diferentes especialidades permite evidenciar diferencias entre las necesidades establecidas en los estudios del CENDEISSS y los especialistas formados para enfrentar la demanda de servicios

médicos, tal situación permite señalar que la respuesta a la necesidades institucionales es insuficiente, no obstante que se han realizado esfuerzos importantes para disminuir la brecha existente.

La insuficiencia de médicos especialistas en la Institución es inducida por varios factores internos y externos, entre los factores internos están la limitación presupuestaria y de política salarial que impide asignar una mayor cantidad de recursos económicos para dar apertura a una mayor cantidad de códigos de residentes ; otro factor interno, es la capacidad instalada¹⁷ con que disponen algunos centros médicos de la Caja, lo cual ha imposibilitado dar una mayor apertura de campos docentes por la carencia de infraestructura adecuada y el equipamiento necesario para impartir programas de posgrado en ciencias médicas.

Como factor externo a la insuficiencia de médicos asistentes especialistas, está la concentración y la disponibilidad (número de docentes) en los centros médicos asignados para los programas de posgrados en especialidades médicas, situación que igualmente limita la formación de los especialistas requeridos. Otra limitante en el proceso de formación de especialistas, es la selección de los candidatos para las residencias médicas, donde los aspirantes deben aplicar pruebas académicas que son elaboradas por docentes de la Universidad de Costa Rica y que laboran a su vez para la Institución, sobre este proceso la Caja no ejerce ningún tipo de supervisión ni control por tratarse de actividades donde la Universidad aplica su autonomía.

A la carencia de profesionales médicos especializados en los centros asistenciales, se adiciona la problemática de la distribución, las y los profesionales al finalizar su período de formación desean ubicarse en zonas de su conveniencia para brindar sus servicios y no en aquellos centros médicos propuestos por la Institución para cubrir la demanda. Esta situación, se produce no obstante, la existencia de "Contrato de Aprendizaje", que dispone que el profesional deba laborar, una vez finalizado su período de estudio, en el lugar que satisfaga las necesidades institucionales.

Es evidente la concentración de personal médico especialista que finalizan su período de formación en hospitales nacionales, los datos obtenidos en las especialidades analizadas determinan que los Hospitales San Juan de Dios, Calderón Guardia y México son los que tienen la mayor cantidad de especialistas asignados, situación que podría eventualmente tener justificación por ser la que atiende una mayor población y demanda; sin embargo, también visualiza que no se da una distribución equitativa¹⁸ que permita a otros centros médicos de zonas periféricas o regionales atender su demanda de servicios.

Sobre utilización de códigos de plazas de médicos residentes, por parte de la Gerencia Médica, es claro que la asignación y aprobación de estos recursos tiene como fin único formar especialistas, utilizar este tipo de códigos en nombramientos interinos en unidades médicas o administrativas o el nombramiento de dos profesionales en la misma plaza, desvirtúa el propósito de las mismas y contraviene la política presupuestaria y salarial de la Institución.

Los convenios suscritos entre ambas entidades para coordinar la formación de especialistas, no visualizan, aun cuando se realizan esfuerzos, una solución precisa a la insuficiencia de recurso humano especializado en la CCSS; los propósitos de ambas

¹⁷ Reglamento de la Actividad Clínica docente en la CCSS

¹⁸ Plan de Acción de la Gerencia Médica 2007-2012, Línea Acción 55.

entidades son distintos, no obstante de formar parte del Sector Salud y mantener un marco referencial de cooperación. Tal situación asociada a la necesidad de una mejor planificación de los recursos disponibles en el mediano y largo plazo y a la evidente ausencia de participación de parte de la Caja en el proceso de selección de las y los aspirantes a residencias médicas, permite señalar que debe darse un compromiso, participación más abierta y contundente en la selección y admisión de aspirantes a especialidades médicas por parte de la Caja, como Institución que aporta, si no todos los recursos, un alto porcentaje de éstos, tanto en infraestructura, equipamiento y docentes, que además de laborar para la Universidad, también tienen relación y compromiso laboral con la Caja.

El análisis sobre la participación de esa Institución en los procesos de selección, debe estar sustentado en variables importantes como: apertura de campos docentes en los centros médicos hospitalarios, los cuales a su vez deben dotarse de las condiciones; tanto en equipamiento, infraestructura y docencia. Debe observarse y analizarse la reglamentación sobre formación de especialistas en Ciencias Médicas, a efecto de no solamente delimitar aspectos de índole laboral y del contrato de aprendizaje, ya que la parte medular es la inserción al proceso de formación, situación en la cual, como se ha mencionado, la Caja no tiene participación y es la más afectada al no poder cumplir a cabalidad con la prestación de servicios médicos que demanda la población.

Por otra parte, no se evidenció la existencia de un estudio técnico y debidamente documentado que considerara variables como perfil epidemiológico, zonas geográficas, demanda de los servicios, estadística de salud, entre otras, que se haya utilizado para establecer la distribución de los especialistas a los distintos centros de salud. A partir de 2006 se inició a la firma de contratos de aprendizaje, donde la o el profesional se compromete a trasladarse al centro médico que la institución requiera, pero esta disposición no será plenamente aprovechada si se continúa determinando la asignación de los nuevos especialistas a partir de información insuficiente y criterios subjetivos¹⁹. Se convierte en un hecho de mayor importancia la necesidad de contar con un método técnico especializado para establecer la asignación de los especialistas, si se toma en consideración que el proceso de formación de oftalmólogos impulsado por el CENDEISS no va a satisfacer la totalidad de los profesionales que se requirieren.....²⁰

A las consideraciones anteriores, la Auditoría ha planteado recomendaciones como las que se visualizan en los cuadros adjuntos como anexos, todas ellas relacionadas principalmente con el tema de elaboración de políticas en la formación del recurso humano; determinación de necesidades de RR.HH.; planes de formación y capacitación; mecanismos de control que debe ejercerse en relación con la asignación de los campos para residentes; políticas de funcionamiento de los servicios, estudios para incrementar códigos –plazas, etc.

En este sentido, se debe indicar que el proceso de formación de personal de salud responde a las demandas sociales que poco tienen que ver con los requerimientos de los servicios de la CCSS o con las necesidades de salud del país, relacionándose más bien con aspiraciones de determinados segmentos sociales por la ampliación de sus oportunidades educativas, intereses gremiales e incluso intereses comerciales de las casas educativas. En este sentido, se denota la escasa

¹⁹ En la actualidad la Gerencia Médica se encuentra realizando un nuevo contrato denominado Fondo de Retribución Social, el cual está en las etapas finales de su diseño, para ser presentado a la Junta Directiva para su consideración.

²⁰ Informe de auditoría Interna de la CCSS N. ASS-160-R-2010.

respuesta y el poco interés que está generando la situación de salud (v.g envejecimiento de la población, situación epidemiológica) y de los servicios de salud, en el área de los recursos humanos.

Lo anterior determina la necesidad de modificar prioridades de formación, e incluso estrategias metodológicas en el campo del desarrollo de los recursos humanos en salud, que respondan y tomen en consideración esa situación de salud y de los servicios principalmente los de la CCSS.

Indica Purcallas , que el *"...surgimiento de múltiples instituciones de salud, la complejidad de las redes de servicios y la multiplicación de unidades organizacionales al interior de los mismos, simultaneo con una reducción del financiamiento y una cada vez más consistente preocupación por la eficiencia del sector salud, está planteando una sistemática demanda por mejoras de carácter administrativo y desarrollo de la capacidad de gestión en salud..."*

La necesidad de ese "desarrollo de la capacidad de gestión en salud", se vio reflejada en nuestro sistema de seguridad social, dándose un aumento en los procesos de formación y capacitación *en administración de servicios salud* en las y los funcionarios de la CCSS. En la actualidad la UCR, la UCIMED y la UNED tienen especialidades relacionadas con "administración de servicios de salud", que datan desde hace bastantes años. Incluso la UCIMED, imparte la especialidad en dermatología. A tales efectos, se puede decir que son muchos los profesionales de las ciencias de la salud, que ostentan un título que los capacita formalmente para "gestionar" un establecimiento o servicio de salud. Aquí el cuestionamiento a realizar es, si se cuenta con la capacitación formal, cuáles son los factores que están impidiendo que la mayoría de los actores que están al frente de los servicios de salud no sean capaces de llevar a cabo los procesos necesarios que orienten eficazmente la prestación de los servicios de la CCSS.

Dentro de múltiples factores que impiden una gestión adecuada de los servicios de salud, se considera que se pueden deber a variables tales como: el "no procesamiento" de la formación universitaria recibida; la incapacidad gerencial que se traduce en ausencia de liderazgo y de habilidades de negociación; la falta de otro tipo de recursos, como el financiero, el material (equipo,etc) y la infraestructura adecuada, aunado a una cultura laboral en lo público del mínimo esfuerzo y de la falta de interés, y reforzado además por una variable que en los tiempos actuales está resultando pesadísima para las altas autoridades de la CCSS, como lo son las presiones gremiales que dan al traste con decisiones muchas veces muy oportunas que toman las autoridades en salud. En el caso de la CCSS el RRHH constituye un campo de tensiones y conflicto, donde la racionalidad política o gremial, permea y distorsiona la racionalidad técnica.

b.2. Sobre el informe del Equipo de Especialistas Nacionales

Lo establecido en la mayoría de las recomendaciones del informe de los especialistas en realidad no es innovador. Hay que señalar que en este informe se hace mención al *"qué"*, pero no se indicó el *"cómo"*. Debe agregarse que el informe no es "autoejecutable" por lo que debe ser complementado con otras recomendaciones y eso es lo que precisamente propone esta Defensoría.

Por otra parte, muchas de las recomendaciones no son susceptibles de ser evaluadas a corto plazo, sobre todo por cuanto la realidad de cada centro de salud es distinta, por lo que las mismas debe ser analizadas con una visión de sistema, es decir considerando la red de servicios de salud, debido a que el impacto de cualquier medida sea positiva o negativa en un centro afecta al resto.

En opinión de esta Defensoría, las recomendaciones sobre recursos humanos de este informe deben analizarse con moderación, pues la producción en salud no se puede establecer solo con fundamento en la cantidad y distribución del recurso humano como se dijo al principio. Factores como debilidades y fortalezas de la misma red de servicios, condición de los servicios de salud, así

como del equipamiento dan cuenta de los resultados buenos o malos en un servicio de salud y su impacto en los usuarios.

De manera particular no es posible proceder a reasignar, reducir y desacelerar fuertemente el crecimiento de plazas sin que antes la CCSS determine los ajustes a la gestión del Modelo de Atención a las Personas, tarea inconclusa de esta Institución y del Ministerio de Salud, pero que se encuentra en proceso. Recuérdese que el modelo de atención a las personas no está caduco, la oferta de servicios diferenciada por niveles de atención sigue vigente, lo que ha fallado es su estrategia de implementación, es decir la forma cómo ha sido gestionada.

En razón de lo anterior, de cumplir con estas recomendaciones, la Defensoría considera que primero la CCSS debe conocer y aprobar la nueva política de gestión del Modelo de Atención a las Personas, recordando una vez más que la cantidad y la distribución del recurso humano es sólo una de las variables que intervienen en la producción hospitalaria.

De manera importante, esta Defensoría quiere dejar claro, que el simple hecho de formar especialistas, no implica un impacto en la calidad de los servicios, pues se requiere de recurso humano de apoyo (redes, enfermería); de infraestructura (quirófanos, consultorio); equipamiento (propio de cada especialidad para realizar sus procedimientos).

Una cuestión fundamental que el informe de los Notables no contempló en cuanto a la gestión de las y los médicos, en particular de los y las especialistas, es que son un recurso humano muy versátil pues se ubican prácticamente en todas las áreas, subáreas y unidades de trabajo, en los diferentes establecimientos de salud. Además, hay que considerar que participan en la producción del servicio final como en consultas, egresos, atenciones de emergencias, procedimientos quirúrgicos, entre otros.

A pesar de su intervención en la atención directa de personas usuarias, la producción de algunos de estos profesionales especialistas, no se refleja como tal, sino que constituye un servicio intermedio, como apoyo al servicio final. Tal es el caso de los y las especialistas en: Anestesia y Recuperación, Patología, Radiología y en algunos centros, Medicina Familiar y Comunitaria.

Además cada especialista demanda mayor despacho de medicamentos, así como realización de pruebas diagnósticas o servicios de apoyo a la rehabilitación de las y los pacientes, entonces con la asignación de un especialista se incrementan las necesidades de otros insumos y requerimientos que garanticen que ese especialista realmente impacte los servicios.

Por otra parte, algunos y algunas especialistas que laboran en los establecimientos de salud, no realizan actividades clínicas, sino administrativas (jefaturas de sección, servicio, clínica epidemiólogos, salubristas, especialistas en Medicina del Trabajo), razón por la cual su producción tampoco se ve reflejada dentro de las actividades propias del acto médico como consultas, egresos, atenciones de emergencias. Es por ello que la formación y distribución de especialidades no debe planificarse de forma aislada, sino que debe constituirse en el insumo insustituible para el desarrollo de las capacidades institucionales en cuanto a infraestructura y equipo y otro recurso humano.

Finalmente, la planificación de la formación y distribución de especialistas debe obedecer a la planificación de la oferta de servicios, contextualizada en el Modelo de Prestación de Servicios que la Institución está en capacidad de brindar.

Es fundamental que se establezcan políticas institucionales respecto a la oferta de especialidades y subespecialidades médicas, a fin de que se cuente con el respaldo para la apertura de espacios en los diferentes programas de formación, para ello se requiere establecer el marco de actuación institucional, en función de la prestación de servicios; que la Institución está dispuesta a brindar según la realidad nacional y la sostenibilidad financiera institucional. La distribución de

especialidades debe ser congruente con el contexto institucional, en función de la oferta de servicios así como el desarrollo de infraestructura, equipo e insumo.

b.3 Sobre los informes la Contraloría General de República

De acuerdo a la información DISPONIBLE a la que se tuvo acceso respecto de los informes emitidos por el órgano contralor sobre los recursos humanos en la CCSS; es posible inferir que para el momento de su emisión, efectivamente la necesidad de la declaratoria de inopia, así como la exigencia de realizar estudios que demostraran las necesidades reales, constituían una demanda insoslayable. A la fecha y por conocimiento de los hechos acontecidos en la institución aseguradora y no por remisión de información por parte de la Contraloría, puede este Despacho indicar que existió seguimiento al caso.

Conviene indicar que el informe del oficio DFOE-SD-0518 y DFOE-SOC-0409 del 21 de mayo de 2012, emitido por la CGR, hace referencia al caso de la declaratoria de inopia y el plan de acción alternativo de especialistas médicas, refiriéndose que la CCSS informó del convenio de cooperación entre el Colegio de Médicos, la Asociación de Anestesiólogos y la Gerencia Médica en julio de 2009. Además, se refiere a la solicitud de declaratoria de inopia indicando que la CCSS le solicitó al Ministerio de Salud dicha declaratoria, lo cual no fue llevado a cabo por dicho Ministerio. La CCSS si acordó una declaratoria de inopia institucional.

Dicho informe señala algunas cuestiones relativas al cumplimiento de disposiciones sobre especialistas por parte de CENDEISS, sobre todo al comunicar que las recomendaciones de la CGR estaban incorporadas en el Plan Estratégico Institucional del 2007 al 2012 y en el respectivo programa de inversiones, así como otras relativas a los contratos de aprendizaje sí como de las proyecciones de formación de médicos para el 2011 al 2014.

El informe señala la propuesta de la CCSS para dotación de especialistas con metas de corto, mediado y largo plazo. Sin embargo, al igual que como lo conoce esta Defensoría, la CGR sabe que las propuestas de la CCSS sobre proyección de especialistas se están revisando porque las vigentes fueron establecidas sin criterios objetivos.

CONCLUSIONES DE LA DEFENSORÍA RESPECTO A ESTE TEMA.

Los informes analizados son asertivos al hacer señalamientos sobre uno de los componentes más importantes de la producción hospitalaria. El de las y los especialistas, como se dijo, omitió la cuestión del recurso humano, lo cual viene a ser complementado por los otros informes en examen.

El universo de fuentes de diagnóstico sobre seguridad social costarricense es vasta y rica por lo que las recomendaciones de estos informes, en algunos casos, no deberían ser ejecutados de forma aislada, sino más bien de forma integral, siendo en nuestra opinión que se deben incorporar las recomendaciones de las distintas Unidades de la CCSS, así como su inserción en el **Plan Estratégico Institucional de la CCSS.**

Se recomienda además incluir informes con variables distintas como el referido al **Modelo de Atención a la Personas**, la información epidemiológica y los perfiles de morbilidad y mortalidad de otros informes de la CCSS, que darían información muy útil para la toma de decisiones integrales de la Institución.

Para enfrentar el tema del recurso humano, en general es necesario poner atención al **Modelo de Prestación de Servicios de salud**, al seguro de salud y salud ocupacional, atención al ambiente, participación comunitaria, información, planificación, normalización, vigilancia epidemiológica, financiera, recursos humanos, y mantenimiento e investigaciones.

En el tema particular de la FORMACION de RRHH, el Programa de Especialidades Clínicas CENDEISS-Universidad de Costa Rica debe impulsar una política para crear las condiciones que concreten los planes que al respecto tengan las máximas autoridades de la CCSS. Según lo anterior, el CENDEISS podría desarrollar un programa de reclutamiento de candidaturas directamente en los niveles locales, priorizando aquellas zonas geográficas en las que se hayan identificado mayores necesidades de especialistas. Esto con el objetivo de propiciar que una vez formados, tengan interés de devolverse a su lugar de origen. Este objetivo debe incentivarse y formalizarse con un contrato de formación como el que ya ha implementado la Caja, o alternativas relacionadas; lo anterior sin dejar de considerar la desigualdad que se presenta en el país en cuanto al nivel de desarrollo en las distintas áreas del territorio nacional.

Por otro lado, se sugiere que la Caja, impulse un plan de incentivos para que las y los profesionales, se devuelvan a laborar a las zonas geográficas alejadas de las cuales provienen. Parte de estos incentivos, es necesario contar con adecuadas condiciones de trabajo en términos de planta física, materiales y equipamiento. Se sugiere también valorar la posibilidad de implementar estímulos económicos para las y los profesionales y equipos de apoyo que participen de programas especiales que se instauren, de tal forma que les sea aún más atractivo laborar en lugares alejados.

II- CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA Y COMPRAS PÚBLICAS EN LA CAJA COSTARRICENSE DEL SSEGURO SOCIAL (CCSS)

En este apartado interesa hacer mención a lo relacionado con el tema de la contratación administrativa y las compras públicas en la CCSS, así como a la gestión administrativa propiamente, todo ello, tomando como insumos, los análisis efectuados por parte de los órganos de control, así como del Informe de Especialistas.

A continuación se resumen los Informes rendidos por la CGR, la Auditoría Interna de la CCSS y el Informe de Especialistas; además, se expondrán algunos de los hallazgos recabados por la Defensoría posteriormente.

INFORMES RENDIDOS POR LOS ÓRGANOS DE CONTROL, LA COMISIÓN DE NOTABLES Y OTROS HALLAZGOS

A continuación, se puntualizan los temas abordados en dichos informes:

1.- Informe No. DFOE-SOC-07-2009. 06 DE FEBRERO, 2009.

“Informe sobre el proceso de planificación y evaluación de la gestión del subportafolio de proyectos de equipamiento en la Caja Costarricense de Seguro Social.”

Problemas señalados en cuanto al “Portafolio de Proyectos de Inversión en Infraestructura y Tecnologías 2008-2014”:

- Roles y responsabilidades no están claramente establecidos para los proyectos bajo estudio, esto, según la Administración, por la ausencia de la Secretaría Técnica de Planeamiento Estratégico. Por último, valga comentar que pese a que este Plan de Inversiones se denomina Institucional, no incluye los proyectos de inversión locales y regionales, como tampoco, hace referencia a un compendio ordenado y formal de éstos.
- No se aporta evidencia del proceso de priorización en cada categoría de esos proyectos reconocida a nivel institucional.
- La organización debe establecer formalmente una unidad o dependencia encargada de la gestión centralizada del Portafolio de Proyectos, con la definición de los roles y responsabilidades de esa unidad, así como de las dependencias que interactúan con ella, a la cual le corresponde cumplir con sus objetivos de creación: **Secretaría Técnica de Planeamiento Estratégico.**
- En el “Proceso de Evaluación” se establece que el proyecto debe ser objeto de elaboración progresiva, en términos de estudios de prefactibilidad y factibilidad. Se cumple parcialmente porque no se hace un proceso progresivo, sino que los estudios se realizan en función del monto del equipo.
- Necesidad de valorar la instauración de un proceso de estudio progresivo, con las excepciones del caso (mandatos de la Sala IV, del Ministerio de Salud, etc.), que permita ir profundizando en los diversos aspectos que pueden afectar los proyectos, determinar si son viables como para continuar utilizando recursos. Estudios más precisos que disminuyan los riesgos asociados y, finalmente, ejecutarlos en forma óptima.
- Evaluación de mercado del producto o servicio incluye aspectos tales como los estudios para establecer las características y tendencias de mercado del proyecto: los estudios de

mercado del proyecto con información sobre el comportamiento de la oferta y la demanda de consumidores y proveedores, etc.

- No se aprecian estudios para visualizar las características y tendencias del mercado que justifiquen el proyecto, en los que se hayan considerado los perfiles de los servicios o productos que se brindarían con los nuevos equipos por adquirir ni la existencia de tales políticas de promoción de los proyectos, que permitan establecer una apropiada estrategia de implementación.
- La evaluación técnica del producto o servicio por adquirir comprende: el establecimiento de los requerimientos de capacidad del proyecto con base en un análisis de rendimiento, una evaluación de la factibilidad del proyecto bajo criterios preestablecidos (estudios técnicos requeridos), el examen de las opciones tecnológicas para el proyecto, ciclo de vida del producto y de la infraestructura, así como los requerimientos para la ejecución y la operación del producto del proyecto, etc.
- No aportó evidencia de que se hubieran contemplado para esas evaluaciones el ciclo de vida del producto, el análisis de diferentes opciones tecnológicas posibles de ser implementadas, el rendimiento para establecer los requerimientos de capacidad del proyecto y estudiar oportunidades de mejora de lo existente. Tampoco se visualiza que se hayan documentado aspectos de control de calidad y no se aportó documentación relacionada con el presupuesto total de los proyectos ni sobre las normas para el control de calidad para su ejecución. Asimismo, no se evidencia que se hayan examinado las opciones tecnológicas posibles de implementar ni el recurso humano administrativo para ponerlo en operación; tampoco se incluye información sobre el control de calidad para la ejecución del proyecto, ni sobre las especificaciones operativas (requisitos de infraestructura). Los cronogramas aportados corresponden al proceso licitatorio y no a los proyectos como un todo (desde su concepción hasta su puesta en marcha).
- Evaluación administrativa del proyecto: tiene como propósito determinar si es posible llevarlos a cabo a su fase de operación, utilizando criterios tales como competencias requeridas, satisfacción del empleado, disponibilidad de recursos, capacidad del recurso humano, desempeño y productividad, procesos y eficiencia organizacional, etc. Además, en esa evaluación se deben identificar las entidades que tienen relación directa o indirecta con la ejecución del proyecto, y planificar y gestionar las relaciones de coordinación necesarias y suficientes para asegurar su éxito.

Se analizan algunas necesidades administrativas para la fase de operación; sin embargo, no se estudian elementos indispensables para determinar la viabilidad administrativa del proyecto tales como la capacidad del recurso humano, productividad, desempeño organizacional y los requerimientos del personal administrativo.

- La viabilidad ambiental del proyecto en sus fases de ejecución y operación, con base en criterios predefinidos que permitan la valoración de las externalidades positivas y negativas de la intervención del proyecto en el entorno social y ambiental.

No en todos los casos, se consignaron expresamente los resultados de una evaluación sobre la viabilidad ambiental del proyecto en sus fases de ejecución y operación basada en criterios predefinidos que permitan la valoración de los efectos positivos y negativos de la intervención del proyecto, en el entorno social y ambiental. Además es indispensable documentar los resultados del análisis sobre si los proyectos consultados requieren o no de un estudio de impacto ambiental u otro tipo de estudio de viabilidad ambiental.

- “Procesos de evaluación de los proveedores”. No se evidencia que se realizaran evaluaciones de los proveedores del proyecto basado en desempeño de contrataciones anteriores ni para establecer la factibilidad de ejecución del proyecto (Por Ejemplo: no hay análisis comparativos).
- Ausencia de sistemas de información electrónicos de los proyectos de inversión de la entidad que permitan una adecuada administración y acceso a la información documental y de otro tipo de contenido de los proyectos de la entidad, considerando para ello los niveles de seguridad, confiabilidad y calidad de servicio adecuados.
- Debilidades en la identificación, análisis, respuesta y control del Riesgo asociados con aspectos tales como amenazas por desastres naturales, socio-ambientales y tecnológicos, que pudieran afectar, o que se pudieran provocar, por la puesta en marcha del proyecto. No se aportó evidencia de que se hayan desarrollado estrategias, políticas y planes de respuesta al riesgo, con la correspondiente designación de roles y responsabilidades, ni de la participación de los diferentes niveles de responsabilidad en la toma de decisiones en caso de ocurrencia de los riesgos identificados.
- Falta de procedimientos y metodologías para la revisión continua del portafolio de proyectos (frecuencia, roles, responsabilidades, documentación, informes financieros y reportes).

2.- INFORME N° DFOE-SOC-IF-21-2010. Oficio N° 01585, 17 Feb 2010

Problemas encontrados en cuanto a procedimientos de contratación, entre licitaciones públicas y abreviadas:

- Los plazos totales de duración de las licitaciones abreviadas y públicas analizadas: En las abreviadas desde la decisión inicial hasta el refrendo del contrato se tarda entre 130 días hábiles (DH) en aquellos casos en que no se contó con recursos de apelación y hasta 146 días hábiles, si se contó con ellos, es decir 16 DH más. Mientras que en las licitaciones públicas se consumieron 218,5 DH en caso de no contar con recursos y 266,6 DH si se presentaron recursos, o sea existió una diferencia de 48 DH.
- Problemas en los plazos de adjudicación, pues de acuerdo con la legislación este plazo no debe superar más del doble del periodo estipulado.
- El plazo entre la adjudicación a la firmeza de ese acto podría resultar excesivo, tomando en cuenta que las condiciones de la negociación ya están pactadas en el cartel y en la oferta.
- Debilidades respecto del cumplimiento de plazos en los procedimientos de contratación administrativa persisten en el tiempo, sin que la Administración haya ejercido un debido control al respecto.
- En los expedientes de las contrataciones no consta un documento donde se evidencie la firmeza del acto final. En algunos procedimientos existe una nota de la Subárea de Adjudicaciones donde traslada el expediente a otra unidad y mediante nota al pie cita la fecha del acto final en firme. Publicación en La Gaceta.
- Pese a que el marco jurídico establece que el plazo para adjudicar podía ser prorrogado por una sola vez, se concedieron dos prórrogas.

- Contratos de licitaciones públicas, fueron suscritos después de vencerse el plazo de 10 días hábiles posteriores a la fecha del acto final en firme.
- Contratos se formalizaron en el plazo legal establecido, se realizó en el tiempo record de un día hábil después del acto final en firme, pero sin contar a esa fecha, con las respectivas garantías de cumplimiento.
- Presentación del contrato ante la Contraloría General de la República, para el refrendo (*tres días hábiles para enviarlo a aprobación interna o refrendo*), se exceden de ese plazo.

3.- Auditoría Interna de CCSS

Informes ASAAI-15, 26, 82, 97, 210 y 253-2011, ASAAI-240, 250, 258, 291, 357, 363 y 377-2010, AGO-16, 109 y 182-2011, AGO-005-A, 067-R y 378-2010, ASS-176 y 265-2011, ATIC-232-2011, ATIC-265-A-2010, 380 y 393-2010, ASF-12, 65, 196, 204 y 233-2011, 27510-2011 y 24700-2011

Problemas encontrados:

- En diversas licitaciones públicas y abreviadas relacionadas con la readecuación, ampliación, construcción de edificios así como la operación y mantenimiento de planta de tratamiento de aguas se encontraron debilidades en el proceso de inspección y supervisión de las actividades constructivas por parte de los profesionales de la Dirección de Arquitectura e Ingeniería.
- Debilidades en los compromisos y responsabilidades que competen a los contratistas. Debilidad en las obligaciones y responsabilidades de los profesionales encargados de los proyectos de construcción, en lo relacionado con la utilización correcta de las bitácoras, de conformidad con las normas y procedimientos establecidos por el Colegio Federado de Ingenieros y de Arquitectos de Costa Rica.
- Se compró equipo pero no hay presupuesto para capacitar al personal.
- Se acabó el presupuesto para concluir una obra que contaba con la certificación de recursos financieros.
- Se construyó una sede sin haber realizado estudios de factibilidad.

4.- Informe Comisión de Especialistas

Problemas encontrados:

- El principal problema detectado está relacionado con la ausencia de un programa maestro de administración de inventarios en la Gerencia de Logística lo que provoca compras directas de medicamentos y compras de emergencia lo que genera mayor gasto en compras bajo economías de escala, y genera duplicidad administrativa.

ACCIONES DE LA DEFENSORÍA

Con el fin de conocer el estado de cumplimiento y avance de las disposiciones de los mencionados informes, la Defensoría emitió diversos oficios²¹ obteniéndose las siguientes respuestas:

Contraloría General de la República: Mediante informes N° DFOE-SD-0518-2012, y DFOE-SOC-0409-2012 se procede a dar respuesta a las interrogantes planteadas, indicándose lo siguiente:

²¹ Oficio N° DH-CV-165-2012 de fecha 28 de marzo del 2012, dirigido a la Contraloría General de la República; Oficio N° DH-CV-166-2012 de fecha 28 de marzo del 2012, dirigido a la Auditoría Interna de la CCSS; y, Oficio N° DH-CV-164-2012, de fecha 28 de marzo del 2012, dirigido a la Presidencia de la República, en el cual se le consultaba acerca de las gestiones posteriores a la remisión del informe de Notables.

- Se dan por cumplidas en un 100% las recomendaciones vertidas en los informes N° DFOE-SOC-07-2009 y DFOE-SOC-IF-21-2010.

- Adicionalmente se manifiesta que en el año 2011 se desarrolló el macroproyecto de contratación administrativa, el cual se visualiza como un mecanismo que permite evaluar el rendimiento de las entidades públicas en esa materia.

Auditoría Interna de la CCSS

- Un importante porcentaje de las recomendaciones que esa unidad de control interno realiza, actualmente se encuentra pendientes de cumplimiento.
- Hay un grave problema de carácter cultural institucional de no dar prioridad al cumplimiento de las disposiciones de los órganos de control (CGA, AI, DHR).
- La realización de un estudio en una de las especialidades médicas, dejó en evidencia conflicto de intereses en la contratación de servicios a terceros.
- La contratación a terceros no garantiza la efectividad del tratamiento por cambio de equipo contratado, puesto que en muchos casos, se utiliza equipo diferente al contratado para el tratamiento de los pacientes.
- Se ha promocionado la necesidad de un proyecto de ley que tome en cuenta lo relativo a los conflictos de interés (Ejemplo: Ley Stark; ley promulgada por el gobierno estadounidense, mediante la cual se dispuso la prohibición que el médico o médica tratante refiera a sus pacientes a una clínica determinada).
- No se aprovechan las economías de escala.
- No hay un adecuado control de inventarios que permita conocer el número exacto de productos o de artefactos médicos que tienen en su globalidad, la distribución de ellas, y en el caso de los medicamentos, de su fecha de vencimiento.
- Los proveedores elevan el costo de los productos cuando se realizan compras urgentes, aprovechándose del estado de emergencia al realizar el proceso de compra.
- Las medicinas de compras urgentes no pasan por el Departamento Especializado de Control de Calidad.
- No hay estudios de razonabilidad de precios, por lo que la administración hace compras que podrían ser por sumas muy elevadas, en comparación con los precios nominales en el mercado.
- No hay un sistema efectivo de evaluación de proveedores, por lo que cabría la posibilidad de que se contrate varias veces a una misma empresa que en un proceso de compra anterior, no cumplió con el objeto contratado.
- Se autorizan compras puentes y se otorgan prórrogas a los proveedores, entendiendo ese tipo de compras como aquellas que se realizan de manera directa, mientras se concluye el proceso de compra de ese mismo producto por volúmenes mayores.
- La mayor cantidad de compras de medicamentos se realizan a uno o dos proveedores.
- El ordenamiento jurídico permite que concursen y se adjudiquen empresas con una casa matriz y varias subsidiarias; es decir, no se da una verdadera competencia dentro del proceso de contratación y al final se beneficia a un mismo grupo empresarial.
- Aunque se visualizan las compras electrónicas como una forma de transparentar las compras, la institución sigue efectuando sus compras de forma manual, por lo que se desaprovechan los beneficios que brinda la tecnología.
- La Auditoría Interna ha estado capacitando al personal relacionado con las adquisiciones, en materia de fraude y corrupción.

Presidencia de la República: Mediante oficio N° DPS-2272-2012 de fecha 12 de abril del 2012, suscrito por la Señora Marta Monge Marín, Secretaria General del Despacho de la Presidenta, se informó en lo que interesa, lo siguiente:

Se agruparon las recomendaciones según las responsabilidades que cabrían, entre Ministerios, Gobierno Central, u otras instituciones según sea el caso.

El Ministerio de Salud es el encargado de coordinar lo relativo a las competencias respecto a las recomendaciones y el seguimiento de dichos procesos. Las recomendaciones se distribuyeron de la siguiente manera:

- La CCSS y Ministerio de Hacienda deben de llegar a un acuerdo sobre el monto de la deuda acumulada a este año, y proceder con la elaboración de un calendario de pagos.
- El IMAS será la entidad encargada de elaborar una base de datos del total de la población indigente que finalmente sería asegurada por cuenta del Estado.
- Ministerio de Salud es el responsable de desarrollar un reglamento para el registro de medicamentos biosimilares.
- Se instruyó al Ministerio de Hacienda para que dispusiera de un sistema preciso de estimación de los costos institucionales de prestación de los diferentes servicios, siempre y cuando las autoridades de la CCSS aceptaran esta gestión.

Respecto a todo lo anterior, se indica que actualmente se encuentra a la espera de la presentación de los informes de avance por parte de los Jerarcas de las instituciones.

Por otra parte es importante señalar que la DHR ha tenido acceso a información de relevancia para efectos del presente informe²², así como realizado gestiones de tipo informal para la obtención de la información analizada²³.

Precisiones en relación con las compras públicas.

Como introducción a esta temática, se debe tomar en cuenta que las instituciones y las y los habitantes, en materia de contratación administrativa, cotidianamente se topan con modelos fraccionados, poco competitivos y con exigua transparencia, además de enfrentar la multiplicidad de reglamentos y manuales de procedimientos, existencia de diversas plataformas tecnológicas, así como la inexistencia de un registro único de proveedores, lo cual multiplica requisitos y trámites. Dentro de este escenario, los proveedores deben realizar consultas vía telefónica, utilizar personal en mensajería, para acarrear la papelería, trasladarse a buscar información en la misma institución, con el agravante de que la unidad de proveeduría institucional podría escoger e invitar a los posibles oferentes.

Producto de los diagnósticos que se han efectuado alrededor del tema de la contratación administrativa y las compras que realizan los diferentes órganos y entidades del Estado costarricense, se ha determinado que hay conciencia en el Gobierno de la República, en la sociedad y en los medios de comunicación colectiva, sobre la necesidad de modernizar el sistema de compras y contrataciones públicas. Ha habido un consenso en cuanto al mensaje de mejorar la eficiencia, aumentar la transparencia, disminuir los riesgos de corrupción, garantizar la competencia y optimizar el control; sin embargo, ha habido dificultad en ponerse de acuerdo en cómo hacerlo ya que algunas propuestas están enfocadas en aspectos de legalidad, otras apuestan por mejorar la gestión, así como por el soporte tecnológico, con programas de capacitación no sólo para las y los

²² Informe de Gestión del Ex Gerente de la Gerencia de Logística de la CCSS; Informe de Avance por parte de la Dirección de Planificación de la CCSS, respecto a la implementación de las recomendaciones efectuadas por la Comisión de Especialistas; Plan Integral de la Gerencia Logística.

²³ Reunión con autoridades de la Auditoría Interna de la CCSS; Reunión con autoridades de la Dirección de Planificación- CCSS; Reunión con la Gerente de Logística de la CCSS; Contactos Subárea de Registro de Proveedores del CCSS.; Reunión con las autoridades del Gobierno Digital; Reunión con el Ministerio de Salud; Contactos con funcionarios del INS; Consultas al MTSS.

funcionarios públicos sino también para las personas proveedoras, sin dejar de lado aquellas que hacen énfasis en un mayor control de estos procesos de contratación.

Esto resulta de la mayor relevancia ya que en el pasado el tema se miraba como una actividad rutinaria sin mayor importancia y con la mentalidad de que cada institución hiciera lo que mejor le pareciera, todo lo cual ha significado que dentro del mismo Estado la adquisición de bienes y servicios sean tramitados o adquiridos de diferentes formas, lo cual tiene una afectación en los precios de las compras. Lo importante es que se están encendiendo algunas alertas sobre la necesidad de establecer principios rectores o una política pública que involucre a los actores clave en este tipo de procesos, específicamente se visualizan: El Estado, el sector productivo y la sociedad civil.

En cuanto a los esfuerzos en materia digital y como breve referencia al sistema identificado como **CompraRed**, es importante señalar que es un sistema de compras públicas electrónicas del gobierno central que permite a la Administración Pública dar a conocer por medio de Internet, las demandas de bienes y servicios. Según información que aparece en la página Web del Ministerio de Hacienda, desde su creación, el sistema ha gestionado 12 convenios y se han creado 2.074 opciones de compra, entre ellas: suministros de útiles de oficina y papelería; servicios de limpieza; adquisiciones de llantas; y han ido incorporando procesos de contratación de mobiliario y equipo de oficina, vehículos, materiales de construcción, etc.

En el caso de **Mer-Link**, y también como referencia general, se trata de un el sistema desarrollado y administrado por la Secretaría Técnica de Gobierno Digital, Grupo ICE. Este sistema de compras públicas permite a las proveedurías del Estado realizar las operaciones de compra y venta de productos y servicios en forma electrónica. Mediante este proceso digital el Estado costarricense visualiza la necesidad de reformar el sistema de compras que se venía dando, a efecto de establecer una nueva forma de hacer negocios para mejorar la competitividad país.

Los procesos que se realizan en dicha plataforma de compras son los siguientes: solicitud de contratación por parte de la unidad que realiza la compra; publicación del cartel electrónico; notificaciones electrónicas a los proveedores acerca de los concursos; presentación de ofertas por parte de los proveedores; presentación de la garantía electrónica; apertura y adjudicación de las ofertas, tomando en consideración el orden de evaluación de las ofertas, realizada automáticamente por el sistema; tramitación de los recursos de objeción electrónicos; contrato, recepción y pago.

No obstante, a pesar de los beneficios y ventajas de los sistemas de compras electrónicas, aún no se observa un compromiso amplio y total con los principios de transparencia y rendición de cuentas en los procesos de contratación administrativa pública. El asunto se complica si agregamos que aun cuando somos un país con serias limitaciones de carácter económico-financiero, en la práctica se mantienen tres formas de contratación: la tradicional con todas sus distorsiones y, dos sistemas electrónicos (CompraRed y Mer-Link) que han venido compitiendo entre sí para mejorar el sistema de compras y contrataciones públicas del país, transparentando el proceso y permitiendo a los mismos proveedores, conocer, participar y dar seguimiento a los procedimientos de las negociaciones con el sector público.

Aun cuando nadie cuestione los beneficios particulares de cada sistema de compras electrónicas, la Defensoría considera importante insistir en la necesidad de valorar la experiencia de otros países, inclusive con mucho mayores recursos, donde las adquisiciones de bienes y servicios públicos son más efectivas y transparentes por cuanto existe un único sistema integrado, con políticas y criterios uniformes, es decir, un sistema estandarizado. De ahí la pregunta: ¿Cuál es la razón por la cual el país debe duplicar esfuerzos en un mercado cautivo?

La experiencia que ha existido a nivel internacional con las compras electrónicas se puede revisar en el Informe de Subasta Inversa Corporativa de Medicamentos, en el cual Ecuador señala una serie de ventajas que esa metodología de compra le ha brindado, entre ellas: la rebaja presupuestaria es significativa, el promedio de días que demoran los procesos licitatorios desde la elaboración del cartel hasta la adjudicación disminuye, la cantidad de proveedores adjudicados es mayor lo que contribuye con la competencia, mejores precios y mejores condiciones, se garantiza un oportuno abastecimiento de productos, se reduce costos de bodegaje, disminuye la cantidad de medicamentos caducados, se eleva la calidad en el servicio brindado por las diferentes entidades de salud, facilita un mayor control de los proveedores por medio de un registro único de proveedores de medicamentos.

Lo anterior resulta de la mayor importancia ya que no se trata sólo de medir resultados sino también la eficiencia con que se logran las cosas, tomando en cuenta que puede ser que se estén logrando los objetivos institucionales, pero con desperdicio, ya sea en cuanto a recurso humano, material o presupuestario. Es decir: La idea es asegurarnos que *las cosas correctas se estén haciendo correctamente*.

De ahí que sea importante también aprovechar las ventajas del modelo de compras digital, tomando en cuenta que es un esquema basado en el acceso a la información, la eficiencia, la universalidad, la no discriminación para las adquisiciones del Estado que lograría aumentar la competitividad del país. No obstante, la aplicación de los avances de la tecnología no puede observarse de forma aislada, esto debe obedecer a una visión holística de los procesos de compras públicas, tomando en cuenta que las finanzas públicas no dan para estar dedicando recursos a competencias entre organizaciones del Estado que coinciden, tal y como se adelantó, en aumentar la transparencia, garantizar la sana competencia, optimizar el control y disminuir riesgos de corrupción. Sobre esto último hay que tomar en cuenta que existe una descomposición del aparato estatal que en algunos casos se aparta de sus objetivos, para responder a intereses particulares, lo cual se refleja con mayor probabilidad en los procesos de compras y contrataciones administrativas.

A.- SOBRE CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA Y GESTIÓN DE COMPRAS EN LA CCSS.

Las bases legales de la contratación administrativa, primeramente se localizan en la Constitución Política, en su numeral 182 que establece lo siguiente:

"Los contratos para la ejecución de obras públicas que celebren los Poderes del Estado, las Municipalidades y las instituciones autónomas, las compras que se hagan con fondos de estas entidades y las ventas o arrendamientos de bienes pertenecientes a las mismas, se harán mediante licitación, de acuerdo con la ley en cuanto al monto respectivo."

En tal sentido, solamente la presente norma regula de manera directa el procedimiento de adquisición de bienes y servicios que requiere la Administración Pública, por cuanto mediante esta única norma, el Constituyente de manera intencionada, traslada al legislador o legisladora, la creación de normativa específica en el tema de contratación administrativa.

Por su parte, el artículo 180 de ese mismo cuerpo normativo, establece lo siguiente:

"El presupuesto ordinario y los extraordinarios constituyen el límite de acción de los Poderes Públicos para el uso y disposición de los recursos del Estado, y sólo podrán ser modificados por leyes de iniciativa del Poder Ejecutivo. Todo proyecto de modificación que implique aumento o creación de gastos deberá sujetarse a lo dispuesto en el artículo anterior (...)"

De este modo, se establece una limitación constitucional al gasto público, dado que el poder de ejecución del gobierno, estará regulado en adelante, por el presupuesto ordinario de la República, tutelado a su vez por el principio de anualidad, es decir, sujeto a un presupuesto que se determina y ejecuta de forma anual. Asimismo, el artículo 176 de la Constitución Política, da otras pautas al gobierno central en cuanto a los límites del gasto, al disponer lo siguiente:

"El presupuesto ordinario de la República comprende todos los ingresos probables y todos los gastos autorizados, de la Administración Pública, durante el año económico. En ningún caso el monto de los gastos presupuestados podrá exceder el de los ingresos probables. (...)"

Así pues, la aprobación del Presupuesto Anual, se establece como garantía y límite; límite por cuanto el Estado no podrá exceder su gasto, sino hasta el monto que finalmente fuere autorizado, y bajo las condiciones autorizadas; y se establece como garantía, por cuanto garantiza a la población, la transparencia, así como el marco que rige la actuación Estatal, y de la cual, no puede desligarse.

Como se dijo anteriormente, el Constituyente de forma consciente e intencionada, traslada la obligación al legislador de establecer la normativa específica que regulará en adelante, el tema de la contratación, siendo entonces, que mediante ley N° 7494 del 24 de abril de 1995, se aprueba la Ley de Contratación Administrativa, en cuyo objeto se indicó en la exposición de motivos, lo siguiente:

"(...) la necesidad de elaborar un instrumento normativo marco que brinde soluciones a los múltiples problemas que aquejan la actividad de contratación administrativa. Estos problemas, que se han intensificado en los últimos años, consisten en la vigencia de un modelo de contratación excesivamente rígido y formalista que ha conducido a un entramamiento significativo de los procedimientos de adquisiciones, lo cual no solo ha redundado en la incapacidad de la Administración de dar respuesta en una forma eficiente a las múltiples necesidades que debe satisfacer, sino a que en múltiples ocasiones no se realice la escogencia más favorable para el interés público, es decir, no siempre se adquiere el mejor producto al mejor precio, lo cual resulta inaceptable dentro de un contexto de manejo de recursos limitados. (...)"

Es bajo la necesidad institucional de aquella época, que se aprueba dicha ley. El artículo 1 de la Ley de Contratación Administrativa, dispone quiénes deberán de sujetarse a los lineamientos de la presente ley; a este respecto se indica lo siguiente:

"1.- Esta Ley regirá la actividad de contratación desplegada por los órganos del Poder Ejecutivo, el Poder Judicial, el Poder Legislativo, el Tribunal Supremo de Elecciones, la Contraloría General de la República, la Defensoría de los Habitantes, el sector descentralizado territorial e institucional, los entes públicos no estatales y las empresas públicas.

2.- Cuando se utilicen parcial o totalmente recursos públicos, la actividad contractual de todo otro tipo de personas físicas o jurídicas se someterá a los principios de esta Ley. (...)"

Los artículos 4, 5 y 6, establecen los principios rectores del proceso de contratación administrativa, los cuales orientan la práctica administrativa a saber: eficacia y eficiencia; igualdad y libre competencia; publicidad.

Disposiciones de la CGR y la Auditoría Interna de la CCSS en relación con las deficiencias encontradas alrededor del tema del proceso de compras en la CCSS.

La CGR y la Auditoría Interna de la CCSS en los informes anteriormente mencionados, enumeran una serie de debilidades en 2 momentos distintos: 1) en cuanto al desarrollo del procedimiento de compra institucional desde el inicio de la decisión de proceder a efectuar un procedimiento de compra, y 2) en las diferentes fases del procedimiento de contratación administrativa propiamente.

En relación con la cadena del proceso de compra, se manifestó por parte de ambos órganos de control, problemas en esta fase, entre los que se enumeran algunas de ellas:

- Roles y responsabilidades no están claramente establecidos para los diversos proyectos que se llevarían a cabo.
- No se realizan estudios progresivos de prefactibilidad y factibilidad de los bienes que se pretenden adquirir en todos los proyectos de compras, sino que ello va en función de los montos de las compras, es decir, que en compra de montos "menores", se estarían omitiendo estudios importantes que darían insumos en cuanto a la necesidad, y pertinencia de adquirir dichos bienes.
- Ausencia de sistemas de información electrónicos de los proyectos de inversión de la entidad que permitan una adecuada administración y acceso a la información documental y de otro tipo de contenido de los proyectos de la entidad, considerando para ello los niveles de seguridad, confiabilidad y calidad de servicio adecuados.
- Debilidades en la identificación, análisis, respuesta y control del Riesgo asociados con aspectos tales como amenazas por desastres naturales, socio-ambientales y tecnológicos, que pudieran afectar, o que se pudieran provocar, por la puesta en marcha del proyecto.
- Problemas de planificación en muchos de los procesos institucionales.

En relación con el proceso de contratación administrativa propiamente, se indicó entre otros, lo siguiente:

- Aunque se visualizan las compras electrónicas como una forma de transparentar las compras, la institución sigue efectuando sus compras de forma manual.
- Se superan los plazos legales estipulados en la normativa vigente, en ciertos procesos, en las licitaciones abreviadas y públicas.
- En los expedientes de las contrataciones no consta un documento donde se evidencie la firmeza del acto final.
- En algún proceso de compra, se omitió la exigencia al proveedor respecto al cumplimiento de la entrega de la garantía de cumplimiento.
- No hay un sistema efectivo de evaluación de proveedores.
- La mayor cantidad de compras de medicamentos se realizan a uno o dos proveedores.
- El ordenamiento jurídico permite que concursen subsidiarias de empresas proveedoras madres, por lo que no existe una real competencia de proveedores

Inicio del proceso de gestión compras públicas:

A este respecto, la Sala Constitucional ha dicho que los procesos de compras sirven para:

"(...) conseguir mayores posibilidades de acierto en el cumplimiento del servicio público, en la calidad de la prestación que se brinda a los usuarios y, según la naturaleza de cada caso, de las condiciones económicas (...)" ²⁴.

²⁴ Voto 3451-96, Sala Constitucional.

Todo proceso de compra debe de realizarse de manera programada, organizada, coordinada, presupuestada e incluso fiscalizada, con el fin de verificar la máxima utilidad y ventaja en la adquisición de los bienes, con el fin de lograr la satisfacción de las necesidades de manera oportuna, un uso de bienes de calidad, y utilizando los recursos públicos de una manera eficiente en las adquisiciones.

A este respecto, toda compra que se realice debe de cumplir con los siguientes requisitos mínimos:

- Calidad requerida.
- Cantidad apropiada.
- Tiempo y lugar requeridos.
- Menor costo posible.

Para lo anterior, se requiere de políticas y procesos de Planificación que integren dichas necesidades institucionales, las cuales deberían de estar incorporadas dentro de los Planes Anuales Operativos, y de esta forma, asegurarse de que los recursos financieros que finalmente se desembolsen, respondan a esas necesidades, eliminando con ello las compras basadas en la improvisación, en necesidades no reales, y evitando eventuales actos de corrupción.

Antes de entrar al análisis de las debilidades en la cadena del proceso de compra, resulta importante reseñar lo establecido en el artículo 7 de la ley de contratación administrativa, que establece lo siguiente:

"Artículo 7.- Inicio del procedimiento

El procedimiento de contratación se iniciará con la decisión administrativa de promover el concurso, emitida por el jerarca o titular subordinado competente. Esta decisión encabezará el expediente que se forme y contendrá una justificación de su procedencia, una descripción y estimación de costo del objeto, así como el cronograma con las tareas y los responsables de su ejecución. La justificación del inicio del procedimiento de contratación deberá estar acorde con lo establecido en los planes de largo y mediano plazos, el Plan Nacional de Desarrollo, cuando sea aplicable, el plan anual operativo, el presupuesto y el programa de adquisición institucional, según corresponda."

(Lo resaltado no es del original).

Así pues, previo a cualquier proceso de compra, deben de existir una serie de elementos que componen la justificación y pertinencia de realizar dicho proceso de compra, los cuales debería estar sustentado en la satisfacción de una necesidad, que responda a estudios técnicos, y acorde con el presupuesto institucional (tal y como se establece en el artículo 8 de la Ley de Contratación Administrativa), justificado en el plan anual operativo u plan nacional de desarrollo, según corresponda.

De conformidad con la información recabada, se determina una serie de debilidades y deficiencias (señaladas en párrafos precedentes), que se dan antes de que la Administración decida efectuar un proceso de compra. Siendo que algunas de las debilidades determinadas por la CGR y la A.I. de la CCSS, son comunes, se procederá a agruparlas de acuerdo con el siguiente detalle:

i. No se tiene un registro de necesidades institucionales que efectivamente determine las adquisiciones de la institución.

Una adecuada elaboración de las necesidades institucionales debe considerar, el parecer y observaciones de los funcionarios de mandos medios (técnicos) quienes están en contacto constante y directo con el uso de los bienes que adquiere la institución, y que son los que al final se encargarán de la administración de los mismos; acompañado, de un estudio que contemple las

siguientes variables: las necesidades de demanda poblacionales en términos médicos (datos de cantidad de pacientes, tratamientos que se realizan, dosis por paciente), datos históricos de consumo, nivel de inventario, entre otros.

- ii. **Una vez seleccionados los bienes que se pretenden adquirir, se determinó la ausencia absoluta o de mínimos estudios de prefactibilidad, factibilidad, de mercado, razonabilidad de precios, ambientales, de riesgos este estudio debe basarse en el Plan Nacional de fiscalización y control basado en riesgos, laborado por la CGR-, etc.**

Tales estudios resultan de gran importancia y utilidad, puesto que con dichos insumos se determina la necesidad real y pertinencia de adquirir los respectivos bienes o servicios, además de representar la base esencial de la etapa de preparación y diseño del proceso de contratación, según las necesidades institucionales.

iii. **Etapa de preparación y de adjudicación de las compras institucionales:**

Tanto la CGR como la Auditoría Interna, encontraron deficiencias importantes en cuanto al correcto avance y fiscalización de los procesos de compras una vez elaborado el cartel de licitación, y en distintas etapas, específicamente en las siguientes etapas: el llamado a la licitación o publicación de la convocatoria a concurso, en el acto de apertura y evaluación de las ofertas, resolución de las disconformidades presentadas, en la adjudicación de la oferta, el perfeccionamiento o formalización del contrato, así como la ejecución del contrato por parte del proveedor.

Adicionalmente, se hallaron otra serie de problemas relacionados con las debilidades en los procesos licitatorios, entre los que se destacan: carencia de un efectivo registro y evaluación de proveedores, existencia de un único proveedor para la adquisición de ciertos productos, así como el abuso de ciertos proveedores al aumentar de forma desproporcionada el precio de sus productos en los casos de compras urgentes o compras puentes.

Dichas debilidades y deficiencias a criterio de la Defensoría, estiba en 2 situaciones: falta de una adecuada capacitación de los funcionarios encargados de dichos procesos, aunado a la falta de control por parte de la administración en dichos procesos; y, por el no uso de los medios tecnológicos en tales procesos de compras, siendo esto, la no inclusión de la administración en un sistema de compra electrónico.

En relación con este último aspecto, se hace una breve descripción de lo que es un sistema de compra electrónico: refiere al uso de la tecnología por medio de una plataforma mediante la cual se realizan los procesos de compras públicas. Dicho sistema permite a las proveedurías del Estado, realizar las operaciones de compra y venta de productos y servicios en forma electrónica, la cual es accesible por medio de Internet. Normalmente funciona en forma de un portal de comercio electrónico que opera como una ventanilla única, mediante la cual se registran tanto los proveedores, como las instituciones participantes.

En dicho portal se realizan todos los procesos de contratación, destacándose lo referente a la evaluación automática por parte del sistema, que asigna el puntaje de los productos de los oferentes de acuerdo con los requerimientos del adquirente, precio, entre otros.

Como se mencionó, la inclusión de la institución trae consigo una serie de beneficios, tales como mayor transparencia en los procesos de compras; realización de evaluación a los proveedores, así como la consulta histórica de los procesos de compra en los cuales ha participado, esto último a efecto de valorar la experiencia y seriedad del proveedor; ahorros significativos en los precios de compra de los productos, como resultado de una mayor participación de proveedores; ahorro en

cuanto al proceso de publicación; lo anterior como consecuencia de un criterio de la CGR, mediante la cual determinó que el llamado de licitación por medios electrónicos, tendría la misma validez que la efectuada mediante el sistema tradicional, ello al cumplir con los requisitos determinados en la legislación que regula este particular (artículo 40 de la ley de contratación administrativa, así como el artículo 140 de su reglamento); ahorro en cuanto al uso del espacio físico, lo anterior debido a que se elimina el uso de papel, así también, por cuanto para la operación del sistema de compra electrónico, se requiere de un mínimo de personal para esos efectos; mayor calidad en los procesos de compra; contribuye a preservar los recursos naturales, debido a que al realizarse todos los procesos de forma electrónica, se elimina el uso de papel.

En criterio de la Defensoría, las debilidades detectadas por la CGR, la Auditoría Interna de la CCSS y lo indicado en el Informe de Notables en cuanto al tema de la Contratación Administrativa propiamente, desde el punto de vista de la Defensoría, tendrían mayor oportunidad de ser subsanadas, si se tomaran las decisiones que permitan acceder a los beneficios que brindan dichos sistemas digitalizados de compras públicas. De ahí que la Defensoría considera de medular importancia, dar el mayor respaldo para que los esfuerzos de incorporación al procedimiento de compra electrónico se convierta en una de las mayores prioridades institucionales.

Producto de otras gestiones realizadas por la Defensoría, se obtuvo la siguiente información:

Dentro del proceso de análisis e investigación se aborda lo relacionado con el tema de los registros sanitarios que emite el Ministerio de Salud:

Al respecto, se realizaron los contactos pertinentes con la Dirección de Atención al Cliente, y las autoridades de esa unidad administrativa manifestaron que el proceso para registrar los productos está demorando alrededor de un año, y se está gestionando la contratación de diez farmacéuticos no sólo para resolver los asuntos pendientes sino también para reducir el plazo de resolución a tres meses.

Por otra parte, se indicó que entre los requisitos que se solicitan a un proveedor para registrar un medicamento, quien es la persona que debe facilitar una muestra para realizar el estudio, se destaca lo siguiente: estudios clínicos, estudios de estabilidad del producto, certificación de libre venta en el país de origen y certificación de buenas prácticas. Cuando se registra un producto, el primer lote debe ser sometido a un proceso de análisis por parte del Laboratorio de Análisis y Asesoría Farmacéutica (Layafa) de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Costa Rica, que tiene como marco regulatorio el Reglamento Técnico Centroamericano de Verificación de la Calidad de los Medicamentos, que establece requisitos de cumplimiento obligatorio y normas de calidad de los medicamentos.

Los productos que son analizados por Layafa y que desean ser comercializados en otros países de la región centroamericana no deben someterse a estudios adicionales debido a que existe un reconocimiento multilateral de laboratorios de ensayo; no obstante, el Ministerio de Salud puede realizar análisis al azar de productos que fueron previamente registrados. Otro aspecto de relevancia relacionado con los medicamentos se presenta al surgir enfermedades definidas como huérfanas, las cuales se atienden con base en lo dispuesto en el artículo 117 de la Ley General de Salud, autorizándose la Importación de Medicamentos No Registrados en virtud de que son pocas las personas que presentan un padecimiento inusual y un médico especialista prescribe el medicamento. La compra de estos productos procede aunque los medicamentos no cuenten con estudios clínicos debido a que prevalece el derecho fundamental a la salud y a la vida.

Lo mismo sucede con las vacunas que se adquieren por medio de la OPS debido a que el proveedor no está inscrito en el país pero para evitar una pandemia se compra el producto de conformidad

con el artículo 6 del Reglamento para la autorización para la importación y adquisición de medicamentos no registrados (Decreto Ejecutivo N° 36358-S). Incluso podría tratarse de un medicamento que el Ministerio de Salud habría rechazado por no cumplir con todos los requisitos para ser registrado, lo cual se considera un incentivo para que el proveedor complete el trámite de registro. La solicitud de importación de medicamentos no registrados lo puede gestionar el paciente directamente ante el Ministerio de Salud, lo cual se presenta generalmente con las personas pensionadas que residen en el país y optan por traer sus medicinas del exterior.

El supracitado Decreto Ejecutivo N° 36358-S, se emitió con el propósito de regular el uso del artículo 117 de la Ley General de Salud ya que se estaban realizando compras muy seguidas del mismo medicamento por esta vía. Esto a pesar de que en el artículo 3 se establece que la autorización será por una única vez, en función de un paciente o grupo de pacientes que por su patología especial requieren de un producto específico.

Como complemento al Decreto Ejecutivo N° 36358-S, la Dra. Daisy María Corrales Díaz, Ministra de Salud, emitió el oficio N° DM-J-RR-4262-11, de fecha 26 de agosto del 2011, por medio del cual dictó los *Criterios para la importación de productos no registrados*, los cuales son de carácter medico-legal.

En la página web del Ministerio se pueden consultar los productos registrados y los medicamentos que cuentan con patente, y esto permite realizar un control indirecto de las patentes debido a que se solicita al proveedor una declaración jurada en la que indique que la posee. Ese mismo Ministerio considera que la calidad de los productos es primordial mientras que por el volumen de compras que realiza la CCSS, el precio de los medicamentos es un factor de peso en la contratación.

Por otra parte y considerando la cantidad de productos que se había venido desechando por parte de la CCSS en diferentes períodos, el Ministerio de Salud emitió el Reglamento de Buenas Prácticas de Almacenamiento, Distribución y Acondicionamiento Secundario de Medicamentos en Droguerías para regular la destrucción de medicamentos vencidos.

Asimismo, médicos especialistas de la Dirección de Garantía de Acceso a los Servicios de Salud, señalaron que los medicamentos genéricos no se pueden registrar si el producto original no cuenta con registro sanitario, debido a que sólo ellos realizan los estudios clínicos que sirven de respaldo a los genéricos, lo cual genera que las compras de productos genéricos se realicen utilizando el artículo 117 de la Ley General de Salud. Los doctores señalaron que con la finalidad de ampliar la gama de proveedores de medicamentos, Costa Rica podría sacar mayor provecho de los alcances del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA) el cual es el órgano político del Sistema de la Integración Centroamericana vinculado con el sector salud. Esto considerando que la normativa que rige para ese cuerpo colegiado permite adquirir medicamentos de un proveedor que se haya inscrito en alguno de los países de la región.

Adicionalmente, la Defensoría consideró relevante conocer cuál es el procedimiento que se tiene establecido para la inscripción de los proveedores en la CCSS, y en contacto con el personal del Sub-Área de Registro Institucional de Proveedores, se informó que los proveedores deben inscribirse en un registro de precalificación para ser invitados a las licitaciones.

En materia de medicamentos, el Laboratorio de Normas y Control de la Calidad, es la unidad en la CCSS que se encarga de aceptar o rechazar los medicamentos. Cuando se da esto último y el problema es subsanable, se brinda la oportunidad al proveedor de corregirlo y someterlo nuevamente a evaluación.

Con el fin de establecer algún tipo de comparación en el procedimientos de compras y la incidencia en los precios, se realizaron consultas al Instituto Nacional de Seguros (INS) y se indicó que cualquier análisis en ese sentido debería tener presente que el servicio que ofrece la CCSS no es igual al que brinda el INS debido a que el primero atiende patologías y el segundo traumas, por lo cual en algunas ocasiones para la atención de pacientes la CCSS requiere de productos innovadores.

Las autoridades del Almacén de medicamentos del INS, indicaron que las compras se rigen por instructivos y el proveedor se inscribe con toda la lista de productos que ofrece y cuando surge una necesidad de producto se invita a los proveedores precalificados. Se agregó que, hasta el momento, el INS no ha realizado compras de medicamentos por medio de algún sistema digital pero se espera que a partir del año 2013 se empiece a utilizar dicho sistema de compras electrónicas. Consideran que actualmente el INS obtiene mejores precios por medio del uso de subasta a la baja, lo cual consiste en que el INS publica una licitación y una vez recibidas las ofertas de los proveedores, se les convoca y se da una especie de puja que al final favorece al oferente que brinda mejor precio. Adicionalmente, se señaló que cuando en los inventarios del INS no se cuenta con un medicamento que es recomendado por un especialista, la legislación permite comprar el producto a algún otro proveedor privado con el aval del médico tratante.

En cuanto a la utilización del procedimiento con base en lo dispuesto en el artículo 117, la Regente farmacéutica del Almacén del INS, informó que ese Instituto se ha visto obligado a realizar este tipo de compras utilizando dicha norma en el caso de implementos biomédicos; sin embargo, esto ha sido a modo de excepción.

En otro orden de cosas, para la Defensoría de los Habitantes es sumamente importante destacar la necesidad de que se cuente con un registro de evaluación de proveedores a nivel estatal, independientemente del sistema de compras que utilicen las instituciones públicas, y con mayor razón cuando se logre establecer un único sistema que pueda publicitar este tipo de información. Esto considerando que existe información relacionada con proveedores que han prestado servicios en diferentes instituciones con cuestionamientos por parte de los órganos de control interno por no haberse obtenido el objetivo que motivó la contratación, por lo cual se estaría ante un ejemplo más de una incorrecta utilización de los recursos públicos.

CONCLUSIONES GENERALES DE LA DEFENSORÍA EN RELACIÓN CON EL PRESENTE APARTADO:

A pesar de que ha existido algún grado de dificultad para poner de acuerdo a los actores, en cuanto a la solución de problemas en los procesos de contratación administrativa, independientemente de los enfoques sobre cuál debería ser la solución para modernizar el sistema de compras y contrataciones públicas, no hay duda que la digitalización de dichos procesos es un elemento urgente e indispensable que coadyuvaría a mejorar la gestión, el soporte tecnológico, la capacitación de los funcionarios públicos y proveedores, todo lo cual brindaría la posibilidad de ejercer un mayor control de estos procesos de contratación.

A lo anterior se debe agregar que dados los problemas de orden financiero-presupuestario que se han venido acumulando en el país, por las características de las compras públicas, y tomando en cuenta las experiencias de otros países con muchos mayores recursos económicos, se hace imprescindible coordinar esfuerzos para optar por un sistema único electrónico de compras públicas que permita aprovechar lo mejor de los procesos de compras que se han desarrollado tanto en la utilización del sistema identificado como CompraRed y el sistema Mer-Link.

Ante los hallazgos de los órganos de control, específicamente, de la Contraloría General de la República y la Auditoría Interna de la CCSS, el proceso de contratación administrativa en esa

entidad aseguradora, presenta problemas de programación, organización, coordinación e incluso de fiscalización, en cuanto a la posibilidad de verificar la máxima utilidad y ventaja en las adquisiciones, con el fin de lograr la satisfacción de las necesidades de manera oportuna, con bienes de calidad, y a un precio razonable.

Para corregir esta situación, se requiere de políticas y procesos de Planificación que integren dichas necesidades institucionales, las cuales deberían de estar incorporadas dentro de los Planes Anuales Operativos, asegurarse que los recursos financieros que finalmente se desembolsen, respondan a esas necesidades, eliminando con ello las compras basadas en la improvisación, en necesidades no reales, y evitando eventuales actos de corrupción.

III.- GESTIÓN FINANCIERA-PRESUPUESTARIA DE LA CCSS:

La discusión sobre la administración de los recursos de la CCSS convoca a las diferentes agendas que giran en torno a los grupos de interés relacionados con la Institución: desde los contribuyentes al sistema tripartito de la seguridad social que abogan por la maximización de los recursos que aportan al sistema, pasando por las y los asegurados que desean la mayor y mejor cantidad de

servicios, hasta las y los administradores de la Institución que día a día deben buscar la mejor manera de gestionar los recursos.

Esa discusión suele causar la preocupación de algunos sectores en cuanto a que el derecho al acceso a la salud sea mediatizado por el análisis de los "fríos números". Pero nada más alejado de la realidad. Precisamente en materia de salud, el problema económico básico se presenta con toda claridad: los recursos son escasos, pero las necesidades son ilimitadas. De una correcta y prudente administración de los recursos, depende que el derecho al acceso a la salud se concrete para toda la población del país presente y futura.

Consecuentemente, la sostenibilidad de un sistema que garantice acceso universal y solidario a la salud, depende de otra variable económica que no puede ignorarse. El sistema opera con una restricción inevitable: además de que los recursos no son ilimitados, no existe garantía de que vayan a aumentar en el tiempo, al menos no con la misma velocidad y constancia con que, sin duda, crecerán las necesidades que el sistema de salud deberá atender en el futuro.

El impacto negativo de la crisis económica mundial del 2008 en los ingresos de la CCSS obliga al país a reconocer que los recursos para la CCSS dependen del entorno económico en más de una forma: no sólo la caída de las actividades económicas reduce los ingresos y tiende a aumentar la morosidad, también los sectores productivos y contribuyentes buscan minimizar en lo posible sus aportes a la CCSS, pues el sistema económico en sí genera incentivos no deseables para evadir la cotización a la seguridad social, y finalmente, los valores imperantes en nuestra sociedad impulsan el individualismo en detrimento de la solidaridad, agregando otro factor que pone en riesgo el crecimiento de los ingresos del sistema en el largo plazo.

La preocupación sobre la administración eficiente y racional de los recursos de la CCSS, no es un tema de "fríos números", es el fundamento y garantía de la sostenibilidad del sistema en el largo plazo. Por ello, en el presente acápite, la Defensoría procede al análisis de los principales problemas de la CCSS identificados por la OPS y, principalmente por el Equipo de Especialistas, en materia presupuestaria. Con base en ello, se analizará el cumplimiento de las principales disposiciones de la CGR y la Auditoría Interna de la CCSS en relación con esos problemas.

Problemas relevantes de la CCSS según OPS y el Informe del Equipo de Especialistas

La Defensoría, preocupada por la difícil situación en que se encuentra la CCSS, procedió al análisis de los principales problemas identificados por la OPS y, principalmente por el Equipo de Especialistas, en materia presupuestaria, elaborando el resumen que a continuación se detalla:

1.- Sostenibilidad financiera del seguro de salud.

Este problema se puede dividir en tres factores:

1.1 Ingresos

-En cuanto a los ingresos, los miembros del Equipo de Especialistas consideraron que **las contribuciones obrero patronales constituyen el principal rubro de ingreso del seguro de enfermedad y maternidad.** Este ingreso ha sido afectado por la reducción en las contribuciones obrero-patronales producto de la crisis económica del año 2009 y su lenta recuperación en los años siguientes. Además, ha habido incumplimiento acumulado en los pagos del Estado y persisten los problemas en la gestión de cobro.

- **El aseguramiento independiente, voluntario y por convenios especiales genera los mismos gastos que el resto de los asegurados, sin embargo, dos de cada tres asegurados voluntarios o independientes se ubican en el rango más bajo de cotización,** es decir declaran un ingreso igual al mínimo contributivo y alrededor de cuatro de

cada cinco en los primeros rangos. En el caso de los convenios especiales, si bien cada uno de los miembros del grupo organizado debe pagar según su ingreso, en términos generales la mayoría de ellos se ubica en la categoría de menores ingresos.

-Respecto al registro de los asegurados por cuenta del Estado, no se ha concluido la construcción de la base de datos sobre las familias en condición de pobreza debidamente identificadas y **se tienen dudas sobre el avance y la veracidad de la información así como de la confiabilidad del procedimiento para evitar filtraciones.**

-En lo que respecta a la evasión, la morosidad y la deuda del sector privado, **la Caja no tiene una estrategia clara para la solución del problema de la morosidad y la evasión de pagos del sector privado ni en lo que respecta a la limpieza de las cuentas morosas de patronos inactivos**, aspectos que han sido señalados tanto por la Contraloría General de la República como por la Auditoría Interna de la institución.

1.2 Gastos

- **El incremento en las remuneraciones se efectuó sin considerar la sostenibilidad financiera** y actualmente, es uno de los factores más determinantes de la situación financiera actual de la Caja.

El alto porcentaje que representan las remuneraciones significa que habrá menos dinero para otros rubros como medicamentos e inversión que inciden negativamente en la prestación de los servicios y en las metas de salud que justificaron dichos aumentos.

-La Caja incurre en costos innecesarios en compras de bienes y servicios y en almacenamiento. Esto debido a que **las compras de materiales y suministros no tienen la transparencia necesaria, lo que se puede prestar para actos de corrupción**, así por ejemplo la gerencia de Logística no cuenta con un programa maestro de administración de inventarios, además, no existe un sistema integrado y en tiempo real que consolide la demanda del sistema de salud en su conjunto permitiendo a **los establecimientos realizar compras directas de medicamentos de la Lista Oficial de Medicamentos y de la Lista Complementaria, así como compras de emergencia facturándose montos unitarios por medicamento sustancialmente mayores que las compras bajo economías de escala**, generando a la vez duplicidad administrativa con respecto a la gerencia de Logística que dispone de una estructura para esa tarea.

-**El volumen y costo de los inventarios de las operaciones logísticas de la Caja demanda contar con un sistema de información de primer orden del cual actualmente se carece.**

-A pesar de que existe una política institucional de contratación de servicios a terceros de adjudicarlos solo por la vía de la excepción y como complemento a la oferta institucional, los montos presupuestados y efectivamente gastados por la caja parecen no concordar con dicha definición de política institucional ya que **los gastos por este concepto de servicios contratados se han incrementado**. Este hecho fue señalado por la Contraloría General de la República al aprobar dichos presupuestos, como "incongruentes" con la política establecida por la misma Junta Directiva.

1.3 Presupuesto General

-**La situación de liquidez resulta ser el problema más crítico y urgente a resolver por la institución.**

El saldo primario en efectivo, total Ingresos menos egresos, ha sido negativo durante todo el período, siendo particularmente alto los últimos tres años (2008 al 2010). Para conseguir el mínimo de liquidez necesario para hacer frente a los compromisos de la Caja en la primera quincena de enero de cada año, equivalente a 32 mil millones de colones, la gestión financiera ha recurrido a dos fuentes principales: i) solicitar adelantos al Estado por deudas que éste mantiene con la institución, pactados a plazos mayores a un año; y ii) al retraso en el pago a proveedores. Estas fuentes, sin embargo, no son sostenibles en el tiempo.

-Las políticas de empleo y salariales de la CCSS han sido aplicadas con completa autonomía, fuera de proporción con el resto del sector público costarricense y mucho más allá de las posibilidades financieras y económicas de la institución. Al respecto, los controles de la CGR fueron ineficaces para evitar la crisis financiera de la Caja que continuó su política de gastos personales crecientes en detrimento de otros gastos e inversiones esenciales para el buen funcionamiento de la institución. A modo de ilustración el renglón de gastos personales aumentó de 313.613 millones en el año 2006 a 799.113 millones en el año 2010 (aumentó 155%, promedio anual de 39%), año este último en el que la Caja arrojó un déficit financiero cercano a 95.000 millones de colones.

2. Gestión Administrativa

-La Dirección Superior de la Institución es nombrada en sus puestos mediante criterios opacos, ya que los nombramientos se hacen sin mediar concursos. Se ha producido un **aumento rápido del número de gerencias así como de los puestos de dirección y jefaturas y a su vez, del número de personas que laboran bajo cada gerencia, llevando a evidentes duplicaciones de funciones**. Además, muchos de quienes laboran en oficinas centrales son profesionales en ciencias médicas, lo cual aumenta costos y sustrae valioso personal al nivel operativo. **El resultado es un problema grave de "macrocefalia organizacional"**.

Existe actualmente duplicación de funciones, fragmentación, una débil coordinación y una alta compartimentación del trabajo del nivel central en áreas clave como la planificación, los sistemas de información y la administración. Ello coexiste con una gran complejidad para determinar responsabilidades y omisiones en la gestión, ausencia de planificación y evaluación de los procesos de trabajo que a su vez se reflejan en la toma de decisiones. Por eso, ni el crecimiento de las gerencias, ni de las jefaturas ni del número de personal laborando en oficinas centrales ha mejorado el desempeño de esas oficinas en su apoyo al nivel operativo, razón de ser del nivel central.

-Uno de los problemas principales del desempeño del nivel central es la gestión de las distintas fuentes de ingresos del seguro de enfermedad y maternidad, así como la falta de criterios para la asignación y efectividad del gasto. Existen serios **problemas de articulación y delimitación entre las labores y responsabilidades de la gerencia médica y la administrativa**, situación que se repite entre las otras gerencias.

-El porcentaje de presupuesto que absorbe el nivel central y sus unidades de apoyo parece ser muy alto, muy por encima del 8% que establece la ley constitutiva de la Institución en su artículo 34.

-La institución carece de un sistema de rendición de cuentas de las jefaturas, y no es fácil aplicar sanciones por incumplimiento de las metas asignadas a las dependencias bajo su responsabilidad.

-La Auditoría Interna no investiga aquellos asuntos donde parecen concentrarse los mayores problemas de la institución como por ejemplo: las compras a nivel central y desconcentradas, el cumplimiento de horarios por parte del personal médico, el pago por

tiempos extraordinarios, los biombos, las listas de espera, los retrasos en la entrega de los diagnósticos, etc.

Por otra parte, en este campo quedan dudas acerca del seguimiento que la auditoría da a las recomendaciones que surgen de la gran cantidad de informes que produce, y parece también que de ellos no se extraen recomendaciones de carácter general que coadyuven a la definición de políticas o normas a nivel institucional.

-Por varios años ha tenido lugar la creación, mantenimiento e incorrecta interpretación de una **política de desconcentración que lejos de mostrar beneficios ha llevado a pérdida de economías de escala y contribuido a la desarticulación en la toma de decisiones**. La desconcentración se ha limitado a la materia de compras, contratación de personal y presupuestaria, lo que ha resultado en casi 300 puntos de compra y la contratación de personal en más de 100, con resultados insatisfactorios.

-La asignación presupuestaria es inflexible, sustentada en el comportamiento histórico y no corresponde a la prestación esperada de los servicios de acuerdo a las necesidades de la población atendida. Al día de hoy la función de directores-as de entes desconcentrados es básicamente la misma que la de los no desconcentrados; sin embargo, los primeros cuentan con incentivos salariales que duplican el salario de los no desconcentrados.

Es necesaria una revisión en cuanto a la equidad en la asignación de los recursos ya que por lo señalado anteriormente, **existen grandes diferencias entre los presupuestos asignados a las diferentes áreas de salud sin que tales diferencias se fundamenten en las necesidades reales de cada una de ellas**. Parte de este problema se genera en la ausencia de una contabilidad de costos que arroje una información real sobre los diversos servicios de salud que permitan reemplazar la formulación de un presupuesto en base histórica por uno con base a costos y resultados.

-La Caja dispone de un sistema de costos que le permite calcular los costos de estancia en los servicios de hospitalización, el costo de consulta externa, así como el costo de diferentes procedimientos, incluyendo quirúrgicos. La información está disponible por establecimiento de salud. **El principal problema que presenta este sistema es que se basa en costos promedio para cada uno de los servicios por establecimiento, pero no permite estimar costos específicos según el nivel de complejidad de los mismos**.

-El puesto de gerente de hospital en la mayoría de los casos, está en manos de médicos, siendo necesario para el mejor desempeño de esa posición que sea ocupada por profesionales con formación en administración de empresas.

-La CCSS carece de información precisa, confiable y oportuna, insumo indispensable para llevar a cabo procesos inteligentes de tomas de decisiones que incidan favorablemente sobre la gestión del sistema y el impacto de este en el estado de salud de la población.

En términos generales, el seguro de salud carece de una información integral, eficiente y eficaz tanto a nivel central como local, particularmente en cuanto a costos que implican efectuar ciertas intervenciones o programas. Por ejemplo, en la actualidad la contabilidad de costos del seguro de salud no permite conocer el monto gastado por las actividades de promoción y prevención de la salud, ni tampoco el costo incurrido en la atención de enfermedades específicas como el SIDA y el cáncer. De igual manera, hay una ausencia de datos confiables para llevar a cabo análisis comparativos sobre el costo de contratar servicios con proveedores privados o producirlos internamente, y en el caso de la primera opción, saber cual debería ser el precio justo de la transacción.

Al analizar los hallazgos del Equipo de Especialistas, la Defensoría se cuestionó si todos los problemas detectados por parte de este equipo no debieron ser identificados oportunamente por la Auditoría Interna de la CCSS y la misma Contraloría General de la República.

Por esa razón, la Defensoría analizó diversos informes de la Contraloría General de la República y de la Auditoría Interna de la CCSS, del año 2004 al 2010 (que fueron aportados por ambas instancias) encontrándose que algunos hallazgos y recomendaciones de éstas para la CCSS, estaban relacionadas con los problemas detectados por el Equipo de Especialistas.

Hallazgos y Recomendaciones de la Contraloría General de la República:

Antes de conocer lo que la Defensoría ha encontrado a través del análisis de los informes de la Contraloría, es importante tener presente que la Ley **Orgánica de la Contraloría General de la República establece en su artículo 12 dispone:**

"ARTICULO 12.- ORGANO RECTOR DEL ORDENAMIENTO

*La Contraloría General de la República **es el órgano rector del ordenamiento de control y fiscalización superiores**, contemplado en esta Ley.*

*Las disposiciones, normas, políticas y directrices que ella dicte, dentro del ámbito de su competencia, **son de acatamiento obligatorio y prevalecerán sobre cualesquiera otras disposiciones de los sujetos pasivos que se le opongan.***

La Contraloría General de la República dictará, también, las instrucciones y órdenes dirigidas a los sujetos pasivos, que resulten necesarias para el cabal ejercicio de sus funciones de control y fiscalización. (...)"

Producto del estudio realizado, la Defensoría encontró que, en el ejercicio de sus facultades, la Contraloría en diversos informes a la Caja, ha emitido recomendaciones que no necesariamente son acatadas a cabalidad por la Institución fiscalizada. De seguido se procede a describir algunas de esas situaciones:

- **Informe de Contraloría DFOE-SA/46-2005, 14/12/2005, sobre Estudio del presupuesto para el año 2006 de la CCSS**, se indica que: *"No se remitieron las Políticas Salariales y de empleo para el año 2006"* y que *"No se cuenta con un Plan Estratégico en Tecnologías de Información"*.

- Con respecto **al Plan-Presupuesto de la CCSS para el ejercicio económico 2007**, se hacen dos recomendaciones, a saber:

- a.- Remitir a esta Contraloría General, las *"Políticas Salariales y de Empleo de la CCSS para el año 2007"* (que ya había sido solicitada el año anterior) y la *"Política y Estrategia de inversiones para el año 2007 Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y sus Reservas"*, a más tardar el 31 de enero de 2007.

- b.- Elaborar un plan estratégico en tecnologías de información durante el año 2007 (que igualmente había sido solicitado el año anterior) y comunicar a este órgano contralor los avances trimestralmente. Documento que se considerará requisito para la aprobación de las subpartidas correspondientes, en el Presupuesto Ordinario de 2008 de esa entidad.

- **En el Informe de Contraloría DFOE-SA-20-2006 30/06/2006 se dictaminó lo siguiente:**

inadecuado ambiente de operación de los sistemas de información financiera: *"El funcionamiento de los sistemas de la Caja en plataformas tecnológicas con características distintas y desarrollados bajo esquemas de procesamiento diferentes no es recomendable, ya que origina*

*incompatibilidad entre muchos de estos sistemas, (...), lo que obliga a los funcionarios de la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC) a desarrollar procedimientos alternos de programación para facilitar el flujo de la información entre los sistemas que residen en las plataformas, con el consecuente **incremento en la demanda de recursos tecnológicos y de personal, encareciéndose con ello el proceso de obtención de información.***"

*"La situación expuesta muestra la problemática existente en el **proyecto de migración del IBM-390**, proceso que como se observa en lo comentado **lleva más de seis años de estarse desarrollando y a la fecha de este informe su conclusión es incierta**, con lo cual la operación de los diversos ambientes computacionales utilizados actualmente por la Caja podría extenderse más de lo estimado, poniéndose con ello en riesgo la continuidad de las operación de la institución en caso de fallar dicho equipo."* (Resaltado propio)

*"(...) existe un grado importante de **agotamiento funcional de las plataformas físicas y tecnológicas, así como de varias de las aplicaciones involucradas, lo que dificulta el cumplimiento de algunos requerimientos actuales de información de los diversos usuarios internos y externos, de las tareas de control y gestión, y pone en riesgo el contar con la información sobre la gestión financiera institucional**, por lo que puede ser necesaria una reingeniería de los sistemas institucionales, con el fin de lograr una integración de todos los sistemas que existen para generar la información financiera empleada por la administración para la toma de decisiones"*

Sobre esta punto en particular la Contraloría recomendó a la Caja: *"Ordenar a la Dirección de TIC que en el plazo de un mes proceda a formular y formalizar un plan detallado de las acciones que restan para concluir la migración del equipo IBM 390, que contenga todos los elementos y recursos necesarios para alcanzar adecuadamente ese fin, el cual debe constituirse en la herramienta que facilitará a la Administración el control de las actividades definidas por realizar. El plan en mención deberá ser revisado y aprobado por el nivel jerárquico que corresponda; asimismo, se deberán implementar los controles necesarios que permitan ir midiendo su cumplimiento y en caso de ser necesario adoptar oportunamente las medidas correctivas para subsanar las desviaciones que se presenten."*

Nuevamente aparece un año después el problema de tecnologías de información.

- Informe de Contraloría DFOE-SOC-51-2007, 04/10/2007

Resultados del análisis de liquidación presupuestaria CCSS para el ejercicio económico 2006

En el estudio al cual responde este informe de Contraloría se dieron los hallazgos siguientes:

a.- La CCC **no desglosa el superávit en libre y específico**, ocasionando *"que la elevada cuantía del superávit que se presenta en el informe de ejecución presupuestaria, podría inducir a error a los niveles tomadores de decisiones institucionales, a terceras personas involucradas y, en general, a la sociedad costarricense, (...)."*

b.- Sobreestimaciones importantes en algunos rubros de ingreso, lo cual podría ser producto de *"debilidades en los métodos de estimación utilizados, o bien en los procesos de recaudación de dichos ingresos."*

c.- Incremento en las cuentas por cobrar a corto plazo de un 20%

d.- Sobregiro en algunas subpartidas del presupuesto. *"Aún cuando estos sobregiros no se registran a nivel total del presupuesto, es evidente, tal y como lo hemos indicado en otras oportunidades a esa institución..."*

e.- Niveles bajos de ejecución en algunas de las subpartidas del presupuesto de inversiones.

f.- *La Caja mantiene algunas debilidades en relación con el proceso de planificación y selección de los proyectos de infraestructura, el abordaje integral para el manejo de las listas de espera institucional, y el proceso de la desconcentración de hospitales y clínicas. Además, el resultado de cumplimiento bajo que presenta dicha institución en algunos temas, que son estratégicos y relevantes para la prestación de los servicios de salud, podrían ir en detrimento de la calidad, continuidad, eficiencia y oportunidad de dichos servicios públicos"*

A partir de sus hallazgos, la Contraloría hizo las siguientes recomendaciones:

a.- **Establecer medidas de control acerca de la planificación, programación y ejecución de los gastos de las unidades desconcentradas**, de forma que se prevengan sobregiros de subpartidas presupuestarias de esas unidades. Comunicar dichas medidas a esta Contraloría General, a más tardar el 23 de noviembre de 2007.

b.- **Analizar las razones que motivaron el incremento en las cuentas por cobrar por concepto de cuotas obrero-patronales a un 20.1% en el año 2006**, con respecto al año anterior, complementar con la situación que se presente en el año 2007, e incluir dicho análisis en el informe de ejecución presupuestaria al 31 de diciembre de 2007, conjuntamente con las causas y medidas correctivas que resulten procedentes.

Además, dentro de los hallazgos la Contraloría hizo las siguientes observaciones que pueden tomarse como recomendaciones,

- **"(...) la persistencia de debilidades en la planificación, programación y ejecución de los gastos institucionales, así como la ausencia de controles internos por parte de esas unidades desconcentradas, que permitan evitar los sobregiros de cita. En ese sentido, se hace imperativo que la Administración de la CCSS tome las medidas del caso con el propósito de que la ejecución se ajuste a lo debidamente planificado y programado, y se implementen los controles internos por parte de las unidades responsables, a efecto de que se eviten este tipo de situaciones"**

- **"(...) se hace imperativo que dicha Administración determine acciones imprescindibles y prioritarias para solventar las inconveniencias que se han presentado como consecuencia de los procesos de compra, reprogramaciones de obras, producto de revisiones de carteles de licitación, y otras situaciones, que la misma Administración apunta como argumentos de atraso en la realización de los diferentes proyectos de inversión y de adquisición de equipos médicos e instrumentales."**

- Informe de Contraloría DFOE-SOC-86-2007, 03/12/2007

Se analizó el presupuesto ordinario y la correspondiente información relacionada con la planificación institucional, para el ejercicio económico de 2008.

En el estudio al cual responde este informe de Contraloría se dieron los siguientes hallazgos:

a.- No se remitieron las *"Políticas Salariales y de Empleado"* de la CCSS para el año 2008, documento que incluye las decisiones de la Junta Directiva sobre la gestión de los recursos humanos en esa entidad, así como el envío de la *"Política y Estrategia de Inversiones"* para el año 2008 del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte. (Información que se viene pidiendo desde el año 2005)

b.- Con el propósito de implementar las estrategias en el corto plazo, considera que se deberá continuar con el **desarrollo del plan detallado o plan operativo institucional, el cual**

necesariamente se tendrá que vincular con el presupuesto ordinario del año en estudio.

Respecto a estos hallazgos la Contraloría recomendó:

A la Presidencia Ejecutiva:

a.-Determinar las medidas que, a corto plazo, permitan incrementar los porcentajes de ejecución del presupuesto de inversiones durante el período 2008, así como el vigilar que el plan de infraestructura se ejecute de conformidad con la normativa que regula la materia y en estrecha vinculación con las sumas asignadas en el presupuesto ordinario.

b.-Implementar el Plan Operativo Anual 2008, incorporando los elementos necesarios, que se vinculan a su vez con el Presupuesto Ordinario 2008 de esa entidad.

c.- Remitir a esta Contraloría General, las "Políticas Salariales y de Empleo de la CCSS para el año 2008", la "Política y Estrategia de inversiones para el año 2008 Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y sus Reservas", y el "Plan Estratégico en Tecnologías de Información" (que también se pidió desde el 2005), a más tardar el 29 de febrero de 2008.

A la Gerencia Financiera:

a.- Adecuar el sistema de monitoreo sobre la ejecución presupuestaria de la totalidad de los ingresos, de manera que éste sea permanente, y permita detectar oportunamente las variaciones y, de proceder, se tomen las acciones correctivas pertinentes por parte de las instancias que correspondan.

b.- Realizar los ajustes al presupuesto de egresos, mediante un documento presupuestario, con el propósito de cumplir con la aplicación específica de los recursos provenientes de la transferencia corriente de la Junta de Protección Social de San José.

- Informe de Contraloría DFOE-SOC-27-2008 de 06/06/2008

Resultados del análisis de la liquidación presupuestaria de la CCSS para el ejercicio económico 2007.

En este informe se observan los siguientes hallazgos:

a.- Se mantienen sobreestimaciones en algunos de los rubros de ingresos. Esta situación, **tal y como se indicó en el "Informe de Liquidación presupuestaria al 31 de diciembre de 2006"**, podría estar motivada por debilidades en los métodos de estimación utilizados, o bien en los procesos de recaudación de dichos ingresos.

b.- Baja ejecución en la partida de bienes duraderos:

Al igual que el año anterior la CCSS presentó las mismas justificaciones a saber: " proyectos que no finalizaron su proceso de compra, atrasos en la entrega por parte de los proveedores; reprogramación de obras producto de la revisión de carteles de licitación y términos de referencia a la luz del Reglamento de la Ley de Contratación Administrativa y leyes específicas, demoras por la magnitud y complejidad de las obras que provocan cambios en la programación de las actividades y por consiguiente en los pagos", entre otros. "Esta situación evidencia **debilidades en la planificación, programación y ejecución de los gastos institucionales, así como la ausencia de controles internos por parte de esas unidades desconcentradas**".

"En relación con la información contenida en los Estados Financieros al 31 de diciembre de 2007 de

esa entidad, sobresalen algunos datos, los cuales llaman la atención. Por ejemplo en el "Balance de Situación del Seguro de Salud", se presenta un monto de ¢311.559,8 millones en **Cuentas por Cobrar**, monto que aunque inferior en un 21% al reflejado el año anterior, representa un 74% del total del Activo corriente, a su vez en la cuenta "**Estimación incobrables**" **se presenta un incremento del 23% respecto del año anterior**, el total de activo corriente presenta una disminución de un 17.56% respecto del año 2006, igualmente el patrimonio disminuyó en 11.80%"

Respecto a estos hallazgos, la Contraloría hizo recomendaciones de carácter general:

a.- Indica que conviene resaltar lo referente a **que se implementen mecanismos y acciones necesarias para subsanar la debilidad en lo que se refiere al bajo nivel de cumplimiento que se presenta en la partida de Bienes Duraderos**, con mayor énfasis en los proyectos de infraestructura y equipamiento y que se debe instaurar un plan de acción para evitar los sobregiros en los gastos de las unidades desconcentradas.

b.- Que se logre concretar en el menor tiempo posible, en cuanto al comportamiento de los ingresos, el "Sistema de monitoreo del desempeño de la ejecución presupuestaria institucional", así denominado por la Gerencia Financiera de la Caja, a fin de identificar las posibles desviaciones, establecer las correcciones y ajustes en tiempo y forma de los ingresos. Así como evaluar los métodos de estimación utilizados por la CCSS, con el propósito de evitar las sobreestimaciones de ingresos.

- Informe de Contraloría DFOE-SOC-35-2008 de 11/09/2008

Evaluar el control interno financiero contable y la aplicación de la normativa técnica en relación con el registro, valuación y presentación de los Estados Financieros de la Caja.

Los hallazgos en este informe revisten particular importancia, por lo que se le debe poner particular cuidado:

a.- "A la fecha persisten situaciones de riesgo significativas originadas por **un deficiente proceso de aprobación de Estados Financieros por parte de la Junta Directiva; un débil liderazgo técnico a nivel institucional por parte de la Gerencia Financiera**_lo que se refleja entre otros, **en compendios y manuales deficientes, limitaciones de acceso y divulgación de normativa, una débil cultura contable, falta de monitoreo y control estratégicos de la gestión a nivel institucional, Estados Financieros incompletos y con inconsistencias.**

b.- Asimismo, prevalecen situaciones que atentan contra la razonabilidad de los Estados Financieros, comenzando porque **las autoridades no han determinado el marco normativo contable a aplicar, prevalecen problemas de registro, valuación y revelación que evidencian un débil control de calidad sobre la información financiero contable institucional.**

c.- En el caso del SICERE **pese al señalamiento reiterado de inconsistencias no se ha instaurado un control adecuado** que le permita a la Dirección respectiva monitorear y rendir cuentas sobre el grado de avance en las soluciones que se implanten a fin de disminuir el saldo de inconsistencias que se refleja en las cuentas contables.

d.- **Por último se detectó un débil proceso de conocimiento y atención de las recomendaciones emitidas por los auditores y fiscalizadores a fin de mejorar la gestión financiero contable.**

Al respecto la Contraloría emitió las siguientes recomendaciones:

a.- A la Junta Directiva de la CCSS:

a.1.- Solicitar a la Presidencia Ejecutiva para que a más tardar el 17 de octubre de 2008, en coordinación con la Gerencia Financiera, presente para revisión y aprobación de esa Junta una propuesta que, conforme al ordenamiento, la doctrina, la técnica y lo comentado en de este informe, defina e implemente una estrategia y mecanismos oportunos para **que ese órgano colegiado conozca, analice y apruebe, según corresponda, al menos los Estados Financieros de cierre del ejercicio anual preparados por la Gerencia Financiera de la CCSS y los Auditados, de manera que se garantice un direccionamiento y control estratégicos de la gestión financiera institucional.**

Lo anterior teniendo en cuenta que la estrategia y mecanismos que se aprueben deben entrar en vigencia a más tardar para diciembre del presente año a fin de propiciar la calidad en el análisis, direccionamiento y control sobre dicha gestión de inmediato. Remitir a esta Contraloría General el 28 de noviembre de 2008, el acuerdo y la propuesta correspondientes.

a.2.- Girar las instrucciones correspondientes para que a más tardar el 28 de noviembre 2008 esa Junta Directiva conozca y apruebe, para su divulgación e implementación a más tardar a partir del mes de enero de **2009 una propuesta que conforme al ordenamiento, establezca un oportuno proceso de conocimiento, atención e implantación, según corresponda, de las recomendaciones que presentan las distintas instancias de auditoría, fiscalización y vigilancia**, esa propuesta debe contener al menos directrices, procedimientos, plazos, responsables e implicaciones por incumplimiento. Remitir a esta Contraloría General a más tardar el 27 de febrero de 2009 tanto el acuerdo como la propuesta que resulte al efecto.

b.- A la Presidencia Ejecutiva de la CCSS:

Se le encomiendan varias acciones a ejecutar por parte de la Gerencia Financiera a fin de mejorar la información contable – financiera de la CCSS

- Informe de Contraloría DFOE-SOC-69-2008 de 20/11/2008: Estudio efectuado al Plan-Presupuesto de la Caja para el ejercicio económico 2009.

En este informe de Contraloría se dieron los siguientes dos hallazgos que llaman la atención de esta Defensoría a saber:

a.- Con respecto a la ejecución de gastos, se indica que se propone un aumento del 26% con respecto al año anterior, financiado con recursos propios y externos. No obstante, la ejecución mostrada en años anteriores y al 30 de setiembre de 2008, alcanzó un 39.1% ejecución sumamente baja. *"Lo anterior, de alguna manera, evidencia que **esa institución sigue enfrentando dificultades para llevar a cabo los proyectos de desarrollo**, de acuerdo con las estimaciones reflejadas en el plan operativo anual y en el presupuesto. Situación que igualmente se indicó el año anterior, por lo que esa Administración requiere una respuesta definitiva y eficiente ante estas debilidades en el sistema de ejecución de gastos."*

b.- "Dentro del presupuesto de la CCSS se incluye un **monto considerable en la partida de Remuneraciones**, en la que destacan por su monto gastos como **"Sueldos para cargos fijos", "Suplencias" y "Tiempo Extraordinario"**. En donde la partida por Sueldos para cargos fijos, ha venido incrementándose año con año, en razón de la creación de plazas, así como por los estudios de puestos que se han tramitado a lo interno de la entidad. Por otro lado en cuanto a las necesidades del gasto por concepto de Tiempo Extraordinario, la Administración ha justificado dicho rubro, en parte por el "déficit de plazas en ciertas especialidades médicas y para asegurar la prestación de los servicios de salud a la población". De lo anterior, **se debe destacar en cuanto a los estudios de puestos, la necesidad de que la Administración mantenga un debido cuidado en cuanto al equilibrio interno y externo en materia salarial**. Por otro lado en relación con los altos montos presupuestados y ejecutados en estos últimos años en la subpartida de tiempo extraordinario, **esa Administración deberá tener en cuenta que la misma**

únicamente debe utilizarse en *ciertas eventualidades*, cuando las necesidades resultan impostergables. Por lo tanto es indispensable la implementación de una solución integral en el corto plazo, con el propósito de mejorar la asignación de los recursos en comentario."

Al respecto la Contraloría emitió las siguientes recomendaciones:

a.- A la Presidencia Ejecutiva de la CCSS:

- Informar a esta Contraloría General, en los informes de ejecución presupuestaria, las acciones que se hayan tomado para subsanar debilidades registradas como producto de los bajos porcentajes de ejecución presupuestaria.

- Remitir a la Contraloría General, las "Políticas Salariales y de Empleo de la CCSS para el año 2009" y la "Política y Estrategia de inversiones para el año 2009 Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y sus Reservas", a más tardar el 26 de febrero de 2009. (Nuevamente se reitera la misma petición de años anteriores)

b.- A la Gerencia Financiera de la Caja

- Adecuar el sistema de monitoreo sobre la ejecución presupuestaria de la totalidad de los ingresos y egresos, de manera que éste sea permanente, y permita detectar oportunamente las variaciones y, de proceder, se tomen las acciones correctivas pertinentes por parte de las instancias que correspondan en el plazo indicado.

- Informe de Contraloría DFOE-SOC-1363 de 16/12/2010: Aprobación del presupuesto inicial del 2011

Aunque se trata de un proyecto de presupuesto, la Defensoría considera importante resaltar un hallazgo, que denota debilidades administrativas en la CCSS que deben ser corregidas:

"No se estima el costo de cada una de las metas propuestas. De acuerdo con la normativa técnica y jurídica vigente, es obligación que en el Plan Operativo Anual Institucional se precisen los recursos humanos, materiales y financieros necesarios para cumplir con cada una de las metas definidas; además según el "Principio de programación", los objetivos, las metas y los productos que se pretenden alcanzar deben expresarse con claridad en el presupuesto, así como los recursos necesarios para cumplirlos de tal forma que del presupuesto se visualice el costo de alcanzar esos objetivos, metas y productos."(Resaltado propio)

Ahora bien, aunque la CGR no hizo ninguna recomendación concreta al respecto y por considerar la Defensoría que una adecuada contabilidad de costos es fundamental para un manejo eficiente del presupuesto, se le solicitó a la CGR, mediante oficio DH-CV-0165-2012 del 28 de marzo de 2012, informar si en algún momento le ha recomendado a la CCSS implementar una contabilidad de costos que permita conocer en detalle el costo de cada procedimiento o servicio, cuál ha sido el resultado y si esa Contraloría considera que esto debe llevarse a cabo y a qué plazo.

- Informe de Contraloría DFOE-SOC-IF-79-2010 de 23/12/2010: Determinar si el proceso de planificación en la CCSS permite orientar la gestión de la institución a la atención integral de los servicios de salud y a una efectiva rendición de cuentas.

En el estudio al cual responde este informe de Contraloría se dieron los hallazgos siguientes:

a.- Se determinó que los **objetivos estratégicos no están bien definidos y por tanto no orientan el rumbo institucional ni permiten medir el impacto de la gestión en los servicios de la salud pública**; además, existe una confusión entre los conceptos de objetivos, estrategias y líneas de acción, contenidos en diferentes documentos de planificación. Por otra

parte, **no se observa una clara vinculación entre la misión y la visión con las estrategias y de éstas con los objetivos estratégicos, y entre la planificación estratégica con la operativa y el presupuesto**, siendo fundamental para que la institución tenga claridad de hacia dónde dirige sus esfuerzos en la gestión y en la inversión de los fondos públicos.

b.- Se encontró que un alto porcentaje de las acciones estratégicas que componen el Cuadro de Mando Integral (CMI) 2007-2012, se dirigen a solventar asuntos de carácter operativo, ocasionando que una parte importante de **la planificación estratégica de la CCSS no se oriente a los servicios o resultados finales relacionados directamente con la atención integral de la salud.**

c.- La planificación anual operativa refleja parcialmente la propuesta estratégica, pues **coexisten diversos planes estratégicos, cuyas metas no se incorporan en la planificación anual.** Aunado a esto, no se observa una vinculación clara de las metas contenidas en el plan con el presupuesto institucional, situación que va en detrimento de una efectiva rendición de cuentas y dificulta visualizar de forma integral la gestión institucional.

d.- En el proceso de planificación se cuenta con dos unidades que realizan funciones similares dentro de ese proceso, generándose algunas duplicaciones de funciones.

Al respecto la Contraloría emitió las siguientes recomendaciones:

a.- A la Presidencia Ejecutiva:

- **Girar las instrucciones a la Secretaría Técnica de Planeamiento Estratégico y a la Dirección de Planificación Institucional para que se lleve a cabo una revisión del proceso de planeamiento estratégico** expresado en el Cuadro de Mando Integral Institucional y Gerencial y en el mapa estratégico, considerando para ello, el diseño de objetivos estratégicos, las estrategias, las acciones estratégicas e indicadores, con el propósito de que se realicen los ajustes tendientes a lograr una mayor claridad y precisión en el alineamiento que debe prevalecer entre esos elementos. El documento que contenga los resultados de dichos ajustes, con la respectiva aprobación de la Junta Directiva, debe remitirse a esta Contraloría a más tardar el 30 de junio del 2011

- **Girar las instrucciones a la Secretaría Técnica de Planeamiento Estratégico y a la Dirección de Planificación Institucional para que se establezcan indicadores institucionales que permitan cuantificar el resultado de las acciones de la atención integral de la salud** en un periodo determinado, guardando vinculación con la misión y visión institucionales y tomando en consideración la relación causa efecto de las acciones dirigidas a la atención de la salud. El documento que contenga los indicadores correspondientes, con la respectiva aprobación de la Junta Directiva, debe remitirse a esta Contraloría General a más tardar el 30 de junio de 2011.

- **Ordenar a la Secretaría Técnica de Planificación Estratégica y a la Dirección de Planificación Institucional, la integración de los planes que se mantienen separados del Plan Estratégico Institucional en un solo proceso de planificación estratégica** y proponer los ajustes correspondientes en los instrumentos de planificación vigentes, así como en el presupuesto anual correspondiente, de modo que se logre mejorar la evaluación de la gestión institucional y la rendición de cuentas. (Ver punto 2.5 de este documento). Remitir a más tardar el 30 de junio de 2011, el plan estratégico integrado con la aprobación de la Junta Directiva.

- **Ordenar a la Dirección de Desarrollo Organizacional de la Gerencia Administrativa el análisis de la normativa vigente y las funciones asignadas a la Secretaría Técnica de Planteamiento Estratégico y a la Dirección de Planificación Institucional**, con el propósito

de lograr una mayor integralidad en el desarrollo del proceso de planificación y evitar duplicaciones de funciones. (Ver punto 2.6 de este informe). Remitir a más tardar el 30 de junio de 2011, la normativa actualizada y aprobada por la Junta Directiva.

b.- Al Secretario Técnico de Planificación Estratégica y a la Directora de Planificación Institucional.

- **Llevar a cabo una revisión del proceso de planeamiento estratégico** expresado en el Cuadro de Mando Integral Institucional y Gerencial y el mapa estratégico, considerando para ello, el diseño de objetivos estratégicos, las estrategias, las acciones estratégicas e indicadores, con el propósito de que se realicen los ajustes tendientes a lograr una mayor claridad y precisión en el alineamiento que debe prevalecer entre esos elementos. El documento que contenga los resultados de dichos ajustes, debe remitirse a la Presidencia Ejecutiva a más tardar el 16 de mayo de 2011.

- **Plantear indicadores institucionales que permitan cuantificar el resultado de las acciones de la atención integral de la salud en un periodo determinado**, guardando vinculación con la misión y visión institucionales y tomando en consideración la relación causa efecto de las acciones dirigidas a la atención de la salud. (Ver punto 2.4 de este informe). Remitir el documento que contenga los indicadores replanteados a la Presidencia Ejecutiva a más tardar el 16 de mayo de 2011.

- **Integrar los planes que se mantienen separados del Plan Estratégico Institucional en un solo proceso de planificación estratégica** y proponer los ajustes correspondientes en los instrumentos de planificación vigentes, así como en el presupuesto anual correspondiente, de modo que se logre mejorar la evaluación de la gestión institucional y la rendición de cuentas. (Ver punto 2.5 de este documento). Remitir a la Presidencia Ejecutiva a más tardar el 16 de mayo de 2011, el plan estratégico integrado.

c.- A la Dirección de Desarrollo Organizacional de la Gerencia Administrativa.

- **Realizar el análisis de la normativa vigente y las funciones asignadas a la Secretaría Técnica de Planteamiento Estratégico y la Dirección de Planificación Institucional**, y proponer los ajustes que correspondan con el propósito de lograr una mayor integralidad en el desarrollo del proceso de planificación y evitar duplicaciones de funciones. (Ver punto 2.6 de este informe). Remitir a la Presidencia Ejecutiva a más tardar el 29 de abril de 2011, la normativa actualizada.

Informe de seguimiento de las recomendaciones emitidas por la Contraloría General de la República

La Defensoría solicitó a la Contraloría, mediante oficio DH-CV-0165-2012 del 28 de marzo de 2012, informar sobre los resultados de las recomendaciones emitidas en los informes antes detallados, especialmente por haber encontrado que en algunos casos las recomendaciones se reiteraban año tras año.

La Contraloría respondió hasta el día 21 de mayo de 2012, mediante oficio DFOE-SD-0518 / DFOE-SOC-0409, indicando que *"...el seguimiento a las disposiciones emitidas por esta Contraloría General, se realiza con fundamento en el alcance de los estudios realizados y de cada una de las disposiciones emitidas en estos."*

La respuesta con respecto a los resultados de cada uno de los informes sobre los cuales la Defensoría le solicitó informar fue la siguiente (se sigue la numeración establecida por la Defensoría para mejor seguimiento):

- **Informe de Contraloría DFOE-SA/46-2005, 14/12/2005, sobre Estudio del presupuesto para el año 2006 de la CCSS**, se indica que: En este punto la Contraloría no se refirió en concreto al cuestionamiento de la Defensoría respecto a que las autoridades de la CCSS "*No se remitieron las Políticas Salariales y de empleo para el año 2006*" y que "*No se cuenta con un Plan Estratégico en Tecnologías de Información*". Sino que se limitó a indicar que en cuanto a los sobregiros presupuestarios de la CCSS –según sus registros – no se han establecido responsabilidades a funcionarios de la CCSS.

También indicó que con posterioridad a la emisión del informe en estudio, se implementó el "Sistema Integrado Institucional de Presupuesto (SIIP)" que se utiliza para formular, modificar y controlar los presupuestos de los Regímenes de IVM y Enfermedad y Maternidad de la Caja, específicamente en lo que corresponde a subpartidas de "Servicios", "Materiales y Suministros", "inversiones" y "Transferencias" lo que permite que, previo a la realización de un gasto institucional, se consulte la disponibilidad presupuestaria, lo que disminuye la probabilidad de un sobregiro.

Sin embargo; en lo que se refiere al pago de salarios, así como a la planilla de la población pensionada, los datos se incluyen mediante un medio magnético automático, **posterior al pago** (no hay consulta previa de disponibilidad presupuestaria). Indicó también la Contraloría que de conformidad con la planificación institucional se estaría llevando a cabo durante el presente año, un estudio sobre las liquidaciones presupuestarias donde se analizarán estos aspectos.

Resulta preocupante para la Defensoría que siendo el rubro de salarios el más relevante y el que se lleva la proporción más importante del presupuesto de la CCSS aún no se tengan los debidos controles para evitar sobregiros.

- **Respecto al Plan-Presupuesto de la CCSS para el ejercicio económico 2007, la Contraloría hizo dos recomendaciones:**

a.- Remitir a esta Contraloría General, las "*Políticas Salariales y de Empleo de la CCSS para el año 2007*" (que ya había sido solicitada el año anterior) y la "*Política y Estrategia de inversiones para el año 2007 Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y sus Reservas*", a más tardar el 31 de enero de 2007.

b.- Elaborar un plan estratégico en tecnologías de información durante el año 2007 (que igualmente había sido solicitado el año anterior) y comunicar a este órgano contralor los avances trimestralmente. Documento que se considerará requisito para la aprobación de las subpartidas correspondientes, en el Presupuesto Ordinario de 2008 de esa entidad.

Sobre este punto, la Contraloría optó por referirse a otros temas y no informó en concreto, si la Caja cumplió o no con sus recomendaciones.

- **En el Informe de Contraloría DFOE-SA-20-2006 30/06/2006**, se dictaminó que la CCSS operaba un "*INADECUADO AMBIENTE DE OPERACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACION FINANCIERA*".

Al respecto la Contraloría informó a la Defensoría que: "*Conforme lo dispuesto entre otros asuntos la Administración informó sobre la integración de la Comisión requerida en la disposición a), y en cuanto a la disposición b) remitió información sobre las instrucciones giradas y el plan de acciones para la Conclusión de la migración citada. Además, sobre la implementación en dicho plan, informó sobre los avances en su implementación a mayo de 2008.*

Considerando el alcance establecido en esas disposiciones y la información suministrada por la CCSS, éstas se determinaron razonablemente cumplidas, desde el año 2008. Cabe indicar que

mediante oficio N° 9180 (DFOE –SD-706-2009) del 2 de setiembre de 2009 se comunicó a la Administración **la conclusión del proceso de seguimiento.** (resaltado propio)

Si se considera que en el informe de los Especialistas de fecha 29 de setiembre de 2011 se indica que: **"El volumen y costo de los inventarios de las operaciones logísticas de la Caja demanda contar con un sistema de información de primer orden del cual actualmente se carece."**, se hace evidente que la CGR da por cumplidas recomendaciones sin que se concrete el resultado y sin el debido seguimiento, especialmente en temas fundamentales en la administración financiera y operativa de una institución de la envergadura de la Caja Costarricense de Seguro Social.

- Informe de Contraloría DFOE-SOC-51-2007, 04/10/2007: Resultados del análisis de liquidación presupuestaria CCSS para el ejercicio económico 2006

- Informe de Contraloría DFOE-SOC-86-2007, 03/12/2007: Se analizó el presupuesto ordinario y la correspondiente información relacionada con la planificación institucional, para el ejercicio económico de 2008.

- Informe de Contraloría DFOE-SOC-27-2008 de 06/06/2008; Resultados del análisis de la liquidación presupuestaria de la CCSS para el ejercicio económico 2007.

- Informe de Contraloría DFOE-SOC-69-2008 de 20/11/2008: Estudio efectuado al plan-presupuesto de la Caja para el ejercicio económico 2009.

La Contraloría se refirió a estos 4 informes en forma conjunta de la siguiente manera:

*"En los citados informes se realizaron observaciones sobre aspectos tales como sobreestimación de ingresos, sobregiros, proceso de planificación y el bajo nivel de cumplimiento o ejecución de la partida de Bienes Duraderos, situaciones a las que se le ha dado seguimiento mediante el proceso de aprobación presupuestaria que realiza esta Contraloría General como parte de sus funciones y en los temas tratados en diversos documentos que periódicamente se emiten como la memoria anual, en los documentos denominados "Evolución Fiscal y Presupuestaria del Sector Público y Presupuestos Públicos: Situación y Perspectivas". En lo que respecta al comportamiento de la partida Bienes Duraderos, a la cual se refiere específicamente su consulta, recientemente, en el documento "Presupuestos Públicos: Situación y Perspectivas" del año 2011, se señaló que: "...**el pago de salarios a partir del 2008 absorbe la mayor proporción de los gastos de SEM** o sea cada año una mayor proporción de los recursos recaudados son utilizados para el financiamiento de la planilla **sacrificando otros gastos como los de inversión en equipo e infraestructura, fundamentales para que el asegurado reciba una atención oportuna y de calidad**", por lo que la CCSS debe realizar los esfuerzos necesarios para solventar esa situación lo cual constituye parte de las obligaciones que tiene para la atención de las recomendaciones emitidas, entre otras instancias, por la Comisión de Notables en el mes de setiembre de 2011.*

En lo referente al monitoreo del desempeño de la ejecución presupuestaria, tal como se expuso en el primer punto de este oficio, la CCSS la realiza utilizando la información que genera el "Sistema Integrado Institucional de Presupuesto."

Como se observa, la Contraloría detecta los problemas, los pone en evidencia del ente controlado y sin embargo éstos perduran por años y todo sigue igual, o peor aún tarda mucho tiempo en detectarlos. Por ejemplo, desde el 2008 **el pago de salarios absorbe la mayor proporción de los gastos de SEM en detrimento de la inversión en bienes duraderos y el problema se agudiza año a año, hasta la fecha. Sin embargo, no es sino hasta el año pasado que se señala en un estudio de la Contraloría.**

- Informe de Contraloría DFOE-SOC-35-2008 de 11/09/2008

Respecto a este informe y las recomendaciones de la Contraloría al respecto, tenemos que los resultados informados por este ente no concuerdan con las recomendaciones emitidas por esta última y trascritas en el informe de la Defensoría.

Por lo tanto, la Defensoría ignora si hubo un error por parte de la Contraloría a la hora de reportar a la Defensoría o si fue en el informe de la Caja a esa institución donde no se refirieron a las recomendaciones de la CGR, o a otros motivos.

- Informe de Contraloría DFOE-SOC-1363 de 16/12/2010

La Contraloría indicó en su oficio a la CCSS: ***"No se estima el costo de cada una de las metas propuestas. De acuerdo con la normativa técnica y jurídica vigente, es obligación que en el Plan Operativo Anual Institucional se precisen los recursos humanos, materiales y financieros necesarios para cumplir con cada una de las metas definidas; además según el "Principio de programación", los objetivos, las metas y los productos que se pretenden alcanzar deben expresarse con claridad en el presupuesto, así como los recursos necesarios para cumplirlos de tal forma que del presupuesto se visualice el costo de alcanzar esos objetivos, metas y productos.*** (Resaltado propio)

Al respecto, indica a la Defensoría que: De acuerdo a lo anterior, no se estableció de una manera específica, por parte de la Contraloría, la obligación de implementar un sistema de contabilidad de costos. En ese sentido, la Defensoría debe aclarar que en ningún momento esta institución dijo que lo hubiera hecho, todo lo contrario se señaló claramente que: ***"Aunque la Contraloría General de la República no hizo ninguna recomendación concreta al respecto y por considerar la Defensoría que una adecuada contabilidad de costos es fundamental para un manejo eficiente del presupuesto, se le solicitó a la Contraloría informar si en algún momento le ha recomendado a la Caja Costarricense de Seguro Social implementar una contabilidad de costos que permita conocer en detalle el costo de cada procedimiento o servicio, cuál ha sido el resultado y si esa Contraloría considera que esto debe llevarse a cabo y a qué plazo."***

Respecto a los cuestionamientos de la Defensoría, la Contraloría fue totalmente omisa en su respuesta. Por lo tanto, se puede afirmar que la Contraloría no ha hecho evidente la necesidad de la CCSS cuente con una adecuada contabilidad de costos, ni ha emitido ninguna recomendación al respecto, esto de acuerdo con los documentos que están en poder de la Defensoría.

- Informe de Contraloría DFOE-SOC-IF-79-2010 de 23/12/2010

Determinar si el proceso de planificación en la CCSS permite orientar la gestión de la institución a la atención integral de los servicios de salud y a una efectiva rendición de cuentas.

Con respecto al acatamiento de las recomendaciones de la Contraloría con relación al proceso de planificación, ésta informó que: *"En cuanto a lo actuado por la CCSS con respecto de las disposiciones emitidas en el informe DFOE-SOC-IF-79-2010, procede indicar que conforme al alcance establecido en esas disposiciones y la información suministrada por la CCSS a este órgano contralor, se tiene principalmente que la Junta Directiva en sesión N° 8546 del 17 de noviembre de 2011, artículo 65º, aprobó la propuesta presentada por la Dirección de Desarrollo Organizacional, sobre la supresión de la Secretaría Técnica de Planeamiento Estratégico de la estructura organizacional de la institución y el traslado de sus competencias a la Dirección de Planificación Institucional, para que asuma los correspondiente a la planificación estratégica y la programación de inversiones, asimismo se acordó modificar los acuerdos y la normativa mediante la cual se creó la citada Secretaría Técnica."*

Informe de cumplimiento de las recomendaciones de la Contraloría General de la República por parte de la CCSS.

La Defensoría, mediante oficio DH-DAEC- 234-2012 del 23 de abril de 2012, solicitó a la CCSS informar sobre el cumplimiento de las disposiciones emitidas por la Contraloría en los diferentes informes antes indicados. La Caja respondió mediante oficio GF. 15.029 del 27 de abril de 2012 y de acuerdo con este oficio, ésta institución cumplió a cabalidad en lo que respecta a los informes de Contraloría DFOE-SA-20-2006 30/06/2006 y DFOE-SOC-35-2008 de 11/09/2008 (aportaron comprobantes).

Sin embargo, en lo que respecta al resto de los informes analizados por la Defensoría, aunque la CCSS indica haber cumplido, de acuerdo a los señalado en el oficio de esa institución, el cumplimiento se limita al traslado de las indicaciones de la Contraloría a las diferentes dependencia de la Caja involucradas en los procesos, pero no con respecto a los resultados. Por ejemplo, aún no se sabe si se elaboró una política salarial y de empleo, o si se elaboró el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información solicitadas desde el 2005 y que se continuaba pidiendo en el 2008.

También mediante oficio DH-DAEC-152-2012 dirigido al Lic. Gustavo Picado Chacón, Gerente Administrativo de la CCSS, la Defensoría le solicitó a la Caja informar sobre el avance en la implementación de una contabilidad de Costos. Al respecto, la Caja informó –mediante oficio DAGP-0535-12 del 16 de abril de 2012- que la Institución cuenta con el Programa 2000 (que data de hace 32 años y se trabaja en una plataforma informática basada en el **lenguaje COBOL – totalmente obsoleto-** y cuyo proceso **depende de un procesador IBM**), que brinda información de dos grandes centros de costos, en dos grandes Áreas, el Área de Hospitalización y el Área de Consulta Externa. Al manejar dos grandes áreas, su información está muy agregada y no se tiene el nivel de detalle ideal para aspectos de análisis.

Además, indica que el sistema de planilla actual no tiene una distribución por centros de costos ni por tipos de producción lo cual no permite segregar costos. El Sistema de Costos Programa 2000 Servicios Médicos (SIH) se encuentra en lenguaje COBOL que es totalmente obsoleto, inflexible y no permite realizar cambios, ni crear nuevos centros de costo ni agregar unidades ejecutoras nuevas que resuelvan las necesidades institucionales, También el sistema de proceso de estadísticas de producción (DATA) es una versión antigua de FOXPRO, la cual, es obsoleta y no se le puede dar soporte ni mantenimiento por parte del Área de Informática de la Institución y no permite crear nuevos servicios ni agregar nuevas unidades ejecutoras.

Por otra parte, la Caja informó a la Defensoría que la institución ha planteado dos alternativas de solución a este problema de atención y distribución de costos, una de mediano plazo de carácter contingencial y otra a largo plazo que buscará desarrollar un sistema de información financiera integral con otros sistemas de la institución. En esta última está un módulo de la CONTABILIDAD DE COSTOS.

De acuerdo con lo indicado, la Defensoría infiere que la Caja contará con una contabilidad de costos **a largo plazo**, según las proyecciones de esa institución. En fin, que el problema no es solamente operativo sino también de inversión.

Hallazgos y recomendaciones de la Auditoría Interna de la Caja Costarricense de Seguro Social

Respecto a la Auditoría Interna de la CCSS se tienen recomendaciones claves que demuestran que muchos de los actuales problemas de esa Institución fueron dictaminados años atrás, sin que la Caja haya hecho lo propio para corregir oportunamente tales situaciones, ocasionando que al día de hoy persistan los problemas tal y como se expone a continuación:

- Informe de Auditoría AFC-145-R-2004/ 15 junio 2004, Recomienda:

- *"Girar instrucciones a la Dirección de Cobros y demás Unidades encargadas de administrar y ejercer la cobranza de las cuotas obrero patronales, en el sentido **de investigar las causas que***

produjeron el aumento en el pendiente de pago por deudas a más de 120 días, el cual representa actualmente el 84.6% del monto total vencido.

- "Instruir a la Dirección de Cobros para que efectúe un estudio sobre las deudas por planillas del Estado que no están incluidas en los registros del Sistema Centralizado de Recaudación, con el objetivo de incorporar estos datos en dicho sistema o en su defecto, mantener un control que permita considerar estas cuentas por cobrar en los diferentes análisis y estudios sobre la morosidad patronal."

- Informe de Auditoría AFC-185-R-2004/27 julio 2004

La Auditoría dictaminó "***...un deterioro de la situación financiera del Seguro de Salud, producto del incremento de los gastos en una proporción mayor a los ingresos, alcanzando los gastos una participación del 91.14% en el año 2003 en relación con los Ingresos Totales que se toma como rubro base o 100%.***" Y planteó una serie de recomendaciones con el fin de que "***la Administración valore su contenido y adopte oportunamente las acciones correctivas como garantía razonable de la sostenibilidad financiera.***" (Resaltado propio)

- Informe de auditoría 22432/24 mayo 2010

Responde solicitud de la CGR sobre cumplimiento por parte de la CCSS de recomendaciones hechas por la Auditoría Interna en oficios 27913 del 15 julio 2009 y AD-ASF-47792 del 5 noviembre 2009

TEMAS TRATADOS EN OFICIO DE ADVERTENCIA AD-ASF-47792 DEL 06 DE NOVIEMBRE 2009 "OFICIO DE ADVERTENCIA EN RELACION CON LA LIQUIDEZ QUE ENFRENTA EL SEGURO DE SALUD" Y SUS CORRESPONDIENTES ANALISIS.

Mediante Oficio AD-ASF-47792 del 5 de noviembre 2009, esa Auditoría remite al Doctor Eduardo Doryan Garrón, Presidente Ejecutivo CCSS, oficio de advertencia en relación con la liquidez que enfrenta el Seguro de Salud, en donde se previene y advierte sobre diversos aspectos financiero-contables, con el fin de que se tomen las acciones procedentes en torno al desbalance entre ingresos y egresos del régimen de salud, procurando la generación de recursos que permitan alcanzar su equilibrio, y garantizar el fortalecimiento y sostenibilidad de dicho seguro.

- Informe de Auditoría 38893/20 agosto 2010

Informe sobre la situación actuarial del IVM a mayo 2010. Evaluación independiente actuarial contratada por la Auditoría Interna.

Esta evaluación generó una serie de hallazgos importantísimos respecto a la sostenibilidad del régimen de IVM de la CCSS, que se tradujeron en recomendaciones para la Gerencia de Pensiones y la Gerencia Financiera de la Caja.

-Informe de Auditoría ASF-299-C-2010/26 octubre 2010

Estudio especial sobre la utilización de inversiones a la vista para el pago de pensiones y aguinaldo en el IVM.

- Informe de Auditoría ASF-327-2010/ 16 noviembre 2010

Informe sobre el análisis financiero contable de los estados financieros del IVM durante el periodo 2007-2009.

La Auditoría Interna de la CCSS llama la atención respecto a que **los gastos crecieron en una proporción superior a los ingresos y en otras ocasiones los ingresos crecieron en una**

proporción muy parecida a los gastos, comportamiento que se considera bastante riesgoso, que atenta contra una buena administración financiera, donde la generación de excedentes y su adecuada capitalización, son elementos claves para ésta. **(Resultado propio)**

- Informe de Auditoría 24700/14 abril 2011

Comportamiento financiero del Seguro de Salud, IVM y No Contributivo al 31 diciembre 2010

Este informe de Auditoría, muy extenso, señala puntos tan medulares del manejo financiero de los diferentes regímenes de la CCSS, de los peligros y fallas que presentan, así como de la necesidad ineludible de hacer reformas profundas en la recaudación y en la administración de esos recursos.

Informe de seguimiento de las recomendaciones de la Auditoría Interna

Oficio N° 22849 de fecha 7 de mayo de 2012, firmado por el MBa. Jorge Arturo Hernández Castañeda, Auditor Interno de la CCSS.

- Informe de Auditoría AFC-145-R-2004/ 15 junio 2004

Respecto a este informe, indica la Auditoría Interna de la Caja, que se solicitó a las dependencias encargadas de administrar y ejercer la cobranza de las cuotas obrero patronales informar sobre las causas del aumento en el pendiente de pago y que éstas informaron que:

1.a.- Las causas son:

Patronos que no se localizan o no tiene bienes susceptibles de embargo

Patronos en cobro judicial pero que tampoco tiene bienes que se puedan embargar

Patronos acogidos a un proceso de quiebra o de intervención judicial.

1.b.- Estrategias:

Instructivo para deudas de difícil cobro

Personalización del cobro

Cobro Administrativo desde el primer mes de atraso

Cobro Judicial a todos los adeudos con más de 90 días pendientes de pago

En cuanto a las deudas del Estado, la Auditoría Interna indica que emitió el informe ASF-065-2011 del 17 de febrero de 2011, denominado "Estudio Integral del Proceso de Facturación, Registro y Cobro de la Deuda del Estado" y de seguido indica haber determinado una serie de puntos relativos al movimiento de cuentas, que por lo extenso no se detallan en este informe.

Sin embargo, esta Defensoría luego de su revisión no puede omitir señalar que resulta evidente que las deudas del Estado se manejan aún en forma muy desordenada, situación que llevó a la Auditoría Interna a indicar que: *"Todo ello conlleva a que no se pueda tener una seguridad razonable sobre los saldos que muestran las diferentes cuentas que conforman la deuda del Estado."* A raíz de lo anterior, la Auditoría Interna emitió el informe ASF-0656-2011 con la recomendación para la Subárea de Contabilidad Operativa de que *"Designa a un funcionario para que mensualmente concilie las cuentas contables que conforman la deuda del Estado; dicha conciliación debe ser comparada con el control de la deuda que realiza la jefatura del Área de Contabilidad Financiera. (...)"*

A la fecha no se ha completado la conciliación de cuentas donde se registra la deuda estatal, ya que solamente se han conciliado 9 de las 83 cuentas donde se registran dichas deudas. Una conclusión muy importante a la que llega el estudio de seguimiento de la Auditoría Interna es que: *"De la revisión de cuentas por cobrar de los diferentes Poderes de la República se concluye que no existe una coordinación adecuada entre la jefatura del Área de Contabilidad Financiera, quien tiene a su cargo el control del total de la deuda del Estado, y los funcionarios encargados de registrar principalmente los pagos o abonos a dichas cuentas".*

En relación a los convenios de pago de la Estado con la CCSS, la Auditoría informa que se han firmado diversos convenios desde el año 2003, sin embargo, apenas ahora, la Auditoría se encuentra efectuando una revisión al cumplimiento de los acuerdos tomados en agosto de 2007. En otras palabras, la Auditoría tiene 4 años de retraso o rezago en la revisión de cumplimiento de los acuerdos con el Estado.

- Informes de Auditoría AFC-185-R-2004/27 de julio 2004 y 22432/24 mayo 2010

Ambos informes se referían al deterioro de la situación financiera del Seguro de Salud, **producto del incremento en los gastos en una proporción mayor que los ingresos.**

Indica la Auditoría que las recomendaciones emitidas por ella generaron una serie de medidas y de acciones por parte de la Gerencia Financiera y la Dirección de Presupuesto con el fin de enderezar la situación. Sin embargo, no generaron el impacto esperado por la Auditoría, la cual indicó que:

"No obstante, a pesar de las notas remitidas (por las dependencias arriba indicadas), las unidades (ejecutoras) no atendieron las advertencias y continuaron gastando sin tomar en cuenta las condiciones de la economía. Además, el presupuesto asignado de la partida de tiempo extraordinario, en su gran mayoría fue ejecutado al mes de octubre de 2009, razón por la cual se tuvo que realizar un esfuerzo para financiar los pagos en noviembre y diciembre para evitar el paro de servicios (...)" ya que había amenazas de huelga en varios hospitales.

Un dato importante es que según informa la Auditoría, existen más de 200 unidades ejecutoras que conforman el presupuesto del Seguro de Salud.

En el año 2010 los gastos superaron los ingresos dejando una pérdida la cierre del período de casi 95 mil millones, mientras que en el año 2011, a pesar de que sólo en un mes presentó pérdida, en 5 meses los ingresos y los gastos crecieron en una proporción semejante y los restantes 6 meses los gastos crecieron en una mayor proporción que los ingresos.

- Informe de Auditoría 38893/ 20 agosto 2010

La respuesta de la Auditoría al cuestionamiento de la Defensoría se limita a enumerar una serie de estudios que no describe ni aporta, por lo que puede decirse que no agregó nada a lo que esta Defensoría ya conocía.

- Informe de Auditoría ASF-299-2010/26 octubre 2010

Aclara la Auditoría Interna de la Caja que: *"Ni en el 2010 ni en el 2011, se observó que la Administración del Seguro de Pensiones, recurriera a los ingresos no tributarios (ingresos por intereses) para cubrir el pago de pensiones y aguinaldo de los pensionados. Los ingresos por intereses han sido utilizados para nuevas colocaciones en títulos valores."*

- Informe de Auditoría ASF-327-2010/16 noviembre 2010

Señala la Auditoría a la Defensoría, sobre el desequilibrio entre ingresos y gastos del régimen de IVM que: *"Esta Auditoría Interna, con base al análisis realizado al estado de Resultados del*

Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, de Enero a Diciembre 2011 (por 12 meses), determinó que durante los meses de abril a diciembre 2011, los Gastos siguen creciendo en una proporción superior a los Ingresos, identificando además que los Excedentes mensuales tienden a la baja. Por tanto, debido a que los Gastos siguen creciendo en el 2011, en una proporción superior a los Ingresos, esta Auditoría Interna consideró esa recomendación como incumplida por parte de la Administración Activa, reiterando nuevamente lo recomendado.

Concluyendo que el principal riesgo al que se enfrenta la administración por el inoportuno cumplimiento de esta recomendación, es el debilitamiento de la posición financiera del régimen, que de no darse una mejora, los excedentes generados en el futuro no permitirían mantener el volumen del negocio, desestabilizando el bienestar económico de cada uno de los pensionados por este régimen. Asimismo, que aunque no se hayan presentado pérdidas como en el Régimen de Salud, lo cierto es que se deben seguir adoptando medidas de contención y racionalización del gasto, así como mejorar los esfuerzos de recaudación.

Las razones de Rentabilidad también auguran lo anteriormente comentado, ya que en los últimos tres años se presenta una baja en ellas en relación con años anteriores, (...)"

- Informe de Auditoría 24700/14 abril 2011

La Defensoría solicitó informar sobre el cumplimiento de las recomendaciones formuladas. Sin embargo de acuerdo al informe de Auditoría, del 17 de mayo 2011 al 16 de marzo 2012, se emitieron 9 diferentes oficios (DFC-1154-11 del 17 de mayo de 2011, GF-20.280 del 2 de mayo de 2011, DP-633-11 del 2 de junio de 2011, DP-990-11 del 1 de agosto 2011, DP-1510-11 del 15 de setiembre de 2011, DCE-715-11-2011 del 16 de diciembre de 2011, DP-170-12 del 1 de febrero de 2012, DP-292-12 del 1 de marzo de 2012 y DSCR-0279-2012 del 16 de marzo de 2012) mediante los cuales, otros tantos funcionarios de la Caja se pasaron unos a otros la encomienda de analizar las recomendaciones y emitir criterio a fin de dar respuesta a la Auditoría, sin que se lograra el objetivo.

CONCLUSIONES DE LA DEFENSORÍA EN RELACION CON EL TEMA:

A partir del análisis hasta aquí realizado en cuanto a los problemas presupuestarios de la CCSS realizados por la Contraloría y la Auditoría Interna, la Defensoría tiene los siguientes resultados:

1.- La Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social dicta políticas institucionales que no se respetan, generando así por ejemplo:

- Gastos desmedidos en la contratación de servicios a terceros.
- Debilidades en el proceso de planificación y selección de proyectos de infraestructura, por lo que el cumplimiento de ejecución es bajo afectando la calidad del servicio (esta denuncia la reitera la Contraloría General de la República año tras año). Este problema se agudiza por la ausencia de controles internos por parte de las unidades desconcentradas.
- La Caja presenta un débil proceso de conocimiento y atención de las recomendaciones emitidas por los auditores y fiscalizadores a fin de mejorar la gestión financiero contable.

2.- El proceso de desconcentración de la CCSS ha generado que – por una interpretación incorrecta de ese concepto - la administración en general, el gasto y las inversiones sean ejecutadas por cada ente desconcentrado des-coordinadamente y haciendo caso omiso de las políticas y directrices emitidas por la Administración Central, poniendo en peligro la estabilidad financiera del Seguro Social y dejando serias dudas sobre la eficiencia en la prestación de los servicios.

A pesar de los muchos oficios de la Gerencia Financiera sobre la tendencia de exceso en el gasto, sobre todo en servicios personales, principal rubro dentro de la composición de egresos del Seguro de Salud, se evidencia que antes del año 2011, las unidades ejecutoras no atendieron las advertencias y continuaron gastando sin tomar en cuenta las condiciones de la economía. Tal parece que interpretando erróneamente la desconcentración, buena parte de las unidades ejecutoras ha hecho caso omiso de las disposiciones, recomendaciones, etc. de contención de gasto y deciden no acatarlas, poniendo en riesgo la sanidad financiera del sistema y su sostenibilidad en el tiempo. Por su parte, la Administración Central de la CCSS parece haber sido complaciente y tolerante a lo largo del tiempo, en cuanto al control que debe ejercer sobre los hospitales y clínicas – sean o no desconcentrados- permitiendo que sus unidades ejecutoras traspasen los límites impuestos o siendo laxa en la imposición de estos.

Por otro lado, tal y como se demuestra en el acápite de este informe que se refiere al análisis del recorte presupuestario de los hospitales de la CCSS, los compromisos e indicadores de gestión que utiliza la CCSS no representan ningún límite ni incentivo para la adecuada administración de los recursos por parte de los hospitales. Así las cosas, es necesario que la CCSS haga una profunda revisión de los alcances de la desconcentración que hasta la fecha a ha aplicado, analizar los resultados de esta forma de organización, valorar la gran cantidad de problemas que la misma ha generado en lo que respecta a la sana administración de los recursos de la CCSS, la organización interna de cada unidad, contratación de personal, compras inventario, contratación de servicios a terceros, inversiones, etc. y de esa forma determinar **cuál es la forma idónea de ejecutar la desconcentración para evitar el colapso del Régimen de Salud**. La reorganización integral de la CCSS recomendada en este informe también requiere de una redefinición de la desconcentración, sus alcances y sus límites.

La Defensoría tiene conocimiento de que la Junta Directiva de la CCSS ordenó estudiar la propuesta del Equipo de Notables en cuanto a la reversión del proceso de desconcentración²⁵. Es pertinente solicitar a la Institución informar a esta Defensoría sobre el análisis y seguimiento que le ha dado la Junta Directiva al tema de revisión de la normativa que rige la desconcentración de los Hospitales, así como de las acciones que al respecto se hayan tomado.

3.- La Ley Orgánica de la Contraloría es clara al indicar en su artículo 4 que los criterios de la misma son vinculantes para los sujetos pasivos sometidos a su control y fiscalización, en este caso la CCSS.

Por otra parte, el artículo 11 de la misma ley establece que la finalidad del control y fiscalización de la Contraloría es garantizar la legalidad y la eficiencia de los controles internos y del manejo de los fondos públicos en los entes sobre los cuales tiene jurisdicción la Contraloría General de la República. Sin embargo, como se expuso anteriormente, en la Caja no se han acatado disposiciones de trascendental importancia de la Contraloría General de la República, tales como:

Remitir a esa institución las "Políticas Salariales y de Empleo de la CCSS". Esto probablemente porque no existen, ya que el pedido se reiteró en el 2006, 2007, 2008 y 2009 (no se cuenta con información posterior de la Contraloría)

También se solicita reiteradamente a la CCSS que presente "la Política y Estrategia de Inversiones".

La Caja presenta un "Inadecuado Ambiente de Operación de Sistemas de Información Financiera" lo que obstaculiza el flujo de información entre los sistemas que residen en las

²⁵ Al respecto, véase oficio P.E. 17.584-12 suscrito por la Presidencia Ejecutiva de la CCSS, de fecha 28 de marzo de 2012, dirigido a la Junta de Salud Hospital Nacional de Niños.

plataformas por la incompatibilidad entre éstos, demandando más recursos tecnológicos y de personal, encareciendo el proceso de obtención de la información.

El proceso para la solución de este problema llevaba más de 6 años en el año 2006, sin buenos resultados, por lo que la Contraloría recomendó elaborar un plan de acciones para solventar el problema. Al día de hoy este problema persiste. La Contraloría ha insistido en este punto sosteniendo que debe resolverse y en oficio del 2 de setiembre de 2009 indicó que *"esta Área de Seguimiento de Disposiciones constató que la administración activa de la CCSS, ejecutó las acciones necesarias para atender de una forma integral el cumplimiento de las disposiciones giradas en el informe DFOE-SA-20/2006, relacionadas con el ambiente tecnológico de los sistemas de información financiera en esa institución."* Las unidades desconcentradas presentan debilidades en la planificación, programación y ejecución de gastos, y además carecen de controles internos para evitar sobregiros.

En ese sentido la Contraloría solicitó a la Administración de la CCSS tomar medidas para que la ejecución se ajuste a lo planificado y programado y se implementen los controles internos por parte de las unidades responsables para evitar estas situaciones. No obstante lo anterior, ya se pudo observar que la misma Auditoría Interna informa como los entes desconcentrados hacen poco o ningún caso a las directrices de la Administración Central.

4.- La CCSS no tiene una contabilidad de costos que permita conocer el costo de cada servicio y menos aún, hacer una buena proyección de las metas propuestas. La ausencia de una contabilidad de costos aplicada a la totalidad de la Institución impide medir costos por procedimiento, lo cual podría revelar ineficiencias, desperdicios, y por qué no, corrupción. Sin una contabilidad de costos bien ejecutada, es imposible medir eficiencia, detectar desperdicios, abusos, y muchos otros problemas claves para una eficiente administración del Sistema de Salud. En fin no se pueden establecer controles de gasto efectivos.

Tampoco se pueden hacer comparaciones entre hospitales o entre clínicas a fin de saber cuál es el más y menos eficiente, así como para tomar medidas racionales para maximizar eficiencia, optimizando costos y garantizando al paciente el mejor servicio, entregado de la manera más eficiente y al menos costo posible, evitando que se desperdicien los recursos que son producto de las contribuciones de las y los habitantes al sistema.

Además, a la hora de contratar servicios a terceros no se tiene una referencia sólida sobre cuál es el costo del servicio, ni cuál sería un precio justo a pagar por el mismo. Con ello resulta imposible determinar si es mejor prestar el servicio internamente o contratarlo a terceros y si se opta por esta última opción, tampoco se puede saber si lo pagado es un precio justo o no. De esta manera, se percibe en los hallazgos de la Contraloría y de la Auditoría Interna, así como en las recomendaciones no atendidas y que ambos entes reiteran año a año, una enorme resistencia en la CCSS a hacer bien las cosas. Lamentablemente, no puede descartarse que esta tendencia se mantenga porque el **desorden imperante** favorece el ocultamiento de excesos en la política de salarios, desorden y descontrol en el pago de jornadas extraordinarias y disponibilidades, el uso y abuso en el gasto de recursos de la Institución, la inoperancia en los procesos licitatorios y de inversiones, de compras de emergencia, etc.

La solución a este problema, según indica la Caja, está prevista para el largo plazo, lo cual es inadmisibles dado que muchos de los problema financieros de la Caja pueden tener su origen en el descontrol de los costos y dadas las consecuencias que ello puede tener en la sostenibilidad del régimen.

5.- En cuanto a la planificación institucional se tiene:

Para el proceso de planificación institucional, la Caja contaba con dos unidades que realizaban funciones similares generando duplicidades. Esto, según informó la Contraloría, se solucionó a

partir del 17 de noviembre de 2011, cuando la Junta Directiva tomó la decisión de suprimir la Secretaría Técnica de Planeamiento Estratégico y dejar la labor de planificación en manos de la Dirección de Planificación Institucional, evitándose así la duplicidad de funciones en ese campo al menos.

Los objetivos estratégicos no están bien definidos y por lo tanto no orientan el rumbo institucional ni permiten medir el impacto de la gestión en los servicios de salud pública.

El análisis realizado en el presente Informe demuestra que el sistema de planificación de la CCSS es deficiente, amén de que no existe en la Institución una verdadera cultura de planificación como instrumento para el uso eficiente de los recursos. La desconcentración mal entendida ha contribuido a ello. Por ello, es indispensable que la Junta Directiva de la CCSS lidere un proceso de construcción de una nueva cultura institucional dirigida a que todas las unidades ejecutaras, descentralizadas o no, apliquen los instrumentos de planificación con miras a aumentar significativa y sostenidamente su eficiencia y mejorar constantemente su desempeño.

6.- Desde julio **de 2004** la Auditoría Interna dictaminó que se estaba presentando un deterioro de la situación financiera del Seguro de Salud, producto del incremento de los gastos en una proporción mayor a los ingresos en **el año 2003** y emitió recomendaciones de acciones correctivas como garantía razonable de la sostenibilidad financiera. De acuerdo a informes de Auditoría, esta situación se ha mantenido, al menos hasta el 2010, último año que reporta la Caja a la Defensoría, lo que lleva pensar que al respecto tampoco se acataron las recomendaciones de de la Auditoría Interna.

7.- Las deudas del Estado se manejan en forma muy desordenada, lo que hace que la misma Caja no pueda tener una seguridad razonable sobre los saldos de las diferentes cuentas que forman la deuda del Estado. Asimismo, se han firmado diversos convenios de pago de la Estado con la CCSS, desde el año 2003, sin embargo, apenas ahora, la Auditoría se encuentra efectuando una revisión al cumplimiento de los acuerdos tomados en agosto de 2007. En otras palabras, en la actualidad es imposible determinar cuál es con exactitud la deuda del Estado y cuál es el grado de cumplimiento de los convenios firmados. Ante esta situación, se torna urgente que la Contraloría audite la ejecución de esos convenios a fin de comprobar el grado de cumplimiento de los mismos y determinar el saldo real, principal e intereses.

8.- La Contraloría detecta los problemas, los denuncia al ente controlado y sin embargo éstos perduran por años y todo sigue igual, o peor aún tarda mucho tiempo en detectarlos. Por ejemplo, desde el 2008 ***el pago de salarios absorbe la mayor proporción de los gastos de SEM en detrimento de la inversión en bienes duraderos y el problema se agudiza año a año, hasta la fecha. Sin embargo, no es sino hasta el año pasado que se señala en un estudio de la Contraloría.***

9.- Las grandes debilidades, detectadas por los órganos de control y confirmadas por el Equipo de Especialistas en la administración de la Caja Costarricense de Seguro Social, parecen tener dos fuentes:

a. La Desconcentración que ha llevado a la constitución de “feudos” con poca o ninguna articulación con la Administración Central, convirtiéndose en un verdadero peligro para la Seguridad social de Costa Rica.

b. La administración de los hospitales de la CCSS no necesariamente ha sido orientada por los principios de una sana gerencia, particularmente en lo que al manejo de los recursos se refiere. El Reglamento General de Hospitales Nacionales establece como requisito para la Dirección de esos centros de salud, que la persona sea profesional en medicina y que a la vez tenga estudios en administración hospitalaria o, en su defecto, tenga experiencia en ese tipo de labor. Para fungir como Administrador de Hospital, el Reglamento exige ser egresado en Administración de Negocios

y tener estudios en administración hospitalaria o en su defecto experiencia en ese tipo de labor. Por ende, cabe preguntarse si ello es suficiente para que el centro hospitalario sea eficientemente administrado.

Si a lo anterior se une la debilidad de los compromisos de gestión y los indicadores de desempeño que utiliza la CCSS (lo cual se analiza en el siguiente acápite de este informe), es claro que no existe ningún tipo de incentivo ni de control que obligue la admiración de los hospitales a esforzarse por gerenciar los recursos de los que dispone en la forma más eficiente posible.

Con base en lo expuesto, la Defensoría considera necesario que el Ministerio de Salud, como ente rector, revise el esquema actual de administración de los hospitales de la CCSS establecido en el Reglamento General de Hospitales Nacionales, con miras a crear un modelo administrativo que potencie el aporte técnico de los profesionales en Administración de Negocios en la toma de decisiones de los hospitales y maximice el aprovechamiento de los siempre limitados recursos del sistema.

B- ANÁLISIS DEL RECORTE PRESUPUESTARIO A LOS HOSPITALES DE LA CCSS

A partir de las denuncias planteadas en los medios de comunicación a principios del año 2012 por parte de la comunidad médica nacional, en relación con la reducción a los presupuestos de los hospitales de la CCSS, la Defensoría inició de oficio una intervención, bajo el expediente N° 09748-2011-SI.

El estudio relativo a la situación presupuestaria de los hospitales de la CCSS, se realizó en dos etapas: Primero, se buscó determinar las consecuencias de la reducción presupuestaria del año 2012, sobre la cantidad y calidad de los servicios médicos ofrecidos en esos centros de atención. Posteriormente, y como resultado de esta primera parte; se indagó sobre otros factores que inciden sobre la calidad, cantidad y eficiencia en la prestación de estos servicios, como la infraestructura, metas de gestión, adquisición de productos químicos, entre otros.

La investigación realizada corresponde a un **estudio exploratorio** que permitirá diseñar una futura investigación con instrumentos más acordes con los objetivos o hipótesis que se planteen. Debido a esta circunstancia, se presentan las limitaciones propias de un estudio de este tipo, pues no se cuenta con la respuesta de todas las unidades investigadas, así como por el plazo dado a lo interno de la Defensoría para la misma, no ha sido posible repreguntar, ampliar o profundizar en algunas respuestas.

A pesar de lo anterior, este proceso ha permitido arribar a conclusiones importantes, que brindan una primera respuesta o explicación de ciertos hechos, aunque de carácter preliminar, que pueden orientar una futura investigación, amén de fundamentar varias recomendaciones por parte de esta Defensoría.

Primera etapa de investigación

Con la finalidad de conocer los alcances de la reducción presupuestaria denunciada, mediante oficio CV-018-2012, del 24 de enero de 2012, la Defensoría le solicitó a la Gerencia Médica de la CCSS informar en forma detallada lo siguiente:

- La reducción en el presupuesto de cada uno de los 29 hospitales del país, detallando cuánto fue el presupuesto del año 2011 y cuál será el del año 2012 y la causa de dicha reducción para cada uno de los 29 hospitales del país.
- Informar si se realizó un estudio que permita conocer el impacto que tendrá esta reducción de presupuesto en la prestación de los servicios (por ejemplo: reducción de

guardias médicas; adquisición de equipo; formación de especialistas; escasez de medicamentos y otros), y remitir un copia a la Defensoría.

Mediante oficio DP-0144-2012 del 31 de enero de 2012, la Dirección de Presupuesto de la CCSS respondió la solicitud, indicando entre otras cosas, lo siguiente:

- Los ajustes realizados a los presupuestos de los hospitales se hicieron con fundamento en el principio del Equilibrio Presupuestario de la Ley de la Administración Financiera y Presupuestos Públicos, que exige un equilibrio entre ingresos y gastos en los presupuestos de las instituciones estatales.
- El crecimiento de los ingresos de la CCSS se ha visto afectado por la crisis económica que inició en el año 2008 y aún no se observa una recuperación importante en la actividad productiva del país.
- Dado que los gastos previstos deben ser congruentes con los ingresos esperados, *"no se ha hecho ninguna reducción a los presupuestos de las unidades, sino ajustarlos a los ingresos esperados."*
- *"No se espera que los ajustes realizados al presupuesto afecten el quehacer Institucional, ya que la Junta Directiva de la CCSS ha aprobado una serie de documentos como lo son: la Política Presupuestaria, la Política de Aprovechamiento Racional de los Recursos Financieros y las Disposiciones de Contención del Gasto, como estrategia Institucional para orientar a las unidades a priorizar las actividades, determinar mejoras en los procesos, evaluar la productividad de los servicios prestados, entre otros aspectos, en procura de garantizar la sostenibilidad financiera de los Seguros que administra la Institución (...)"*

A la luz de lo planteado por la Dirección de Presupuesto de la CCSS, en esta primera etapa de investigación, mediante oficio DH-DAEC-151-2012 de fecha 19 de marzo de 2012, la Defensoría solicitó información a las y los administradores de los 29 hospitales de la CCSS sobre presupuesto aprobado para el 2012, ejecución presupuestaria 2011, producción de servicios en el 2012, medidas adoptadas para racionalizar el uso de los recursos y se les consultó sobre el suministro de servicios correspondientes a otros niveles de atención.

Asimismo, por medio del oficio DH-DAEC-152-2012 del 19 de marzo de 2019, se solicitó información a las Gerencias Administrativa y Financiera de la CCSS sobre acciones ejecutadas para el cumplimiento de lineamientos de la Junta Directiva de la Caja, en materia de racionalidad del gasto, sobre el presupuesto 2012, la ejecución presupuestaria 2011, la cantidad de recurso humano, el avance en la implementación de la contabilidad de costos, criterios para determinar los presupuestos de los hospitales, indicadores de eficiencia utilizados, disponibilidad de instrumentos para valorar el efecto de reducir partidas de gastos personales sobre los servicios.

De estas gestiones, la Defensoría recibió información de los 29 hospitales²⁶. En algunos casos la información no se ajustó a lo solicitado y, en otros, las respuestas no fueron consistentes con la

²⁶ Los hospitales que remitieron la información para su procesamiento fueron: Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología, Hospital Monseñor Sanabria, Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega, Hospital San Carlos, Hospital San Vicente de Paúl, Hospital San Francisco de Asís, Hospital San Rafael de Alajuela, Hospital Escalante Pradilla, Hospital de Golfito Manuel Mora Valverde, Hospital Tomás Casas Casajús, Hospital Dr. Max Peralta, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, Hospital de la Anexión, Hospital Nacional de Niños, Hospital Dr. Roberto Chacón Paut, Hospital Los Chiles, Hospital Ciudad Neilly, Hospital Dr. Max Terán Valls, Hospital Centro Nacional de Rehabilitación, Hospital de Guápiles, Hospital Carit, Hospital San Vito, Hospital de

información requerida. Sin embargo, las conclusiones a las que permitió arribar el proceso de análisis de la información son importantes, pues brindan una primera respuesta o explicación de aspectos importantes de la gestión en la prestación de servicios médicos por parte de los hospitales de la CCSS, como se verá a continuación.

Comparación Presupuesto 2011 y 2012

En el siguiente cuadro, se muestra la composición de los presupuestos de la Caja correspondientes a los años 2011 y 2012. En ambos, resalta la participación de remuneraciones (servicios personales) con un 65,3% y un 67,4%, respectivamente. La participación de los servicios personales es un resultado esperable en razón del tipo de servicios que produce la Institución.

Cuadro 1
Caja Costarricense de Seguro Social
Seguro de Salud Presupuesto Ordinario
Período 2011-2012
(En miles de millones de colones y %)

Rubro	Presupuesto 2011		Presupuesto 2012	
	2011	%	2012	%
Remuneraciones	860,8	65,3	937,4	67,4
Servicios	116,1	8,8	116,4	8,4
Materiales y suministros	202,5	15,4	202,2	14,5
Intereses y comisiones	4,5	0,3	2,2	0,2
Activos financieros	0,1	0,0	0,1	0,0
Bienes duraderos	38,0	2,9	26,4	1,9
Transferencias corrientes	61,8	4,7	77,8	5,6
Amortización	8,8	0,7	7,9	0,6
Cuentas especiales	26,5	2,0	20,4	1,5
Total de egresos en efectivo	1319,1	100,0	1390,8	100,0

Fuente. Elaboración DHR en base información suministrada por la CCSS.

En relación con este alto porcentaje en remuneraciones el Equipo de Especialistas que analizó la situación de la CCSS indicó lo siguiente:

"R.20a. Las remuneraciones....deben representar, de forma sostenida, como máximo un 60.8% del gasto total del seguro de salud.

R.20b. El porcentaje deseable de asignar en materia de remuneraciones debe definirse una vez implementadas las recomendaciones relativas a reorganización de jornadas ordinaria y extraordinaria".

Debido a lo indicado se observa que la participación de las remuneraciones dentro del presupuesto para el 2012, que asciende a 67,4%; supera el parámetro de 60,8% recomendado en gasto total del seguro de salud.

Comparación gasto 2011 y asignación 2012

Upala, Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño, Hospital México, Hospital Nacional Psiquiátrico, Hospital San Juan de Dios, Hospital Dr. Tony Facio y Hospital William Allen Taylor.

En el siguiente cuadro 2 presenta el presupuesto 2012 y el gasto por hospital en el 2011. De este cuadro se puede observar que el presupuesto 2012 supera en un 2,8% lo gastado en el año 2011. En lo que respecta a los hospitales, en forma individual, se observa un aumento máximo de 17,3% y una disminución máxima de -5,4%.

Cuadro 2
Caja Costarricense de Seguro Social
Hospitales: Gasto 2011 y Asignación 2012
Variación absoluta y relativa
(En millones de colones y %)

Hospital	Gasto 2011	Asignación 2012	Variación	
			Absoluta	Relativa
Blanco Cervantes	11.276,10	13.222,10	1.946,00	17,3
Rehabilitación	9.621,00	10.359,40	738,40	7,7
San Juan de Dios	85.229,70	91.353,60	6.123,90	7,2
Psiquiátrico	20.323,00	21.707,60	1.384,60	6,8
Saénz Herrera	42.667,00	45.378,80	2.711,80	6,4
San Rafael de Alajuela	27.630,60	29.366,60	1.736,00	6,3
Max Peralta	30.255,60	32.065,10	1.809,50	6,0
Carit	12.872,40	13.598,70	726,30	5,6
Ciudad Neilly	9.500,40	10.014,00	513,60	5,4
San Vito	6.104,40	6.434,00	329,60	5,4
La Anexión	13.225,30	13.804,20	578,90	4,4
William Allen	10.845,00	11.257,10	412,10	3,8
Golfito	8.553,70	8.817,60	263,90	3,1
Chacón Paut	3.843,40	3.936,30	92,90	2,4
Calderón Guardia	76.314,80	77.991,90	1.677,10	2,2
San Vicente de Paul	31.813,80	32.470,60	656,80	2,1
Terán Vals	7.016,90	7.103,60	86,70	1,2
Tomás Casas	7.201,70	7.287,60	85,90	1,2
Baltodano Briceño	22.185,00	22.308,30	123,30	0,6
Valverde Vega	13.329,00	13.354,10	25,10	0,2
San Francisco de Asís	10.458,00	10.397,80	-60,20	-0,6
México	76.168,60	75.685,10	-483,50	-0,6
Guápiles	13.416,60	13.249,90	-166,70	-1,2
San Carlos	17.564,30	17.323,90	-240,40	-1,4
Upala	6.451,10	6.358,60	-92,50	-1,4
Tony Facio	22.723,80	22.315,10	-408,70	-1,8
Escalante Pradilla	23.793,70	23.110,90	-682,80	-2,9
Monseñor Sanabria	26.602,30	25.322,00	-1.280,30	-4,8
Los Chiles	4.755,40	4.498,70	-256,70	-5,4
TOTAL	651.742,60	670.093,20	18.350,60	2,8

Fuente: Elaboración DHR en base información suministrada por la CCSS.

Si se considera la tasa de inflación para el año 2011, la reducción máxima rondaría el 10%. Si bien es un porcentaje importante, no se puede considerar una reducción drástica en el presupuesto de un hospital. En este sentido, la Defensoría no encuentra motivos claros de alerta sobre una desmejora en la situación financiera de los hospitales, pues como se verá más adelante, los mismos no prevén un aumento importante en la demanda por los servicios que prestan en el 2012.

Análisis comparativo de gastos personales variables, años 2011-2012

En el cuadro siguiente se presentan las cifras correspondientes al gasto incurrido por la Caja en gastos personales variables (tiempo extraordinario, guardias médicas, disponibilidades, entre otros) en el 2011 y lo presupuestado para el 2012. Se observa una disminución promedio de 19%. La información correspondiente a cada hospital muestra que las reducciones varían desde un 29,5% hasta un 4,6%:

Cuadro 3

Caja Costarricense de Seguro Social
Hospitales: Partida personales variables según gasto 2011
y asignación 2012
Variación absoluta y relativa
En millones de colones y porcentaje

HOSPITAL	Gasto Person. Variables 2011	Asignación Person. Variables 2012	Variac. Absoluta	Variac. Relativa
San Vicente de Paul	6.233,70	4.396,20	-1.837,50	-29,5
Monseñor Sanabria	5.740,20	4.184,50	-1.555,70	-27,1
Casas Casajus	1.477,60	1.099,70	-377,90	-25,6
Tony Facio	5.168,30	3.945,40	-1.222,90	-23,7
Guápiles	3.386,10	2.619,90	-766,20	-22,6
San Carlos	4.060,60	3.147,60	-913,00	-22,5
Escalante Pradilla	5.384,10	4.224,10	-1.160,00	-21,5
Terán Valls	1.520,20	1.193,90	-326,30	-21,5
Valverde Vega	2.554,10	2.034,10	-520,00	-20,4
Carlos Sáenz-Niños	6.479,10	5.200,90	-1.278,20	-19,7
Golfito	1.882,30	1.528,40	-353,90	-18,8
Psiquiátrico	2.910,10	2.374,60	-535,50	-18,4
Ciudad Neilly	2.060,50	1.713,40	-347,10	-16,8
San Francisco de Asís	2.352,90	1.961,30	-391,60	-16,6
Carit	1.799,20	1.509,10	-290,10	-16,1
Calderón Guardia	14.873,30	12.504,00	-2.369,30	-15,9
México	12.996,90	10.928,60	-2.068,30	-15,9
Max Peralta	5.170,10	4.471,20	-698,90	-13,5
Blanco Cervantes	988,70	887,70	-101,00	-10,2
La Anexión	2.608,90	2.489,10	-119,80	-4,6
TOTAL	89.646,9	72.413,7	-17.233,2	-19,2

Nota: Total 20 hospitales.

Partidas: Servicios personales variables: tiempo extraordinario, guardias médicas, disponibilidades, días feriados, compensación de vacaciones entre otros.
Otros servicios personales variables: sueldo personales sustitución, recargos nocturnos entre otros.

Fuente: Elaboración DHR en base información suministrada por los hospitales

En forma similar al caso anterior, si se toma en cuenta la inflación del 2011, esos porcentajes subirían a un 35% y un 10%, aproximadamente. En este caso, esos niveles de rebaja porcentual sí son relevantes y, eventualmente, podrían tener efectos negativos sobre la cantidad y calidad de los servicios prestados por los hospitales durante el presente año.

Información adicional

Además de los datos presupuestarios, se recabó otra información importante para analizar la situación financiera de los hospitales de cara a la prestación de los servicios médicos. Entre esta información debe destacarse lo siguiente:

La metodología para la formulación del presupuesto de los hospitales en el 2012, cambió con respecto a años anteriores. El presupuesto anteriormente era "negociado" entre la Gerencia

Financiera y la Administración de los hospitales; pero para el año 2012 el presupuesto de cada hospital fue asignado sin "negociar".

Al final del año 2011, en los meses de noviembre y diciembre, no se pagaron algunas partidas de servicios personales variables, las cuales se arrastraron para cubrir en enero con presupuesto 2012. Esto aunado a la reducción observada en la asignación de recursos para este año hace pensar que la situación financiera de los hospitales es negativa. Sin embargo, a mitad de año, por lo general se realiza un presupuesto extraordinario para cubrir los faltantes en el presupuesto anual. Esta práctica no se descarta para este año.

Lo anterior haría que la modificación presupuestaria semestral remedie los problemas señalados por todos los hospitales, los cuales indicaron que con el presupuesto aprobado para el 2012 no lograrían terminar el año sin afectar seriamente los servicios ofrecidos. Sin la asignación presupuestaria semestral, los resultados indican que el presupuesto de 2012 sólo alcanzarán para cubrir 6, 7, 8 o 9 meses **en algunas partidas claves**.

Como parte de las políticas para el aprovechamiento racional de los recursos financieros, dictadas a nivel central de la CCSS, se destacan las siguientes:

- *"Las diferentes dependencias deben ajustarse al presupuesto asignado, garantizando la eficiencia y eficacia en el aprovechamiento del gasto, dando prioridad en la atención y beneficio de los usuarios.*
- *Se deben implementar acciones para disminuir tiempo extraordinario, mediante el ajuste de horarios, revisión de actividades ordinarias para aprovechamiento del recurso humano.*
- *Se deben cubrir únicamente aquellas sustituciones mayores a 4 días por lo que se deberá movilizar al personal para brindar atención al paciente.*
- *Se deben implementar acciones tendientes al ahorro de servicios públicos, combustibles y viáticos.*
- *Se debe hacer uso racional de toallas seca manos y papel de impresión.*
- *Se deben realizar compras de servicios y materiales únicamente para atender necesidades prioritarias..."*

5. Se desprende de las respuestas de los hospitales que están realizando un esfuerzo prácticamente unánime en la reducción de gastos en las partidas de materiales y suministros, ahorro de energía, reducción de los gastos de teléfono, entre otros. Pero en la austeridad en partidas significativas dentro del gasto total, como es el caso de gastos personales, se presenta mayor resistencia y se argumenta la imposibilidad de reducir estos gastos sin afectar la cantidad y calidad de los servicios brindados.

6. Para justificar la mencionada resistencia a disminuir gastos personales, los hospitales se basan en la proyección de gastos para el 2012, la cual se logra ajustando el gasto del 2011 con la inflación. Este mecanismo lo utilizan para estimar el gasto en las partidas consideradas críticas en la prestación de servicios médicos y que están relacionadas con tiempo extraordinario, disponibilidades médicas, guardias médicas entre otras.

Con respecto a la ejecución del Presupuesto 2011, se observa que ésta fue superior al 95% en casi todos los hospitales. Esto es evaluado por la respectiva gerencia y es considerado satisfactorio.²⁷

²⁷ En la respuesta a esta pregunta, solamente dos hospitales presentaron un cuadro con las metas y el cumplimiento de metas por tipo de servicio brindado durante ese año.

La información remitida por la Gerencia Financiera sobre las acciones ejecutadas para cumplir con los lineamientos de la Junta Directiva de la CCSS, indica que las acciones realizadas han sido publicar por la web los siguientes documentos: La Política Presupuestaria del año 2012, la Política de Aprovechamiento Racional de los Recursos Financieros, las Disposiciones para la Contención del Gasto mayo del 2011, entre otros. No obstante, esa Gerencia no respondió a la pregunta hecha por la Defensoría sobre la implementación de esos lineamientos a lo interno de la administración central de la CCSS.

A la pregunta ¿cuál ha sido el avance en la implementación de contabilidad de costos en la Caja? La respuesta fue que: *"el Sistema de Información Financiera (SIF) institucional en uso, data desde el año 1979 y la plataforma de informática sobre la que desarrollaron todos sus subsistemas fue el COBOL, el cual, ... , es un lenguaje informático obsoleto y cuyos subsistemas no funcionan en línea"*. Ante tal situación la Caja busca soluciones de mediano y largo plazo. Esto significa un atraso muy importante en los recursos de información gerencial a disposición de las autoridades de la Caja para la toma de decisiones ágiles y oportunas.

Sobre los criterios utilizados para justificar el presupuesto de los hospitales, manifiesta la Gerencia Financiera:

"En primera instancia las máximas autoridades de la CCSS definen las políticas institucionales. En ellas se establecen los lineamientos estratégicos, los cuales están orientados al desarrollo de la institución de acuerdo a las necesidades del país. De conformidad con este Plan Estratégico, cada unidad ejecutora define sus objetivos y metas para el período presupuestario, contenidos en el Plan Anual Operativo, y formula el presupuesto necesario para alcanzar esas metas".

11. Finalmente, en relación con el uso de indicadores de eficiencia en la ejecución de su presupuesto, los hospitales comentan sobre la utilización de:

- Indicadores presupuestarios del compromiso de gestión. Porcentajes de ejecución
- Indicadores establecidos a las unidades desconcentradas.
- Herramienta para el registro de todo el proceso presupuestario.

CONCLUSIONES DE LA DEFENSORÍA A PARTIR DE LA PRIMERA ETAPA DE LA INVESTIGACIÓN:

Primero, la reducción en los presupuestos de los hospitales sería un hecho únicamente si, después de la modificación presupuestaria de mediados de año que consuetudinariamente ha venido realizando la Gerencia Financiera para reforzar las partidas con faltante, **este faltante persiste**. En esta situación, la afectación de los servicios médicos dependería del monto de dicho faltante y de las acciones que ejecuten los hospitales para mitigar el efecto.

Segundo, la cantidad y la calidad de la prestación de servicios médicos depende no solamente del recurso humano, sino también de otros dos elementos: la infraestructura y el equipamiento. La presencia de estos tres factores en cantidad y calidad garantizan una prestación eficiente de servicios médicos. En este sentido, se plantea la necesidad de incorporar estos dos elementos en la siguiente etapa de la investigación exploratoria sobre los hospitales de la Caja.

Tercero, se observa debilidad en los criterios usados para formular los presupuestos, pues en algunos casos las metas propuestas no tienen relación con la realidad, en otros son conservadoras de manera que son fácilmente alcanzables y superadas. En otros casos las metas no se revisan según los resultados de otros períodos.

Cuarto. En cuanto a la información recibida, en esta primera etapa, sobre indicadores y metas de gestión, debe indicarse que la misma no ha sido suficiente y alguna no correspondió con los requerimientos indicados por la Defensoría. Esto limitó los alcances de la investigación pues, las metas de gestión permiten evaluar la prestación de servicios y, por ende, la asignación presupuestaria. Esta relación entre metas de gestión, prestación de servicios y presupuesto, permite obtener indicadores de eficiencia y eficacia sobre la utilización de recursos en los hospitales. Por ello, en la segunda etapa de la presente investigación, se procura estudiar con mayor detalle esa relación.

Segunda etapa de investigación

En esta segunda etapa de investigación, la Defensoría solicitó información por escrito a los administradores de los 29 hospitales de la CCSS sobre recurso humano, metas y compromisos de gestión, uso del tiempo extraordinario, cirugías realizadas, proyección de la demanda de servicios y medidas de control para el aprovechamiento de la jornada ordinaria y extraordinaria, entre otros aspectos. También se solicitó información a los Gerentes Administrativos y Financieros de la CCSS sobre medidas de contención de gasto, adquisición y suministro de productos farmacéuticos, inversión, presupuesto para atención de emergencias, recursos humanos, entre otros.

Se recibió respuesta oportuna de 18 hospitales²⁸. Esta información fue requerida utilizando un formato que facilitara su posterior proceso en cuadros de resumen. Sin embargo, en algunos casos los hospitales no se ajustaron a las especificaciones solicitadas y, en otros, respondieron con información diferente a la pedida.

A pesar de estas limitaciones, esta segunda etapa de investigación permitió arribar a conclusiones importantes, que brindan una primera respuesta o explicación de ciertos hechos, aunque de carácter preliminar, que pueden orientar una futura investigación.

Sobre el Recurso Humano

En general, la dotación de recurso humano adicional a los hospitales, a nivel profesional (medicina, enfermería y farmacia), aumentó entre los años 2009 a 2012; sin embargo, los aumentos son del orden del 2% al 10%. Cabe agregar que a pesar de este leve aumento en los recursos profesionales, se observó, para algunos hospitales, una reducción en los logros por servicios entre los años 2010 y 2011.

Lo anterior podría ser indicio de una baja en la productividad. No obstante, este aspecto requiere de una mayor investigación, pues muchos de los servicios evaluados son derivados de la demanda de otros servicios, lo cual haría necesaria una investigación más específica y, algunos hospitales manifestaron que se presentan cambios metodológicos en la contabilización de servicios, como los exámenes de laboratorio. Como se indicó, este aspecto requiere una mayor profundización que rebasa las pretensiones de este estudio exploratorio.

²⁸ Los hospitales que remitieron oportunamente la información para su procesamiento fueron: Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología, Hospital Monseñor Sanabria, Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega, Hospital San Carlos, Hospital San Vicente de Paúl, Hospital San Francisco de Asís, Hospital San Rafael de Alajuela, Hospital Escalante Pradilla, Hospital de Golfito Manuel Mora Valverde, Hospital Tomás Casas Casajús, Hospital Dr. Max Peralta, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, Hospital de la Anexión, Hospital Nacional de Niños, Hospital Dr. Roberto Chacón Paut, Hospital Los Chiles, Hospital Ciudad Neily y Hospital Dr. Max Terán Valls. Asimismo, la información de los siguientes hospitales no se recibió oportunamente o no respondieron: Hospital Centro Nacional de Rehabilitación, Hospital de Guápiles, Hospital Carit, Hospital San Vito, Hospital de Upala, Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño, Hospital México, Hospital Nacional Psiquiátrico, Hospital San Juan de Dios, Hospital Dr. Tony Facio, Hospital William Allen Taylor.

No obstante, es claro para esta Defensoría que una eventual reestructuración de la CCSS y sus hospitales (tal y como se está recomendando en el presente informe), deberá buscar un mejor uso de los recursos institucionales en función de los servicios que la Caja debe brindar, según su Ley Orgánica. Un estudio para reestructuración correctamente diseñado permitirá analizar los procesos de producción de servicios médicos para determinar la cantidad y cualificaciones del recurso humano necesario, equipamiento, infraestructura y aspectos administrativos involucrados (apoyo y logística a la labor sustantiva). Asimismo, en un proceso de reestructuración, la idoneidad del recurso humano es un factor relevante, así como aspectos de clima laboral que, sin duda, influyen en la satisfacción de los funcionarios y, por tanto, en la eficiencia y productividad de los servicios que ofrece la institución.

En todo caso, un proceso de reorganización y modernización institucional deberá llevarse a cabo cumpliendo cabalmente con lo establecido en la Ley marco para la transformación institucional y reformas de la Ley de sociedades anónimas laborales, Ley No. 7668 del 3 de abril de 1997 y sus reglamentos; así como la normativa establecida por el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica.

Sobre las Metas de gestión:

Los servicios médicos que son considerados como "metas de gestión" para los hospitales de la CCSS, son definidos y establecidos, a nivel central, por los órganos internos de la Institución para efectos de programación, evaluación y seguimiento del desempeño de los hospitales. Las metas de gestión están clasificadas en ocho servicios: Consulta Externa Especializada, Atención de urgencias, egresos, despacho de medicamentos, visitas domiciliarias, exámenes de laboratorio, imágenes médicas y cirugías.

Dados los servicios considerados en las metas de gestión, como se indicó anteriormente, debe observarse que la demanda de algunos servicios puede depender o derivarse de los otros servicios, como por ejemplo, la cantidad de exámenes de laboratorio puede depender, en un alto porcentaje, del número de cirugías realizadas, entre otros, de manera que las metas de gestión podrían elaborarse considerando esa correlación.

Si lo anterior es correcto, las metas podrían simplificarse y concentrarse en aquellas que son determinantes, de manera que se facilite el proceso de programación, evaluación y seguimiento. Sin embargo, algunos hospitales reportan metas de gestión para algunos servicios que no guardan relación con otros servicios que, presumiblemente, tienen relación, pues dada la naturaleza del centro hospitalario, sólo se brindan ciertos servicios y no todo el conjunto definido por la CCSS.

En general, observa la Defensoría que las metas propuestas para los servicios citados no variaron significativamente entre los años 2010 y 2011. En la mayor parte de los hospitales, **los porcentajes de logros son elevados y en algunos casos, superan con creces las metas planteadas.**

Al comparar la información suministrada por los hospitales que respondieron en la segunda etapa de la investigación, se observa que algunos fijan sus metas sin considerar el resultado del año anterior, de manera que el porcentaje de logro para cada año se mantiene similar al del año pasado. Un ejemplo extremo se observó en dos casos revisados para un servicio en particular: sucede que la meta de gestión para el año 2010 fue doblada por el logro obtenido en ese mismo año. Sin embargo, para el 2011 se mantiene la meta del 2010 y la misma es nuevamente doblada por el logro del año 2011.

En la mayor parte de los servicios se observa una reducción del porcentaje de logro entre los años 2010 y 2011; ello podría explicarse por un aumento en la meta en el 2011 o una reducción en los logros, o ambos fenómenos a la vez. Sin embargo, un análisis general de la información pareciera

indicar que lo segundo fue el factor preponderante, pues, en general, los logros del año 2010, en muchos casos, son ligeramente mayores a los logros del año 2011.

La información recibida sobre metas para el 2012 no es consistente, pues algunos hospitales trimestralizaron las metas y otros las presentaron anualizadas; en ambos casos los hospitales indicaron el logro que llevaban hasta el momento en que se hizo la consulta. Asimismo, en algunos casos las metas se bajaron respecto al 2011, aduciendo una reducción presupuestaria, pero como se ha indicado en este informe, esa reducción podría no ser real, pues a mediados de año se hace una ajuste presupuestario para cubrir los faltantes detectados.

Debido a lo anterior, las metas de gestión planteadas pareciera que no constituyen un instrumento adecuado para la planificación y evaluación del desempeño de los hospitales de la CCSS. La asignación presupuestaria no puede asociarse a estas metas, tal como se definen y cuantifican en la actualidad. Los logros que igualan o superan estas metas, no son indicadores de eficiencia ni de productividad: simplemente se establece un número específico en la prestación de un servicio y luego se observa si se alcanzó dicha prestación, **pero esto no indica si hay eficiencia en el uso de recursos en la prestación del servicio como tal.**

Por tanto, es necesario que se definan otros indicadores complementarios más acordes con los procesos de planificación y evaluación económica para los diferentes servicios que prestan los hospitales de la CCSS. Consecuentemente, la Defensoría recomienda a la CCSS desarrollar indicadores de eficiencia y eficacia para evaluar la gestión administrativa y la prestación de cada red de servicios de salud, de forma tal que permitan una evaluación a través del tiempo para cada centro hospitalario o red, así como hacer comparaciones entre servicios para diferentes hospitales o tipos de hospitales, de manera que la eficiencia y productividad pueda visualizarse de manera integral.

Finalmente, es pertinente señalar que la Defensoría ha tenido conocimiento de la existencia del Estudio "Desempeño Hospitalario en Costa Rica", desarrollado por la Gerencia División Administrativa, en marzo del presente año. Los resultados de ese estudio no contradicen las conclusiones a las que ha llegado la Defensoría en el presente estudio, siendo concluyente al indicar:

"No existe concordancia entre el aumento en los gastos reales y la producción de la mayoría de hospitales. Mientras que el gasto real se duplica en la mayoría de centros, los egresos y demás productos hospitalarios prácticamente se mantienen al nivel registrado en el 2000."²⁹

Tomando en consideración lo anterior, la Defensoría le dará seguimiento a las acciones que ejecutará la CCSS en relación con los resultados obtenidos en dicho estudio.

Sobre tiempo extraordinario

El artículo 139 del Código de Trabajo determina que el tiempo efectivo que se ejecuta fuera de los límites de los horarios ordinarios que contractualmente pactados, constituye jornada extraordinaria.³⁰ El tiempo que efectivamente se labore fuera de los límites de la jornada ordinaria

²⁹ Hidalgo (Ana Guzmán) y Pereira Barrantes (Edgar). Desempeño hospitalario en Costa Rica. Algunos resultados generales. Dirección Compra de Servicios de Salud. Gerencia División Administrativa. Caja Costarricense de Seguro Social. Monografía, San José Costa Rica. Marzo 2012. Pag. 29

³⁰ El Código de Trabajo. Artículo 139. El trabajo efectivo que se ejecute fuera de los límites anteriormente fijados, o que exceda de la jornada inferior a éstos que contractualmente se pacte, constituye jornada extraordinaria y deberá ser remunerada con un cincuenta por ciento más de los salarios mínimos, o de los salarios superiores a éstos que se hubieren estipulado. / No se considerarán horas extraordinarias las que el

debe ser remunerado con el cincuenta por ciento adicional del salario ordinario devengado por el trabajador. Si tuviera que trabajarse en días feriados, asuetos o libres semanales, éste se pagará conforme lo dispone la legislación laboral.

Según la información recibida, los hospitales recurren al tiempo extraordinario para aquellos servicios que funcionan las 24 horas del día, los 365 días del año. En general, todos los hospitales que respondieron a la consulta, indicaron que hacen uso del tiempo extraordinario, especialmente para los siguientes servicios: Emergencias, hospitalización, anestesiología, farmacia, ortopedia, enfermería y otros.

Sin embargo, la información no es uniforme en cuanto al uso y medida del tiempo extraordinario: desde un hospital que reporta una disminución del 21% en el gasto de esta partida hasta otro hospital que reporta un uso intensivo del tiempo extraordinario, manifestando que el 39% de los servicios de urgencia, farmacia, laboratorio e imágenes médicas se brinda en tiempo extraordinario.

Al respecto, se percibe un incentivo inconveniente para que las personas acudan al servicio de urgencias en detrimento del servicio de consulta externa; siendo el primero más costoso para los hospitales por el uso de tiempo extraordinario. Este incentivo proviene del menor tiempo que invierte la persona dado que la atención en urgencias es más expedita que en consulta externa.

Debido a lo anterior, se hace necesario que los centros hospitalarios incentiven el uso de la consulta externa mediante un manejo adecuado del personal y equipo en ese servicio, procurando una reducción en los tiempos de atención. Ello redundaría en una reducción en las listas de espera, de costos totales y un uso eficiente de los recursos disponibles.

Por otro lado, la reducción del uso de tiempo extraordinario tiene límites, pues existen servicios que deben estar disponibles las 24 horas del día y los 365 días del año. El hospital debe buscar programar aquellos servicios que no corresponden a emergencias, como cirugías y otros servicios derivados de las mismas en tiempo ordinario, con la finalidad de minimizar el uso del tiempo extraordinario dado su mayor costo. En este sentido, para cada hospital debe valorarse el Beneficio-Costo (B/C) de aumentar su planilla para brindar el mayor número posible de servicios en tiempo ordinario (considerando su capacidad instalada), contra la utilización del tiempo extraordinario como ha sido la práctica en los últimos años. Este estudio de B/C debería ser realizado por la CCSS, a nivel central, para cada centro hospitalario.

Sobre las cirugías realizadas

En relación con este punto, la información remitida por los Hospitales no fue homogénea, aunque se les consultó por las cirugías programadas y no programadas, en tiempo ordinario y en tiempo extraordinario, las respuestas no obedecieron al patrón solicitado, siendo que algunos sólo indicaban la relación entre programadas y no programadas, y otros la relación entre cirugías realizadas en tiempo ordinario y en tiempo extraordinario.

En general, el 80% de las cirugías se realizan en tiempo ordinario y el 20% en tiempo extraordinario. Asimismo, en algunos casos, los hospitales indicaron que el 67% de las cirugías fueron programadas y el 33% de emergencias, aunque existe cierta dispersión con este dato.

Sobre la demanda de servicios

trabajador ocupe en subsanar los errores imputables sólo a él, cometidos durante la jornada ordinaria. / El trabajo que fuera de la jornada ordinaria y durante las horas diurnas ejecuten voluntariamente los trabajadores en las explotaciones agrícolas o ganaderas, tampoco amerará remuneración extraordinaria.

Muchos hospitales indicaron que el incremento de la demanda de servicios depende del crecimiento de la población de las zonas a las que atienden y del crecimiento vegetativo de la población. Si esto es así, la proyección de la demanda podría realizarse con las proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas (INEC) y del Centro de Población de la UCR. En el mediano plazo, el crecimiento vegetativo de la población sería un factor que podría incrementar la demanda de servicios. No obstante, para el corto plazo, varios hospitales indicaron que no prevén un aumento importante en la demandada de servicios, especialmente para el 2012.

Debido a lo anterior, la Defensoría considera que la CCSS, a nivel central, debería elaborar las proyecciones de demanda para cada hospital y utilizarlas como insumo para la planificación de corto, mediano y largo plazo, así como para la asignación presupuestaria y las decisiones en materia de inversión en infraestructura.

Sobre el aprovechamiento de la jornada laboral ordinaria

El artículo 136 del Código de Trabajo establece que la jornada ordinaria de trabajo efectivo no podrá ser mayor de ocho horas en el día, de seis en la noche y de cuarenta y ocho horas por semana. Sin embargo, en los trabajos que por su propia condición no sean insalubres o peligrosos, podrá estipularse una jornada ordinaria diurna hasta de diez horas y una jornada mixta hasta de ocho horas, siempre que el trabajo semanal no exceda de las cuarenta y ocho horas.

En general, para garantizar el aprovechamiento de la jornada laboral ordinaria, los hospitales indicaron que implementan las siguientes acciones:

- Distribución del tiempo contratado de especialistas en forma diaria.
- Supervisión del personal por parte de las jefaturas.
- Registro y distribución de las actividades que realizan los médicos en tiempo ordinario según actividad.
- Registros médicos de tiempo utilizado y número de pacientes atendidos.
- Elaboración Plan Operativo Anual (POA), en cada servicio con las metas a cumplir.
- Evaluaciones trimestrales.

En general, la acción preponderante es el control por parte de las jefaturas. En este punto, considera la Defensoría que es importante que la CCSS establezca un conjunto de indicadores para medir el aprovechamiento de la jornada ordinaria y la productividad en la prestación de servicios, que permita comparaciones entre hospitales y se reflejen adecuadamente en las metas de gestión.

La Defensoría recomienda que la Auditoría Interna en coordinación con Recursos Humanos de la Caja realice inspecciones sin previo aviso y aleatorias en cada hospital, con la finalidad de verificar el cumplimiento de la jornada de trabajo por parte de los profesionales responsables.

Por otro lado, se considera importante que se defina un estándar mínimo de evaluación de la atención a los pacientes, que se aplique a toda la red de servicios de salud, tomando en consideración las diferencias en los servicios brindados, y que permita comparar los niveles de servicio y la satisfacción de las y los usuarios. Asimismo, es recomendable que la Administración Superior de la CCSS instruya a la Contraloría de Servicios para el establecimiento de un programa de divulgación de los estándares de atención establecidos, así como el fortalecimiento de los procesos de denuncia y atención de las mismas.

Sobre la desconcentración y el desempleo

Como se indicó, el total de hospitales que remitió en tiempo la información solicitada por la Defensoría fue de 18, pero a esta pregunta sólo respondieron 16; de los cuales 10 son concentrados y 6 desconcentrados. En este caso el 62,5% de los hospitales tiene la condición de ser concentrados y el 37,5% son hospitales desconcentrados. Sin embargo, la información remitida no reveló diferencias significativas en cuanto a los resultados de la gestión hospitalaria, que pudieran atribuirse a la condición de concentración o desconcentración del centro médico, al menos con las variables analizadas en este informe exploratorio y con el nivel de respuesta obtenido.

Respuestas de las Gerencias

En relación con los logros alcanzados a nivel central de la CCSS, se consultó a las Gerencias Administrativa y Financiera sobre el ahorro a nivel de éstas, pero la respuesta dada fue a nivel del ahorro total de toda la CCSS. En este sentido, indicaron que durante el año 2011 la Caja obtuvo un ahorro de ₡2.206,7 millones de colones. De este monto, un 46,1% corresponde a la partida servicios personales, 20,9% de gastos de operación (servicios, materiales y suministros) y un 32,9% de las transferencias corrientes. Estas últimas corresponden a cargas sociales, subsidios, ayudas económicas, prestaciones legales, entre otras.

En este contexto se entiende por ahorro la reducción de gasto realizada por las unidades. Sin embargo, la Defensoría considera que es importante que en materia de seguridad social, se determine en qué partidas esas unidades pueden reducir su gasto sin sacrificar la atención de los usuarios o las metas de prestación de servicios. Es decir, es importante determinar en qué área se podría aumentar la eficiencia en el uso de los recursos para reducir gasto, sin sacrificar la calidad del servicio respectivo.

No obstante, la respuesta obtenida no permitió constatar ni desmentir las aseveraciones del sector médico, en el sentido de que la Gerencia Financiera y la Gerencia Administrativa no realizan mayor esfuerzo para racionalización de su propio gasto.

Debido a lo anterior, la Defensoría considera conveniente que la Administración Superior de la Caja o su Junta Directiva instruyan a la Dirección Planificación a realizar un estudio específico sobre el ahorro realizado en la Gerencia Administrativa y en la Gerencia Financiera para determinar si las mismas se han sujetado a los lineamientos de austeridad como lo han hecho los hospitales y centros médicos.

Sobre las medidas adoptadas para garantizar la adquisición eficiente y el suministro oportuno de productos farmacéuticos, las Gerencias Administrativa y Financiera informaron lo siguiente:

- La Dirección de Aprovisionamiento de Bienes y Servicios es la responsable de la ejecución del Programa Anual de Compras.
- Le corresponde el almacenamiento y abastecimiento institucional de los insumos comprados.
- Se encarga de las compras que se coordinan desde el nivel central por razones de economías de escala, control y eficiencia.
- La ejecución presupuestaria en la compra de medicamentos fue de un 78% en el 2009, 85% en el 2010 y de 99,98% en el 2011.
- Para el presente año el presupuesto asciende a los 95.000 millones de colones.

Es este punto es importante indicar que la información suministrada no atendió a los requerimientos de esta Defensoría, pues las gerencias no indicaron qué medidas y acciones adoptaron para mejorar la eficiencia de la compra y almacenamiento de medicamentos.

Relacionado con este tema, la Defensoría considera que es importante que la Dirección de Planificación de la Caja realice un estudio sobre el uso que hace o puede hacer la CCSS de su poder monopsonico en el mercado de medicamentos y farmacia. Ello relacionado con la programación de compras que realizan los hospitales y a nivel central, mediante la utilización de medios electrónicos de programación de compras y control y manejo de inventarios. Esto por cuanto la CCSS podría lograr mediante negociación, economías en la compra por los grandes volúmenes de medicamentos que adquiere, liberando recursos para uso en otros servicios necesarios para la seguridad social del país.

En cuanto a la programación y planificación de las inversiones, las Gerencias manifestaron lo siguiente:

- Las necesidades de inversión de la CCSS están contenidas en el documento "Portafolio Institucional de Proyectos de Inversión Infraestructura y Tecnologías 2012-2016".
- Se trata de 210 proyectos con un costo total estimado de 401.983 millones de colones.
- La distribución es como sigue: infraestructura 62.8%, equipo médico 4,4%, equipo industrial 2.8%, tecnologías de información 20,7% y otras obras 9.3%.
- Según estudios realizados, la Caja debería destinar un 6,5% de sus ingresos por contribuciones a inversiones físicas, sin embargo, la Junta Directiva fijó dicho porcentaje en un 2%.
- Se desconoce los proyectos específicos que serán afectados con esa disminución.
- Se plantea dar prioridad a las acciones de mantenimiento de la infraestructura y equipo.

El hecho de fijar en un 2% el porcentaje de ingresos por contribuciones a inversiones fijas, y no el 6,5% recomendado, evidencia que **otros rubros de gasto están presionando (absorbiendo) el flujo de efectivo en detrimento de la inversión fija de largo plazo, lo cual compromete** la cantidad y calidad de los servicios médicos en el futuro. Esta reducción también puede comprometer la programación de las inversiones en tecnología de la información, específicamente, el sistema de información que **desde hace varias décadas** se encuentra rezagado en cuanto a las necesidades operativas y de planificación de la Institución.

Este último aspecto es de medular importancia, pues la información transparente, oportuna y veraz es un requisito para una buena administración y gestión de la Caja. En este sentido, la Defensoría ha considerado necesario recomendar a la Caja analizar las posibilidades y opciones de brindar al Sistema de Información un tratamiento de inversión prioritaria, para obtener resultados en el corto plazo.

En este sentido, la Defensoría considera que la programación y planificación de inversiones debería realizarse en un horizonte de largo plazo, previendo las necesidades de los diferentes grupos de atención. Esta programación no puede estar desvinculada con el desarrollo de las demás áreas administrativas de servicio que brinda la institución, pues cada nuevo hospital implica un incremento en los gastos administrativos y operativos de la institución como un todo. Por ello, la planificación a largo plazo es fundamental para una institución del tamaño, cobertura y trascendencia de la CCSS.

En cuanto a la previsión de recursos para afrontar situaciones de emergencia la respuesta de las Gerencias se resume a continuación:

- La Caja presupuesta anualmente recursos financieros destinados a atender situaciones de emergencias.

- Se creó el Programa Institucional de Emergencias a partir del 2010.
- Objetivos del Programa: "a) Impulsar, apoyar y promover el desarrollo de la organización institucional para la atención de emergencias y desastres, b) Impulsar las actividades encaminadas a la prevención y mitigación de emergencias y c) Coordinar las acciones en situaciones de emergencias y desastres".
- Se dispone de un Fondo de Contingencias.

La Defensoría considera que es importante analizar la forma en que se están invirtiendo los recursos de los fondos destinados a situaciones de emergencia, pues dichos fondos deben generar rendimientos para su incremento patrimonial. Una administración eficiente de los mismos podría liberar recursos para que la Institución los destine a fortalecer la prestación de servicios de medicina, enfermería y farmacia, entre otros.

Por lo anterior, la Defensoría considera recomendable que la Gerencia Financiera realice un estudio específico sobre la gestión de dicho fondo en el cual se propongan acciones para asegurar una rentabilidad adecuada y que a la vez contribuya con los objetivos de la seguridad social.

Finalmente, sobre la consulta de la Defensoría a la CCSS sobre el cambio de horas extras por tercer turno y el proceso para la autorización de disponibilidades, las gerencias indicaron lo siguiente:

- El centro médico que solicite disponibilidades deberá remitir el estudio técnico a la Gerencia Médica.
- Esta Gerencia y la Financiera determinarán la procedencia o no de la inclusión de una especialidad en el sistema de disponibilidades.
- Del 2010 a la fecha, 14 hospitales y el CAIS de Cañas han solicitado 39 disponibilidades, de las cuales, han sido aprobadas un total de nueve.
- De esas 9, siete fueron cambio de guardias a disponibilidades: una para la Carit y seis para el hospital San Francisco de Asís.
- Las restantes solicitudes se encuentran en diferentes etapas del trámite, incluida la aprobación de la gerencia Médica para luego pasar a conocimiento del Consejo Financiero.

Se observa que en los últimos dos años lo que ha habido es un cambio de guardias a disponibilidades, sin que existan estudios técnicos que fundamenten esas variaciones. Hasta el momento tampoco se han presentado solicitudes para la creación de plazas y sustituir el pago de horas extras.

CONCLUSIONES GENERALES DE LA SEGUNDA ETAPA DE INVESTIGACIÓN EN RELACIÓN CON LOS TEMAS SUPRACITADOS:

Para la prestación eficiente de los servicios médicos en los hospitales, además del recurso humano, es necesaria una inversión en infraestructura, equipamiento y productos químicos. Sin embargo, dentro del presupuesto de hospitales, la partida de remuneraciones representa alrededor del 67% del presupuesto asignado. Esta situación limita la cantidad de recursos financieros disponibles para la inversión en infraestructura, equipos y productos químicos; de manera que la prestación eficiente de servicios se verá limitada a través del tiempo.

La presión de las remuneraciones como destino de los recursos presupuestados a hospitales se refleja en la reducción del porcentaje a invertir en capital físico, que pasó de un 6,4% a un 2% del total de ingresos por contribuciones a la Caja.

La reducción de los fondos destinados a inversión limita el desarrollo del proyecto de Sistema de Información, aspecto medular para una buena gestión administrativa de la Institución, **convirtiéndose esta situación en un círculo vicioso.**

Este **círculo vicioso** consta de tres elementos: (1) Gestión administrativa deficiente; (2) Fondos insuficientes para desarrollar un sistema de información gerencial; (3) Ausencia de información pertinente, oportuna y de calidad para la toma de decisiones gerenciales. Estos factores se relacionan de la siguiente manera: La ausencia de información oportuna y de calidad limita una gestión eficiente de los recursos económicos, situación que no permite una adecuada planificación presupuestaria para liberar fondos que financien el desarrollo de un sistema eficiente de información. Luego, el no contar con un Sistema de Información adecuado para la toma de decisiones gerenciales conlleva nuevamente a una gestión administrativa deficiente en el uso de los recursos económicos, cerrando el círculo vicioso.

Por otra parte, las metas de gestión para los hospitales que define la Caja a nivel central, no constituyen indicadores eficientes de la producción de servicios y no son de mayor utilidad para la planificación y evaluación del desempeño de los hospitales ni de la Institución como un todo.

CONCLUSIONES FINALES

De acuerdo con los resultados de los análisis de toda la información recabada en este informe, en todos y cada uno de los grandes temas abordados, se llega a la determinación final de que el origen de los problemas que aquejan a la CCSS, apunta a una débil e ineficiente Gestión Administrativa como tal. Ello unido a una clara falta de toma de decisiones por parte de las máximas autoridades de la entidad que se replican en los mandos medios institucionales a través del tiempo. Lo anterior, a pesar de que han contado con los insumos necesarios que permitirían justificar técnica y legalmente tales decisiones.

A pesar de las numerosas recomendaciones u observaciones efectuadas por diferentes órganos, aún hoy día, persisten las deficiencias y debilidades en diversas áreas de la CCSS, las cuales han venido arrastrándose desde hace muchos años, tal y como se atestigua en una carta redactada en 1946 por María Isabel Carvajal Quesada, conocida como Carmen Lyra, dirigida al Sr. Manuel Mora V, mediante la cual hizo referencia a una serie de problemas que en su criterio afectaban la buena marcha del Seguro Social³¹:

"(...)

El Seguro Social es una conquista de los trabajadores organizados, llevada a cabo a través de muchos años de lucha y de muchos sacrificios. No fue una graciosa concesión del Congreso ni un regalo demagógico del Doctor Calderón Guardia, como han querido presentarlo los defensores de los privilegios de nuestros capitalistas sin ninguna visión social. La creación del Seguro respondió a la necesidad, fue un órgano creado por la necesidad. Fue la respuesta de un Presidente de nobles aspiraciones de un estadista humano, a la demanda de los trabajadores más conscientes, demanda que había venido precisándose a lo largo de mucho tiempo. Por lo tanto, la marcha del Seguro Social no puede sernos indiferente a los vanguardistas que por lograr este apoyo para los obreros y los campesinos que viven en nuestro suelo, hemos hecho tantas concesiones, algunas de las cuales nos han desprestigiado ante los ojos de más de un ingenuo puritano.

³¹ Tomado del periódico TRABAJO, sábado 2 de marzo de 1946.

Yo oigo a compañeros que son trabajadores asegurados, quejarse a menudo de los servicios del Hospital y de la Policlínica del Seguro: del incumplimiento de los médicos que con frecuencia no llegan a su despacho a la hora fijada por el Reglamento, de que después de las seis de la tarde no se encuentra un médico en el Hospital del Seguro; de la indisciplina y desorganización del hospital...”

Habiéndose realizado un análisis de los diferentes temas propuestos para el presente estudio y con fundamento en las conclusiones establecidas en cada uno de los apartados, que conforman el presente informe, la Defensoría de los Habitantes rescata las acciones recomendadas por los diferentes órganos de control y emite las siguientes recomendaciones con la finalidad bien de reforzar el cumplimiento de dichas recomendaciones, o de atender temas sobre los que no se refieren, o lo hacen escasamente, los entes reseñados en este estudio.

Los resultados generales de este informe dejan ver la gran cantidad de actores que intervienen en la gestión de la CCSS, cada cual con su propia agenda y que no necesariamente estas agendas son coincidentes con los intereses institucionales y nacionales. Esta situación dificulta sin duda alguna, las posibilidades reales de direccionar el rumbo de la Institución, conforme a los hallazgos y recomendaciones que se sintetizan en este informe. La situación real de crisis financiera de esa importante Institución nacional, que ha jugado un papel clave en la paz social de este país y en los indicadores de salud alcanzados, obliga a todos estos actores a asumir una actitud responsable y acorde con la realidad.

En el sector público hacemos un llamado a las autoridades de la CCSS a dar cumplimiento a las recomendaciones hechas por los órganos de control externos e internos de la esa institución. También se dirige este llamado a los gremios profesionales y movimiento sindical, representado por gran cantidad de sindicatos, para que contribuyan a gestar una cultura institucional sustentada en los principios de la solidaridad social, y repetitiva de las disposiciones y regulaciones de planificación. Pero además, y no menos importante, se les recuerda actuar conforme a los principios de la ética pública, conscientes de la importancia que esto tiene en la credibilidad y confianza en la institucionalidad pública.

Al sector privado, representado por proveedores de bienes y servicios y el sector patronal, se les insta a asumir con responsabilidad las obligaciones legales de aseguramiento de los y las trabajadoras y a pagar puntualmente sus obligaciones, teniendo presente los efectos que una conducta impropia tiene sobre la calidad de vida de la población y la seguridad social de todos los habitantes del país hoy y mañana. A los proveedores se les recuerda su obligación de participar en los procesos de contratación, apegados a lo que dispone el ordenamiento jurídico, así como a los principios éticos que garanticen el compromiso de lucha contra la corrupción.

A la sociedad civil, se le recuerda la importancia de hacer un uso racional de los servicios de salud, que presta la CCSS, así como es necesario que asuma con responsabilidad la participación en las Juntas de Salud. La Sociedad Civil organizada tiene la responsabilidad de desarrollar los mecanismos de fiscalización tales como: las Auditorías Ciudadanas.

Finalmente, consideramos que las recomendaciones que se emiten a continuación permiten establecer un derrotero para la fiscalización que la Defensoría se plantea sobre la CCSS, en cuanto a determinar con precisión el avance real en las acciones que permitan atender los problemas señalados, así como la responsabilidad de las y los funcionarios tomadores de decisiones en la implementación de dichas acciones.

Con base en lo anterior y con fundamento en el artículo 14 de la Ley N° 7319 del 17 de noviembre de 1992 y el artículo 32 del Decreto Ejecutivo N° 22266-J,

LA DEFENSORÍA DE LOS HABITANTES DE LA REPÚBLICA

RECOMIENDA:

I.- A LA PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA:

1.- Coordinar los esfuerzos de las autoridades gubernamentales para apostar por un sistema único de compras electrónicas en el país, a efecto de establecer el mejor uso alternativo de los recursos públicos, y evitar el funcionamiento de modelos fraccionados, poco competitivos y con exigua transparencia, modernizando el sistema de contrataciones y compras públicas del país, permitiendo disminuir los riesgos de corrupción, garantizando la competencia y optimizando el control.

II.- A LA MINISTRA DE SALUD, EN SU CALIDAD DE RECTORA DEL SECTOR:

1.- De conformidad con las competencias establecidas en la Ley Orgánica de Salud y la Ley General de Salud, fortalecer como Ente Rector la fiscalización de los servicios de atención directa a las personas que brinda la CCSS. En cumplimiento de lo anterior, establecer los mecanismos operativos que permitan realizar dicha fiscalización de forma continua, eficiente y en todo el territorio nacional.

2.- Revisar el esquema actual de administración de los hospitales de la CCSS establecido en el Reglamento General de Hospitales Nacionales, con miras a crear un modelo administrativo que integre el aporte técnico de los profesionales en Ciencias Económicas, -de conformidad con lo que establece el Reglamento-, en la toma de decisiones de los hospitales.

3.- Continuar con las acciones realizadas en coordinación con la CCSS para la revisión y redefinición del **Modelo de Atención a la Personas** establecido para la prestación de los servicios en esa institución.

III.- A LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

1.- Aplicar las medidas que disponen tanto la Ley de Control Interno como la Ley Orgánica de la Contraloría, con el fin de exigir el cumplimiento de sus disposiciones, de forma tal que se logre el **objetivo que dio origen a los informes elaborados y las disposiciones emitidas**. A la luz de lo expuesto, valorar el impacto real de las disposiciones que esa Contraloría ha tenido por cumplidas y su incidencia efectiva en el mejoramiento de la gestión administrativa de la CCSS.

2.- Realizar un estudio que permita determinar cuáles son las causas del incumplimiento de las recomendaciones de los informes emitidos a la CCSS. Asimismo, determinar las eventuales responsabilidades de quienes tienen la competencia para el cumplimiento o rechazo de las mismas, conforme a lo establecido por la Ley General de Control Interno y su Reglamento.

3.- Dar prioridad al seguimiento de informes de auditoría realizados en la CCSS, cuyas disposiciones, a la fecha, aún se encuentren pendientes de cumplimiento.

4.- Incluir dentro del plan de trabajo, un estudio relacionado con los términos de los convenios de pago de deudas del Estado con la CCSS, a efecto de verificar el grado de cumplimiento de los mismos y determinar el saldo real, principal e intereses.

IV.- A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA CCSS:

1.- Iniciar un proceso de **reorganización integral de la CCSS** para eliminar las deficiencias y distorsiones que se han venido creando a través de los años, así como lograr un mejor uso de los recursos institucionales en función de los servicios que la misma debe brindar según su Ley Orgánica. En caso de que un proceso de esta naturaleza ya haya iniciado, remitir a esta Defensoría un informe sobre el estado del mismo y responsables.

2.- Integrar las recomendaciones vertidas por las diferentes instancias de control, como las examinadas en el presente estudio, al Plan Estratégico institucional, con el firme convencimiento de que todos los actores asuman la planificación como su agenda diaria de trabajo.

3.- Revisar el grado de prioridad que se le está dando al Sistema de Información Integrada, de manera que se le otorgue un tratamiento **de inversión prioritaria**, con la finalidad de contar con dicho sistema en el corto plazo.

4.- Liderar un proceso de construcción de una nueva cultura institucional dirigida a que todas las unidades ejecutoras, descentralizadas o no, apliquen los instrumentos de planificación con miras a aumentar significativa y sostenidamente su eficiencia y mejorar constantemente su desempeño.

5.- Establecer una "Política Salarial y de Empleo de la CCSS" aplicable a toda la Institución, a fin de evitar al crecimiento desmedido de puestos y a la duplicidad de funciones.

6.- Establecer lineamientos concretos para mejorar el nivel de ejecución de proyectos en todas las unidades, así como instrumentos de rendición de cuentas que permitan, tanto a los órganos de control, como a las y los habitantes, conocer el avance efectivo de los mismos, las causas de sus retrasos y las responsabilidades derivadas de los mismos.

7.- En materia de contratación administrativa, solicitar los respectivos informes que permitan visualizar de qué forma se están tomando en cuenta, dentro de los planes de acción estratégicos, los hallazgos de los órganos de control, específicamente, de la Contraloría General de la República y la Auditoría Interna de la CCSS, en cuanto a los problemas de programación, organización, coordinación e incluso de fiscalización, para verificar la máxima utilidad y ventaja en las adquisiciones, a efecto de lograr la satisfacción de las necesidades de manera oportuna, con bienes de calidad, y a un precio razonable.

8.- Informar sobre el análisis y seguimiento que le ha dado dicha Junta Directiva al tema de revisión de la normativa que rige la desconcentración de los Hospitales, así como de las acciones que al respecto se hayan tomado.

V.- A LA PRESIDENCIA EJECUTIVA DE LA CCSS:

1.- Diseñar un sistema de contabilidad de costos en forma paralela y coordinada con el proceso de implementación del Sistema de Información Integrada, de manera que cuando el Sistema empiece a funcionar, la contabilidad de costos también lo haga.

- 2.-** Informar sobre los programas de capacitación, en cuanto al tema de Contratación para las y los funcionarios de las distintas áreas administrativas, en especial, a aquellas y aquellos y aquellos funcionarios encargados de la realización de los informes y estudios técnicos, mediante los cuales se basan los procesos de compra, considerando la importancia que reviste el tema de los procesos previos a las contrataciones.
- 3.-** Establecer un cronograma de acción a partir del cual se podría dar seguimiento a nivel interno y externo, del necesario proceso de digitalización total del sistema de contratación administrativa que opera en la CCSS. Esto con el fin de subsanar muchos de los problemas que han advertido los órganos de control como la Contraloría General de la República, la Auditoría Interna de la entidad y, más recientemente, la Comisión de Especialistas nombrada por la Presidencia de la República para analizar la situación de la CCSS.
- 4.-** Diseñar y ejecutar un plan de inducción y actualización para las y los funcionarios de la CCSS que conduzca al rescate de los valores propios de una "cultura de legalidad" respetuosa del ordenamiento jurídico y de los más altos valores y principios que rigen la seguridad social.
- 5.-** Continuar con las acciones iniciadas para cumplir con el proceso de "Transparentar" las Listas de espera, de forma tal que tanto las personas usuarias de los servicios, como las y los tomadores de decisiones, tengan la información veraz y oportuna sobre el estado real de la prestación de los servicios de salud, así como de las necesidades reales en materia de recurso especializado o equipo requerido, para lo cual se solicita informar a esta Defensoría las acciones que al respecto se tomen.
- 6.-** Fortalecer la Unidad Técnica de Listas de Espera, dada la importante labor que ha venido jugando en el proceso de ordenamiento de las listas, así como de detección de las principales debilidades del Sistema que alimentan la existencia de las mismas. Lo anterior en el marco de los procesos de digitalización y controles que se están promoviendo desde la Administración Central de la CCSS.
- 7.-** Impulsar en el marco del Programa de Especialidades Clínicas CENDEISSS-Universidad de Costa Rica, una política para crear las condiciones que permita que dicho Programa responda en todo momento a las necesidades en formación del recurso humano que requiere la CCSS y redefinir los papeles de cada Institución, en este proceso.
- 8.-** Valorar con el CENDEISSS la necesidad de que éste último desarrolle un programa de reclutamiento de candidaturas a formarse como especialistas, directamente en los niveles locales, priorizando aquellas zonas geográficas en las que se hayan identificado mayores necesidades de especialidades médicas propiciando la permanencia en las zonas donde más se necesitan. Este objetivo debe incentivarse y formalizarse con un contrato de formación como el que ya ha implementado la Caja, u otras alternativas relacionadas.
- 9.-** Impulsar un plan de estímulos que aumente la oferta de servicios profesionales en zonas rurales, tales como el contar con adecuadas condiciones de trabajo en términos de planta física, materiales y equipamiento.
- 10.-** Revisar los convenios de formación profesional existentes, a efectos de ampliar la oferta de formación de especialistas en diferentes universidades interesadas y que reúnan las condiciones previamente establecidas.
- 11.-** Desarrollar indicadores de eficiencia y eficacia para evaluar la gestión administrativa y la prestación de cada red de servicios de salud, de forma tal que permitan una evaluación a través del tiempo para cada centro hospitalario o red, así como hacer comparaciones entre servicios para

diferentes hospitales o tipos de hospitales, de manera que la eficiencia y productividad pueda visualizarse de manera integral.

12.- Definir un estándar mínimo de evaluación de la atención a pacientes, que se aplique a toda la red de servicios de salud, tomando en consideración las diferencias en los servicios brindados, y que permita comparar los niveles de servicio y la satisfacción de las y los usuarios.

13.- Instruir a la Contraloría de Servicios de la Caja el establecimiento de un programa de divulgación de los estándares de atención establecidos, así como el fortalecimiento de los procesos de denuncia y atención de las mismas.

14.- Instruir a la Dirección de Planificación para que realice un estudio específico sobre el ahorro realizado en la Gerencia Administrativa y en la Gerencia Financiera para determinar si las mismas se han sujetado a los lineamientos de austeridad como lo han hecho los hospitales y centros médicos.

15.- Instruir a la Dirección de Planificación a realizar un estudio sobre el uso que hace o puede hacer la CCSS de su poder monopsonico en el mercado de medicamentos y farmacia, en relación con la programación de compras que realizan los hospitales y a nivel central, mediante la utilización de medios electrónicos de programación de compras y control, así como de manejo de inventarios, y de esta forma obtener mejores condiciones de compra y control de almacenamiento.

16.- Instruir a la Gerencia Financiera para que realice un estudio específico sobre la gestión del *Fondo para Situaciones de Emergencia*, analizando la naturaleza del mismo, rentabilidad, situación actual y la utilización de los recursos conforme a los objetivos de la seguridad social.

17.- Analizar a profundidad las necesidades reales de pago de jornadas extraordinarias y disponibilidades a fin de determinar técnicamente la manera más eficiente y económica de atender adecuadamente a las y los pacientes, buscando hacer un uso más racional de los recursos.

18.- Ordenar y depurar las cuentas de pendientes de pago del Estado a fin de lograr la mayor transparencia y confiabilidad de las mismas.

19.- Implementar controles internos a fin de evitar los sobregiros presupuestarios en las unidades desconcentradas. En caso de que esta práctica persista, establecer las eventuales responsabilidades de conformidad con la normativa vigente.

20.- Informar las acciones a tomar con ocasión de los resultados arrojados por el Estudio "Desempeño Hospitalario en Costa Rica", desarrollado por la Gerencia División Administrativa, en marzo del presente año.

21.- Incluir informes con variables distintas como el referido al **Modelo de Atención a la Personas**, la información epidemiológica y los perfiles de morbilidad y mortalidad de otros informes de la CCSS, que darían información muy útil para la toma de decisiones integrales de la Institución, respecto al abordaje de las necesidades de capacitación, actualización, distribución y otras consideraciones de los recursos humanos especializados de la institución.

22.- Revisar el esquema actual de los puestos de Dirección en los Hospitales de la CCSS, con miras a que se aplique lo dispuesto en el Reglamento General de Hospitales Nacionales, de forma tal que integre el aporte técnico de los profesionales en Ciencias Económicas, en la administración de esa entidad aseguradora.

VI.- A LA AUDITORÍA INTERNA DE LA CCSS:

1.- En los casos de los informes que tienen recomendaciones pendientes de cumplimiento, realizar un estudio que permita determinar cuáles son las causas del incumplimiento. Asimismo, determinar las eventuales responsabilidades de quienes tienen la competencia para el cumplimiento o rechazo de las mismas, conforme a lo establecido por la Ley General de Control Interno y su Reglamento.

2.- Incluir dentro de su programación anual la realización de estudios específicos e inspecciones aleatorias y sin previo aviso en cada hospital, con la finalidad de verificar el cumplimiento de la jornada de trabajo por parte de los profesionales de la salud.

En virtud de las competencias legales que ostenta la Defensoría de los Habitantes, sírvanse remitir a la Defensoría de los Habitantes un informe de cumplimiento de las recomendaciones formuladas, en el cual deberá incluirse la siguiente información:

- a.-** Medidas que se adoptarán para hacer efectiva las recomendaciones.
- b.-** Plazo en el que se ejecutarán dichas medidas
- c.-** Funcionario o funcionaria encargado de su ejecución.

En relación con este informe final procede la interposición de recurso de reconsideración dentro de los ocho días posteriores a su notificación.

La tramitación de este asunto estuvo a cargo del siguiente equipo de trabajo:

Dirección de Calidad de Vida: MSc. Carlos Valerio; MSc. Sandra Lj; MSc. Nathalie Araya Jácome, bajo la coordinación de la MSc. Hazel Díaz Meléndez, Directora del Área Calidad de Vida.

Dirección de Control de Gestión Administrativa: Lic. Marvin Herrera Carro; Licda. Laura Odio, bajo la coordinación del MBA. Guillermo Bonilla Almanza, Director del Área de Control de Gestión Administrativa.

Dirección de Asuntos Económicos: Licda. Xinia Herrera Quirós; MSc. José Rodolfo Castillo; MSc. José Fulvio Sandoval; bajo la coordinación de la MSc. Ana Karina Zeledón Lépiz, Directora del Área de Asuntos Económicos.

Anexos

Cuadro 1
Listas de espera CCSS
Informes
Contraloría General de la República, Auditoría Interna de la CCSS e
Informe de la Comisión de Especialistas y Defensoría de los Habitantes

Contraloría Gral. de la República	Auditoría Interna de la CCSS	Informe de la Comisión de Especialistas
No. de informe	No. de informe	<i>R.21. Eliminar el tiempo extraordinario como forma permanente de pago de</i>
DFOE-SOC-IF-83-2009	ASS-050-R-2009	<i>jornada y convertir tiempo extraordinario en segundo y tercer turno de atención.</i>
<p>I-Los jefes de las especialidades y otros responsables deben involucrarse en identificar su demanda, los indicadores, las metas de producción adecuados, gestionar y evaluar continuamente las acciones necesarias para que se implementen mejoras sustantivas en cuanto a calidad y oportunidad en el servicio de consulta externa que les compete, en especial a realizar los análisis y gestiones necesarias para incrementar la producción con los recursos disponibles.</p> <p>II- Que se elimine la práctica de cerrar agendas y en especial se registren absolutamente todas las solicitudes de citas y se atiendan en el menor tiempo posible conforme a sanas prácticas.</p> <p>III- Que se formulen, implementen, comuniquen, divulguen y mantengan</p>	<p style="text-align: center;">Servicio de Urología en la Red</p> <p>-Se deberá, entre otros, cuantificar la cantidad y tiempo de espera en todos los centros de salud, que si ninguno de ellos cerrara la agenda a fin de año. Esta recomendación deberá cumplirse en diez meses.</p> <p>-Asimismo, los Directores Regionales de Servicios de Salud, deben involucrarse, direccionando e implementando el desarrollo de alternativas de solución para disminuir la lista de espera, en sus unidades adscritas, que dispongan de la especialidad de oftalmología, ejecutando planteamientos y estrategias en forma conjunta con los niveles locales, que aborden integralmente esta problemática en cada región o red. Dichos planteamientos deberán comunicarse a la Gerencia Médica y consignares en sus Planes Operativos Regionales.</p>	<p><i>Para reconvertir tiempo extraordinario en ordinario:</i></p> <p>i) se eliminará todo aquel que sea injustificado e ineficaz (por ejemplo, cuando se paga a especialistas que no pueden trabajar sin la presencia de personal de apoyo que carece de disponibilidad);</p> <p>ii) se revisarán y reasignarán las guardias contemplando el fortalecimiento de la atención de consulta externa; y</p> <p>iii) en el marco de las redes de servicios de salud se precisará la cantidad de servicios necesarios en los distintos niveles y se buscarán mecanismos para "la movilidad temporal" del tiempo extraordinario a lo interno de la red, principalmente para cumplir con metas específicas de reducción de listas de espera.</p> <p>El tercer turno se debería valora una vez estén funcionando adecuadamente el primer</p>

<p>actualizadas directrices coherentes con el ordenamiento jurídico y técnico para regular, gestionar y controlar las reprogramaciones de citas y se establezcan las responsabilidades a cada uno de los funcionarios que intervienen a fin de que cada cual tenga claras las implicaciones del incumplimiento, los Jefes de Especialidades y de Consulta Externa sean garantes y así conste en los expedientes respectivos de que las reprogramaciones de citas obedezcan a la definición conceptual de "caso fortuito y fuerza mayor", y ante la necesidad extrema de reprogramar citas, los pacientes cuenten con todo lo requerido a fin de recibir un servicio oportuno y de calidad en la atención (al día con sus exámenes, pruebas, etc.) y los sistemas de información se fortalezcan y utilicen para controlar y mejorar estos aspectos. Así como otras medidas necesarias para fortalecer la práctica de no reprogramar.</p> <p>IV- Que se de un efectivo aprovechamiento por parte de los usuarios del servicio respecto de la totalidad de las horas médicos contratadas y pagadas por la</p>	<p>-Solicitar a los Directores de Hospitales Nacionales, Especializados, periféricos y regionales y áreas de salud de segundo nivel, implementar planes de acción, que conlleven al establecimiento de estrategias concretas para mejorar la gestión de las listas de espera en los servicios de oftalmología, estas acciones deberán comunicarse a la Gerencia Médica y consignarse en los Planes Anuales Operativos de los centros de trabajo.</p>	<p>y segundo turnos.</p> <p>R.62. Renovar el quehacer de la Auditoría Interna.</p> <p>(La Auditoría debe hacer estudios sobre) ... el cumplimiento de horarios por parte del personal médico, el pago de tiempos extraordinarios, los biombos, las listas de espera, los retrasos en la entrega de resultados de diagnóstico, etc. En urgente que la auditoría se enfoque en esos temas y otros destacados en el capítulo anterior, y que rinda los informes necesarios en un plazo de tiempo muy corto.</p> <p>R.73. Transparentar las listas de espera en un plazo de seis meses</p> <p>a.- En un plazo máximo de 6 meses, debe estar en operación un sistema mediante el cual en todos los establecimiento de salud, se entregará a la persona asegurada un comprobante numerado del "lugar que le corresponde en la fila"</p> <p>b.- Se registrará el nombre e identificación del paciente, el tipo de cita, cirugía o prueba de diagnóstico para el que se le está dando el número, el número en la lista, y la estimación automática de la fecha probable de atención.</p> <p>c.- Es obligatorio alimentar el sistema con la información de cada paciente, y deben establecerse sanciones contra quienes</p>
--	--	---

<p>institución y se tomen las medidas que correspondan para que situaciones de desperdicio y falta de aprovechamiento de la jornada de los médicos no se repitan. Se regule lo pertinente y se instruya por escrito a cada médico asistente especialista para que cumpla a cabalidad con la debida supervisión de los médicos residentes a su cargo, con el propósito de que situaciones como las comentadas no se repitan y no se exponga la salud de los pacientes ni se comprometan los recursos de la institución.</p>		<p>incumplan esa disposición.</p> <p>d.- La información se consolidará a nivel central, y se evitarán duplicaciones, se actualizará por defunciones.</p> <p>e.-Línea telefónica gratuita, en la cual las personas podrán consultar por cual número de atención va la fila, así como cambios en su fecha probable de atención.</p> <p>f.- Se podría sumar a la Defensoría de los Habitantes como vigilante de los criterios de eficacia y equidad en el manejo de las listas de espera, en particular incorporando la participación de quienes se encuentran en dichas listas dando seguimiento a su resolución.</p> <p>g.- Posteriormente la información de este sistema deberá ser integrada al expediente único.</p>
<p>No. de informe</p>	<p>No. de informe</p>	
<p>No. de informe</p> <p>DFOC-SOC-31-2007</p> <p>A la Junta Directiva de la CCSS.</p> <p>a) Elaborar un informe que señale expresamente los elementos de la planificación táctica y estratégica institucional que realiza la CCSS, que en conjunto permitirán abordar integralmente la problemática de los tiempos y listas de espera. Al menos</p>	<p>ASS-051-2011</p> <p>Servicios Radiología e Imágenes médicas</p> <p>-Como acción inmediata, conjuntamente con los Directores de los hospitales donde se reportan listas de espera en condición crítica, elaborar un plan de acción y cronograma de actividades que permita reducir en forma significativa las listas de espera en cirugía y consulta ambulatoria. Debe analizarse el problema de</p>	

<p>debe hacer referencia a las acciones estratégicas, objetivos, metas, actividades, plazos y los responsables definidos en el plan estratégico institucional y en el Plan Operativo Anual 2008, debidamente aprobados por la Junta Directiva, referentes a los componentes de recurso humano, infraestructura, equipamiento y red de servicios de salud, siendo éstos los que principalmente inciden en el problema. Remitir a esta Contraloría General el informe debidamente aprobado por esa Junta Directiva, a más tardar el 15 de noviembre de 2007.</p> <p>e) Velar por el adecuado cumplimiento de las disposiciones giradas a la Gerencia División de Operaciones, Gerencia División Médica y a la Dirección Jurídica.</p> <p>c) Emitir a más tardar el 15 de junio de 2007, una instrucción a los directores de los centros médicos de la CCSS que no reportan con regularidad la información sobre los tiempos y listas de espera en cirugías, procedimientos diagnósticos y consulta externa especializada, para que remitan la información de conformidad con la normativa sobre</p>	<p>asignación de salas de cirugía, dónde se permite por lo general en todos los centros realizar dos operaciones diarias.</p> <p>-El plan que se ejecute, en lo que corresponda, debe estar debidamente coordinado con las Direcciones Regionales de Servicios Médicos y la Unidad Técnica de Listas de Espera adscrita a la Gerencia Médica e implementarse en un plazo no mayor a tres meses. Lo anterior con el propósito de satisfacer las necesidades de los usuarios y favorecer el acceso de servicios de salud.</p>	
---	---	--

<p>la materia. Ver punto 2.5., inciso a) del presente documento.</p> <p>d) Establecer mecanismos efectivos que permitan asegurar la confiabilidad, calidad, suficiencia, pertinencia y oportunidad de la información que genera la UTLE relativa a las listas de espera, y comunicar a la Contraloría General dichos mecanismos a más tardar al 15 de noviembre de 2007. Ver punto 2.5., incisos a) y b) de este informe.</p> <p>e) Valorar la factibilidad de extender la cobertura de operación del Sistema de Listas de Espera (SILES), y comunicar a esta Contraloría General a más tardar el 31 de agosto de 2007, las acciones que se tomarán sobre el particular. Ver punto 2.5., inciso b) del presente informe.</p> <p>f) Diseñar un informe periódico, adicional al Boletín Informativo sobre Listas de Espera, que presente un análisis del estado de las listas y tiempos de espera, con conclusiones y recomendaciones, y remitirlo a la Junta Directiva para su conocimiento y acuerdos pertinentes. Remitir a este órgano contralor el primero de estos informes a más tardar el 31 de agosto de 2007. Ver punto 2.5.,</p>		
---	--	--

<p>inciso c) de este documento.</p> <p>g) Revisar y actualizar el Reglamento sobre el funcionamiento de la Unidad Técnica de Listas de Espera, a fin de que la normativa relativa a objetivos, funciones y procedimientos resulte pertinente para la Unidad, así como que incluya la obligatoriedad para todos los centros médicos, de reportar oportunamente ante la UTLE la información sobre las listas de espera de los servicios especializados. El Reglamento ajustado deberá ser sometido a la aprobación de la Junta Directiva, y remitirlo a este órgano contralor a más tardar el 15 de noviembre de 2007.</p>		
<p>No. de informe</p>	<p>No. de informe</p>	

<p>No. de informe DFOE-SC-81-2009</p> <p>A la Dirección Médica del Hospital San Juan de Dios</p> <p>I- Los jefes de las especialidades y otros responsables deben involucrarse en identificar su demanda, los indicadores, las metas de producción adecuadas, gestionar y evaluar continuamente las acciones necesarias para que se implementen mejoras sustantivas en cuanto a calidad y oportunidad en el servicio de consulta externa que les compete.</p> <p>II- Se formulen, implementen, comuniquen, divulguen y mantengan actualizadas directrices para la asignación de citas que garanticen un uso eficiente de los recursos disponibles y la mejora en la atención a los pacientes y se establezcan las responsabilidades de cada uno de los funcionarios que intervienen a fin de que cada cual tenga claras las implicaciones del incumplimiento.</p> <p>III- Se establezcan mecanismos efectivos para que se asignen los cupos disponibles.</p> <p>IV- Se elimine la práctica de cerrar agendas y en especial se registren</p>	<p>ASS-383-2011</p> <p>Especialidad neurocirugía</p> <p>A la gerencia Médica:</p> <p>-Que la Dirección de los Hospitales, Calderón Guardia, México, HSJD, y aquellos centros médicos considerados críticos en cuanto a listas de espera, elaboren e implementen en coordinación con las jefaturas de los servicios de Urología, un Plan de Acción y cronograma de actividades que permitan en el corto plazo una reducción significativa de la Lista de Espera para cirugía urológica.</p> <p>-Implementar las acciones administrativas necesarias para promover con los Directores de los Hospitales Nacionales. El "Programa Médico Urólogo Itinerante" y el "Programa de Cirugía de baja complejidad"</p>	
--	---	--

<p>absolutamente todas las solicitudes de citas y se atiendan en el menor tiempo posible conforme a sanas prácticas. Asimismo, que los jefes de los servicios realicen un estudio integral de la programación de actividades de los médicos asistentes especialistas para que se determine la razonabilidad de las actividades programadas por esas Jefaturas y se establezcan las actividades de control pertinentes para verificar su cumplimiento, y se efectúe una eficiente administración y control de las horas contratadas a los médicos a su cargo con el fin de incrementar la producción y mejorar la oportunidad y la calidad del servicio a los pacientes.</p> <p>V- Se formulen, implementen, comuniquen, divulguen y mantengan actualizadas directrices coherentes con el ordenamiento jurídico y técnico para regular, gestionar y controlar las reprogramaciones de citas y se definan y delimiten las responsabilidades a cada uno de los funcionarios que intervienen a fin de que cada cual tenga claras las implicaciones del incumplimiento, y para que los Jefes de Especialidades y de Consulta Externa sean garantes</p>		
---	--	--

<p>y así se deje constancia expresa en los expedientes respectivos, que las reprogramaciones de citas obedecen a situaciones absolutamente imprevisibles o imprevistas de "caso fortuito y fuerza mayor", y ante la necesidad extrema de reprogramar citas, los pacientes cuenten con todo lo requerido a fin de recibir un servicio oportuno y de calidad en la atención (contar con sus exámenes, tomar en cuenta la gravedad de la patología, etc.) y los sistemas de información se fortalezcan y utilicen para controlar y mejorar estos aspectos.</p> <p>VI- Se analicen y utilicen las estadísticas referidas a programaciones de horas y ausentismo de manera que se de una apropiada asignación de los campos resultantes.</p> <p>VI- Las jefaturas gestionen adecuadamente los indicadores y datos estadísticos existentes respecto de la consulta externa con el objetivo de promover mejoras sustanciales sobre la oportunidad y la calidad en la atención de todos los pacientes demandantes de este servicio.</p>		
---	--	--

No. de informe	No. de informe	
<p>I- A los jefes de las especialidades y otros responsables deben involucrarse en identificar su demanda, los indicadores, las metas de producción adecuados, gestionar y evaluar continuamente las acciones necesarias para que se implementen mejoras sustantivas en cuanto a cantidad, calidad y oportunidad en el servicio de consulta externa que les compete.</p> <p>II- Determinar las causas e implementar las soluciones necesarias a fin de que se mejore la programación de horas médicas y se destine una adecuada cantidad de esas horas a la consulta externa procurando el máximo aprovechamiento de esas horas en beneficio de los pacientes a la espera de ser atendidos.</p> <p>III- Se elimine la práctica de cerrar agendas y en especial se registren absolutamente todas las solicitudes de citas y se atiendan en el menor tiempo posible conforme a sanas prácticas y se realice, entre otros, una apropiada programación de las</p>	<p>ASS-238-R-2010</p> <p>EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD TÉCNICA DE LISTAS DE ESPERA</p> <p>A la Junta Directiva :</p> <p>-Analizar si debe existir una unidad ejecutora como la UTLE dedicada exclusivamente al estudio, desarrollo e implementación de estrategias para atender la problemática nacional de lista de espera.</p> <p>-Definir las acciones a ejecutar en relación con el Reglamento de Funcionamiento de la UTLE, en virtud que la versión vigente fue aprobada en 2001 y se ha indicado desde 2007 que el mismo está desactualizado, por lo cual es necesario establecer si éste debe ser derogado en su totalidad o modificado, a partir de la estrategia que se considere adecuada.</p> <p>Establecimiento del nivel de responsabilidad de las autoridades de los centros de salud en cuanto a la gestión de la lista de espera y a la implementación de alternativas innovadoras para su disminución con los recursos asignados.</p> <p>-Involucrar en forma directa a los Directores Regionales de Servicios de</p>	

<p>horas disponibles a fin de que los problemas asociados al paciente por esa práctica no se repitan.</p> <p>IV- Se tomen las acciones necesarias para que la programación por hora que se realice a los médicos obedezca a los mejores parámetros de producción y a la efectividad en la atención de los usuarios. Por otra parte, se regule lo pertinente y se instruya por escrito a cada médico asistente especialistas para que cumpla.</p> <p>V-Se analicen y utilicen las estadísticas referidas a ausentismo con el propósito de determinar medidas a fin de que los campos resultantes sean aprovechados lo mejor posible, a con el objetivo de promover mejoras sustanciales sobre la oportunidad y la calidad en la atención de todos los pacientes demandantes de este servicio.</p>	<p>Salud, a efectos que en su función de Gerentes Regionales, emitan y ejecuten planteamientos y estrategias para que realicen acciones que aborden en forma integral por región o red la solución de los problemas de lista de espera.</p> <p>-Establecer lineamientos en gestión de lista de espera, dirigidos a ejecutar las acciones de los órganos inferiores a los superiores de la institución, estableciendo que previo a definirse una solución por parte del nivel gerencial, se deba garantizar lo siguiente:</p> <p>1) Que los Directores de los centros de salud hayan implementado por un tiempo razonable planes de acción, donde se demuestre que el nivel local ha gestionado estrategias concretas para disminuir los tiempos de espera en las especialidades médicas críticas. Estos planes deben consignarse por medio de indicadores en los Planes Anuales Operativos de los centros de trabajo.</p> <p>2) Que de no lograrse una solución a nivel local con los recursos existentes, los Directores de los Centros Médicos hayan participado en planes y acciones impulsadas por los Directores Regionales para la solución a los problemas de lista</p>	
--	--	--

	<p>de espera en forma integral por red o región. Estos planes deben consignarse por medio de indicadores en los Planes Operativos de las Direcciones Regionales.</p> <p>3) Los puntos e.1) y e.2), se constituirán en la condición necesaria para que el nivel gerencial, brinde con los recursos existentes y los programas establecidos, acciones temporales al problema de lista de espera de centros hospitalarios críticos si a nivel local no se ha resuelto.</p> <p>-Definir los requerimientos necesarios en coordinación con la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones, para que como parte del desarrollo del Proyecto Expediente Digital Único en Salud (E-DUS), se garantice la disposición de las salidas de información necesarias para administrar eficientemente la lista de espera de consulta externa especializada, procedimientos y cirugías electivas, para esto se deberá considerar la implementación de los controles y mecanismos suficientes en la optimización de los recursos y el uso de las agendas.</p> <p>-Establecimiento de estrategias y líneas de acción para conocer de manera integral las causas reales de la lista de espera en los centros médicos, y a partir de estas causas establecer las acciones a</p>	
--	---	--

	<p>desarrollar.</p> <p>-Establecer mecanismos de control que permitan asegurar una eficiente utilización de los recursos en la jornada ordinaria de trabajo, como condición necesaria para la asignación de recursos destinados a la atención temporal de la lista de espera durante la jornada extraordinaria.</p> <p>-Para el cumplimiento de esta recomendación deberá establecerse y remitir a esta Auditoría, en un plazo de dos meses a partir de la recepción del presente informe, el respectivo cronograma de implementación de los aspectos señalados, definiendo claramente las actividades y responsables de su ejecución, este Órgano de Fiscalización dará seguimiento al cumplimiento de dicho cronograma.</p> <p>A LA GERENCIA MÉDICA</p> <p>-Incorporar en todos los convenios suscritos con el propósito de atender pacientes que se encuentran en lista de espera en centros de salud de la Institución, a los cuales se asignan recursos financieros para laborar en jornada extraordinaria; una cláusula relacionada con la responsabilidad de las autoridades del centro participante en caso de que no se cumpla con lo</p>	
--	---	--

	<p>establecido en el mismo, a fin de efectuar la rendición de cuentas al incumplir los términos pactados, afectándose a los pacientes que se beneficiarían. En este sentido, deben definirse claramente los responsables de la ejecución de los convenios y los parámetros a partir de los cuales se evaluará el cumplimiento, a efecto de tener elementos que permitan establecer las responsabilidades correspondientes, en concordancia con los recursos Institucionales dispuestos en cada proyecto específico. Lo recomendado deberá aplicarse a partir del siguiente convenio que se suscriba de forma posterior a la recepción de este informe.</p> <p>-Ejecutar de inmediato las acciones que correspondan para garantizar que todas las plazas asignadas a la Unidad Técnica de Listas de Espera estén siendo utilizadas efectivamente en dicha unidad ejecutora (2911). En lo referente a la plaza 20200, cuya titular se encuentra laborando en el Hospital San Vicente de Paúl al momento de realizar este informe, de determinarse una necesidad en ese centro de salud, ejecutar de inmediato las acciones administrativas necesarias para formalizar el traslado. El plazo de cumplimiento de esta recomendación es de un mes a partir de la recepción del</p>	
--	---	--

	presente informe.	
--	-------------------	--

Cuadro resumen de los hallazgos de los Especialistas, las recomendaciones de la Contraloría General de la República y la Auditoría Interna y el nivel de cumplimiento de la CCSS

Hallazgos de los Especialistas	Recomendaciones de la Contraloría General	Estado de cumplimiento	Recomendaciones de Auditoría Interna	Estado de cumplimiento
1.- Los ingresos de la CCSS han sido afectados por la crisis económica del año 2009 y su lenta recuperación, el incumplimiento acumulado en los pagos del Estado y los problemas en la gestión de cobro.	No hay		- <i>"Girar instrucciones a la Dirección de Cobros y demás Unidades encargadas de administrar y ejercer la cobranza de las cuotas obrero patronales, en el sentido de investigar las causas que produjeron el aumento en el pendiente de pago por deudas a más de 120 días, el cual representa actualmente el 84.6% del monto total vencido."(2004)</i>	La auditoría no da un informe de cumplimiento sino de seguimiento donde indica que se han firmado diversos convenios con el Estado desde el año 2003, sin embargo, apenas ahora, la Auditoría se encuentra efectuando una revisión al cumplimiento de los acuerdos tomados en agosto de 2007. En otras palabras, la

			<p>- "Instruir a la Dirección de Cobros para que efectúe un estudio sobre las deudas por planillas del Estado que no están incluidas en los registros del Sistema Centralizado de Recaudación, con el objetivo de incorporar estos datos en dicho sistema o en su defecto, mantener un control que permita considerar estas cuentas por cobrar en los diferentes análisis y estudios sobre la morosidad patronal." (2004)</p>	<p>Auditoría tiene 4 años de retraso o rezago en la revisión de cumplimiento de los acuerdos con el Estado.</p>
<p>2.- Deficiencias y poca confiabilidad en el aseguramiento independiente, voluntario y por convenios especiales, así como en el registro de los asegurados por cuenta del</p>	<p>No hay</p>		<p>No hay</p>	

Estado				
3.- Se carece de una estrategia clara para la solución del problema de la morosidad y la evasión de pagos del sector privado y en lo que respecta a la limpieza de las cuentas morosas de patronos inactivos	No hay		No hay	
4.- El incremento en las remuneraciones se efectuó sin considerar la sostenibilidad financiera, siendo hoy uno de los factores más determinantes de la situación financiera actual de la Caja.	-Remitir a esta Contraloría General, las "Políticas Salariales y de Empleo de la CCSS para el año 2007" (recomendación del 2006) -Remitir a esta Contraloría General, las "Políticas Salariales y de Empleo de la CCSS para el año 2008" (recomendación del 2007) -Remitir a la	Pendiente La Contraloría no se refirió a este punto en su informe de cumplimiento de recomendaciones	No hay	

	<p>Contraloría General, las "Políticas Salariales y de Empleo de la CCSS para el año 2009" (recomendación del 2008)</p>			
<p>5.- Las compras de materiales y suministros no tienen la transparencia necesaria, lo que se puede prestar para actos de corrupción. La gerencia de Logística no cuenta con un programa maestro de administración de inventarios, no existe un sistema integrado y en tiempo real que consolide la demanda del sistema de salud en su conjunto permitiendo a los establecimientos realizar compras directas de</p>	<p>Desde el 14 de diciembre de 2005 indicó "No se cuenta con un Plan Estratégico en Tecnologías de Información".</p> <p>En el 2006 pidió a la CCSS elaborar un plan estratégico en tecnologías de información durante el año 2007.</p> <p>En diciembre 2007 nuevamente se pide el "Plan Estratégico en Tecnologías de Información".</p>	<p><i>La Contraloría indicó a la Defensoría que, considerando la información suministrada por la CCSS, sus recomendaciones se determinaron razonablemente e cumplidas, desde el año 2008 y que mediante oficio Nº 9180 (DFOE –SD-706-2009) del 2 de setiembre de 2009 se comunicó a la Administración la conclusión del proceso de seguimiento.</i></p> <p>Sin embargo, a la fecha el</p>	No hay	

<p>medicamentos de la Lista Oficial de Medicamentos y de la Lista Complementaria, así como compras de emergencia facturándose montos unitarios por medicamento sustancialmente mayores que las compras bajo economías de escala.</p>		<p>problema persiste.</p>		
<p>6.- La Caja carece un sistema de información de primer orden.</p>	<p>-Desde el año 2006 la CGR pidió a la CCSS elaborar un plan estratégico en tecnologías de información.</p>	<p>Se dio por cumplida la recomendación y se concluyó el proceso de seguimiento en setiembre de 2009, indicó la CGR.</p> <p>Sin embargo, se sabe que el problema no ha sido resuelto.</p>	<p>No hay</p>	
<p>7.- No se respeta la política institucional de contratación de servicios a terceros solo <u>por</u></p>	<p>No hay</p>		<p>No hay</p>	

<p>la vía de la <u>excepción</u> y como complemento a la oferta institucional, incrementándose sustancialmente estos gastos.</p>				
<p>8.- La situación de liquidez resulta ser el problema más crítico y urgente a resolver por la institución.</p> <p>El saldo primario en efectivo, Total Ingresos menos egresos, ha sido negativo durante todo el período, siendo particularmente alto los últimos tres años (2008 al 2010).</p>	<p>No hay</p>		<p>La Auditoría Interna planteó una serie de recomendaciones con el fin de que <i>"la Administración valore su contenido y adopte oportunamente las acciones correctivas como garantía razonable de la sostenibilidad financiera."</i> (2004)</p> <p>-El 5 de noviembre 2009, esa Auditoría remite al Presidente Ejecutivo CCSS, oficio de advertencia en relación con la liquidez del Seguro de Salud, en donde se previene y advierte sobre</p>	<p>Indica la Auditoría que las recomendaciones emitidas por ella generaron una serie de medidas y de acciones por parte de la Gerencia Financiera y la Dirección de Presupuesto con el fin de enderezar la situación. Sin embargo, no generaron el impacto esperado por la Auditoría, la cual indicó que:</p> <p>"No obstante, a pesar de las notas remitidas"</p>

			<p>diversos aspectos financiero-contables, con el fin de que se tomen las acciones procedentes en torno al desbalance entre ingresos y egresos del régimen de salud, procurando la generación de recursos que permitan alcanzar su equilibrio, y garantizar el fortalecimiento y sostenibilidad de dicho seguro.</p>	<p>(por las dependencias arriba indicadas), <i>las unidades</i> (ejecutoras) <i>no atendieron las advertencias y continuaron gastando sin tomar en cuenta las condiciones de la economía.</i> Además, el presupuesto asignado de la partida de tiempo extraordinario, en su gran mayoría fue ejecutado al mes de octubre de 2009, razón por la cual se tuvo que realizar un esfuerzo para financiar los pagos en noviembre y diciembre para evitar el paro de</p>
--	--	--	--	---

				servicios (...) ya que había amenazas de huelga en varios hospitales.
<p>9.- Las políticas de empleo y salariales de la CCSS han sido aplicadas con completa autonomía, fuera de proporción con el resto del sector público costarricense y mucho más allá de las posibilidades financieras y económicas de la institución, en detrimento de otros gastos e inversiones esenciales para el buen funcionamiento de la institución</p>	<p>- Establecer medidas de control acerca de la planificación, programación y ejecución de los gastos de las unidades desconcentradas, de forma que se prevengan sobregiros de subpartidas presupuestarias de esas unidades.</p> <p>-Que se implementen mecanismos y acciones necesarias para subsanar la debilidad en lo que se refiere al bajo nivel de cumplimiento que se presenta en la partida de Bienes Duraderos, con mayor énfasis en</p>	<p>La Contraloría indica que la problemática se detectó y expuso en el estudio "Presupuestos Públicos: Situación y Perspectivas" del año 2011, sin embargo, se limita a indicar que:(...) la CCSS debe realizar los esfuerzos necesarios para solventar esa situación lo cual constituye parte de las obligaciones que tiene para la atención de las recomendaciones emitidas, entre otras instancias, por la Comisión de Notables en el</p>	No hay	

	<p>los proyectos de infraestructura y equipamiento y que se debe instaurar un plan de acción para evitar los sobregiros en los gastos de las unidades desconcentradas.</p> <p>- Determinar las medidas que, a corto plazo, permitan <u>incrementar los porcentajes de ejecución del presupuesto de inversiones</u> durante el período 2008</p>	<p><i>mes de setiembre de 2011."</i></p> <p>Omite hacer referencia al cumplimiento de sus recomendaciones por parte de la CCSS.</p>		
<p>10.- <u>"Macrocefalia organizacional"</u> -</p> <p>Se ha producido un aumento rápido del número de gerencias así como de los puestos de dirección y jefaturas y a su vez, del número de personas que laboran bajo cada gerencia,</p>	<p>No hay</p>		<p>No hay</p>	

llevando a evidentes duplicaciones de funciones.				
11.- Muchos de quienes laboran en oficinas centrales son profesionales en ciencias médicas , lo cual aumenta costos y sustrae valioso personal al nivel operativo.	No hay		No hay	
12.- Existen serios problemas de articulación y delimitación entre las labores y responsabilidades de la gerencia médica y la administrativa , situación que se repite entre las otras gerencias.	No hay		No hay	
13.-El porcentaje de presupuesto que absorbe el nivel central y sus unidades de apoyo parece ser muy	No hay		No hay	

<p>alto, muy por encima del 8% que establece la ley constitutiva de la Institución en su artículo 34.</p>				
<p>14.- La institución <u>carece de un sistema de rendición de cuentas de las jefaturas</u></p>	<p>No hay</p>		<p>No hay</p>	
<p>15.- La Auditoría Interna no investiga aquellos asuntos donde parecen concentrarse los mayores problemas de la institución como por ejemplo: las compras a nivel central y desconcentradas, el cumplimiento de horarios por parte del personal médico, el pago por tiempos extraordinarios, los biombos, las listas de espera, los retrasos en la entrega de los diagnósticos, etc.</p>	<p>No hay</p>		<p>No hay</p>	
<p>16.- Quedan dudas acerca del seguimiento que la Auditoría</p>	<p>No hay</p>		<p>No hay</p>	

<p>Interna da a las recomendaciones que surgen de la gran cantidad de informes que produce, y parece también que de ellos no se extraen recomendaciones de carácter general que coadyuven a la definición de políticas o normas a nivel institucional.</p>				
<p>17.- La creación, mantenimiento e incorrecta interpretación de una política de desconcentración que lejos de mostrar beneficios ha llevado a pérdida de economías de escala y contribuido a la desarticulación en la toma de decisiones.</p>	<p>No hay</p>		<p>No hay</p>	
<p>18.- La asignación presupuestaria es inflexible, sustentada en el</p>	<p>No hay</p>		<p>No hay</p>	

<p>comportamiento histórico y no corresponde a la prestación esperada de los servicios de acuerdo a las necesidades de la población atendida.</p>				
<p><u>19.- Ausencia de una contabilidad de costos</u> que arroje una información real sobre los diversos servicios de salud que permitan reemplazar la formulación de un presupuesto en base histórica por uno con base a costos y resultados.</p>	<p>No se dio <u>de manera específica</u>, por parte de la Contraloría, una recomendación a la CCSS de implementar un sistema de contabilidad de costos.</p>		<p>No hay</p>	
<p>20.- El puesto de gerente de hospital en la mayoría de los casos, está en manos de médicos, siendo necesario para el mejor desempeño de esa posición que sea ocupada por profesionales con formación en</p>	<p>No hay</p>		<p>No hay</p>	

administración de empresas.				
21.- La CCSS carece de información precisa, confiable y oportuna, insumo indispensable para llevar a cabo procesos inteligentes de tomas de decisiones.	No hay		No hay	

TIPO DE RRHH	PRINCIPALES RECOMENDACIONES	SEGUIMIENTO Auditoría Interna de la CCSS Oficio 22849 de 7-5-2012
1.- Personal Médico y Técnico para la Atención del Cáncer en CCSS.	<p>A la Gerencia Médica:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Con el CENDEISSS y sobre la base de las actividades de cada nivel de atención y centros especializados establecer en forma concreta los requerimientos de profesionales médicos, personal técnico y otros, necesarios para garantizar la atención integral del cáncer. -Desarrollar un programa de capacitación continúa del personal médico y técnico, y otros, de manera que se traduzca en una mejora sustancial de los conocimientos, destrezas y aptitudes. 	<p>-Se han identificado los recursos requeridos en el modelo de atención del cáncer.</p> <p>-Del oficio se desprende que esta primera parte se dio por cumplida, cuyo producto fue el documento denominado: Identificación de necesidades de formación y capacitación para la atención integral del cáncer a ser financiado por la JPS en el periodo 2009-2012.</p>

<p>2.- Personal de Enfermería.</p>	<p>A la Gerencia Médica: -Con la participación de la Unidad Técnica de Enfermería, Dirección RRHH, la Dirección de Proyección de Servicios de Salud y el CENDEISSS, elaborar - un <i>estudio técnico para determinar la oferta básica de servicios de enfermería</i>, según nivel de atención y complejidad. -un plan de <i>dotación</i> del recurso humano en la ejecución de un plan de enfermería, de manera que se asigne y distribuya el personal en concordancia con requerimientos técnicos, que garanticen la prestación de servicios en el corto, mediano y largo plazo. - un plan de <i>formación</i> que asegure la dotación del recurso en la institución - un <i>programa de capacitación</i>, orientado a mejorar la fundamentación técnica de los procesos y actividades sustantivas de esta disciplina, a fin de fortalecer la capacidad resolutoria en los establecimientos de salud.</p>	<p>El Oficio indica que RECOMENDACIONES ALGUNAS SE ENCUESTRAN EN PROCESO Y OTRAS NO SE HAN CUMPLIDO</p> <p>-Estas dos primeras recomendaciones se consideran en PROCESO, dado que a pesar de que se elaboró un estudio de necesidades, no se evidenció la ejecución de un plan de dotación del recurso humano, fundamentado en dicho estudio.</p> <p>-INCUMPLIDA, dado que la Gerencia Médica no conformó el grupo de trabajo para tales fines. -INCUMPLIDA, no hubo documentación que evidenciara cumplimiento.</p>
---	---	--

<p>3.- Servicio de Urología en la Red de Servicios de Salud.</p>	<p>a) Fortalecer los servicios con médicos especialistas en urología como técnicos a partir del informe "Necesidades de Especialistas Médicos para la CCSS, Proyección 2006-2017". Mediante elaboración, autorización, e implementación, de un plan en un plazo de 6 meses, que permita desarrollar acciones para tal fin.</p> <p>b) establecer mecanismo de control CENDEISS para verificar monitorear e informar sobre las acciones orientadas a cumplir con las actividades de formación que permitan garantizar la disposición de recurso humano según el Informe de Necesidades de Especialistas Médicos para la CCSS Proyección 2006-2017.</p>	<p>a) INCUMPLIDA, dado que dicha recomendación será retomada hasta que finalice el "estudio de complejidad de Hospitales".</p> <p>b) EN PROCESO</p>
---	--	---

<p>4.- Servicios de Cardiología en la Red de Servicios de Salud</p>	<p>A la Gerencia Médica:</p> <p>a.- Junto c/ Proyección de Serv. de Salud y Comisión de médicos de la especialidad de la Red, elaborar políticas y estrategias para la org., funcionamiento y articulación de los servicios médicos en Cardiología, según niveles de atención y complejidad.</p> <p>b.- Definida la oferta básica y con la participación de la Dir. de Administración y Gestión de Personal y el CENDEISS, definan para todos los centros asistenciales, las necesidades de recursos humanos (<i>médicos especialistas en Cardiología, enfermeras y personal técnico</i>), para fortalecer la especialidad teniendo como referencia el documento denominado "Necesidades de <i>Especialistas Médicos para la Caja Costarricense de Seguro Social, Proyección 2006-2017</i>", donde se determinó un faltante de 11 especialistas en Cardiología para el 2009. En este análisis recomiendan valorar la conveniencia de asignar en los Hospitales Regionales y Periféricos (Segundo Nivel de Atención), dos Médicos Especialistas en Cardiología.</p>	<p>-NO HA SIDO CUMPLIDA: la comisión nunca se conformó</p> <p>b) EN PROCESO: dado que el estudio de complejidad de hospitales no se ha concluido.</p>
--	--	---

<p>5.- RRHH especialista en Anestesia y Recuperación</p>	<p>-a la Gerencia Médica_ C/ Dirección Proyección de Servicios, de Redes y CENDEISSS, garantizar que la asignación y distribución del rrhh en Anestesiología se efectúe de conformidad con lo establecido en el documento: " <i>Necesidades de Especialistas Médicos para la Caja Costarricense de Seguro Social Proyección 2006-2017</i>", y el Contrato de Aprendizaje con los residentes.</p> <p>-Solicitar a la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, CENDEISSS y Recursos Humanos, elaborar e implementar un estudio técnico que valore el incremento de códigos para Médico Especialista.</p> <p>-Con la asesoría legal valorar la conveniencia de regular el desplazamiento de Médicos Especialistas entre Centros de Salud.</p> <p>-Junto con la Dirección Actuarial y CENDEISSS, al análisis del monto del Contrato de Aprendizaje para Médicos Especialistas (que corresponde a \$ 8.944 por año por carrera especializada), para considerar aumento que contribuya a garantizar la permanencia de estos profesionales y fortalecer compromiso con la institución.</p>	<p>EN PROCESO: ya que la asignación de dichos especialista no corresponde lo establecido en el doc de necesidades de especialistas 2006-2017.</p> <p>-No se reporta seguimiento.</p> <p>-PROCESO: ya que se dio intercambio de documentación con aspectos legales entre Gerencia Médica y Jurídicos.</p> <p>-PROCESO: ya que se pretende eliminar dicho contrato por el Fondo de Retribución Social, pero hasta la fecha se firma contrato</p>
---	---	--

Teléfono gratuito:
800-2258-7474
Correo electrónico:
defensoria@dhr.go.cr
Internet: www.dhr.go.cr

Central telefónica:
(506) 2258-8585
Apartado: 686-1005
Fax: (506) 2248-2371

Oficinas Regionales
Limón: (506) 2758-0789
San Carlos: (506) 2460-9313
Liberia: (506) 2666-3837
Pérez Zeledón: (506) 2770-6454
Puntarenas: (506) 2661-6107
Ciudad Neily: (506) 2783-2640



Dirección: Bo. México, de la
Farmacia Calzada, 200 mts sur,
100 mts oeste