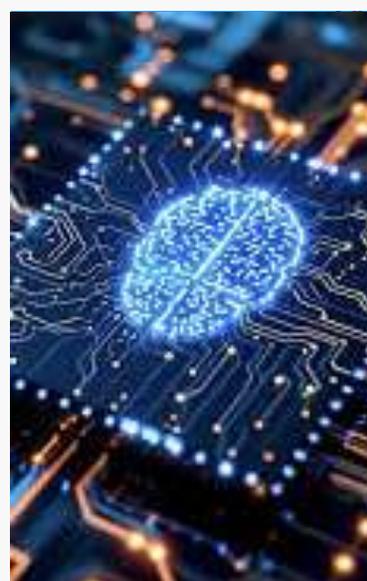
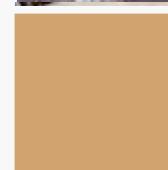


# NUEVOS HORIZONTES

## EDICIÓN 87



Marzo - Abril 2025

**AUDITORIA INTERNA**





# TABLA DE CONTENIDO

<hr/> PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN INTERINSTITUCIONAL A VÍCTIMAS DE VIOLACIÓN SEXUAL	04	<hr/> DERECHOS HUMANOS Y EL DERECHO A LA SALUD	06
<hr/> HACIA UN TRATO HUMANIZADO	10	<hr/> ATENCIÓN DE LA DIVERSIDAD DE LA POBLACIÓN	14
<hr/> ABORDAJE INTEGRAL DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE	16	<hr/> INNOVACIÓN Y EFICIENCIA	21
<hr/> RETOS Y OPORTUNIDADES DEL SEGURO DE SALUD		23	

## INTRODUCCIÓN

La Auditoría Interna de la Caja Costarricense de Seguro Social tiene el agrado de presentar la edición número 87 del boletín Nuevos Horizontes, correspondiente al período marzo–abril de 2025. Esta publicación se enmarca dentro del compromiso institucional por promover espacios de análisis técnico, divulgación de buenas prácticas, reflexión crítica y generación de conocimiento orientado a la mejora continua del quehacer institucional y al fortalecimiento del modelo solidario de la seguridad social costarricense.

La presente edición aborda temáticas de gran relevancia para el sistema de salud, especialmente aquellas relacionadas con la garantía del derecho a la salud desde una perspectiva integral, inclusiva y humanizada. En particular, se destacan esfuerzos interinstitucionales y sectoriales enfocados en atender con mayor sensibilidad y eficacia a poblaciones en situación de vulnerabilidad, tales como víctimas de violación sexual, personas en situación de calle, personas con discapacidad y otros grupos históricamente excluidos del acceso pleno a servicios de salud.

Asimismo, se incluyen análisis técnicos sobre la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud, los desafíos logísticos para el aseguramiento de medicamentos e insumos estratégicos, y el rol de la innovación en la mejora de la eficiencia operativa. Estas reflexiones contribuyen a dimensionar la salud como un derecho humano interdependiente de múltiples factores sociales, culturales, económicos y estructurales.

Desde la Auditoría Interna, reconocemos que garantizar una atención en salud oportuna, equitativa y con sentido humano no solo es un imperativo ético, sino también una responsabilidad institucional que requiere del trabajo articulado entre niveles estratégicos, operativos y comunitarios. Por ello, esta edición también refleja el valor de las alianzas interinstitucionales, la capacitación continua del personal, y el fortalecimiento de mecanismos de control que permitan vigilar, acompañar y mejorar los procesos públicos en favor de la población usuaria.

Confiamos en que los contenidos aquí presentados sirvan de insumo para la toma de decisiones fundamentadas, orienten procesos de mejora y fomenten la construcción de una cultura organizacional más sensible, eficiente y comprometida con los principios que rigen la seguridad social costarricense.

M. Sc. Olger Sánchez Carrillo  
**Auditor Interno**



**¡Nuevo formato disponible!**

Ahora puede **escuchar un resumen estratégico** de este boletín.

Haga clic en el ícono para acceder al contenido



**Boletín Audible:  
Edición 87.nov**

## **“PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN INTERINSTITUCIONAL A VÍCTIMAS DE VIOLACIÓN SEXUAL EN LAS PRIMERAS 72 HORAS DE OCURRIDO EL EVENTO.”**

El Protocolo para la atención interinstitucional para la atención a víctimas de violación sexual en las primeras 72 horas o menos después de ocurrido el evento, tiene un enfoque víctima – centrada con el fin de atender a las personas víctimas de violación sexual en las primeras horas luego de ocurrir el delito, con la menor revictimización posible.

Consiste en un abordaje coordinado por parte de las dos instancias más urgentes para la atención en ese lamentable momento, como lo son el Poder Judicial (con la toma de denuncia y trámites judiciales para la persecución del delito) y el Sistema de Salud, con los servicios integrales de la Caja Costarricense de Seguro Social, en cuanto al abordaje clínico, administración de fármacos (con los antirretrovirales y la anticoncepción de emergencia principalmente), el abordaje y seguimiento psicosocial, exámenes de laboratorio que puedan utilizarse tanto para el seguimiento como de prueba judicial posteriormente.

Al inicio, en el 2011, cuando se empieza a revisar lo que estaba ocurriendo a nivel nacional con el abordaje de ambas Instituciones para víctimas de violación sexual, encontramos un escenario en el que estas personas que requerían ser abordadas, se encontraban bajo un proceso de revictimización, con múltiples entrevistas y diversas consultas de manera reiterada por parte de los diferentes profesionales que intervenían en el proceso de atención. Respecto a la administración de tratamiento antirretroviral, solamente se encontraban disponibles para su administración en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia para personas adultas y en el Hospital Nacional de Niños para personas menores de edad. Lo que significaba, el traslado de la persona víctima de un evento de violación sexual, de cualquier parte del país hasta Medicina Forense en San Joaquín de Flores para la toma de muestras para el seguimiento y la denuncia penal, y posteriormente que la persona se trasladara, posiblemente por sus propios medios, por la atención en salud y administración de fármacos.

Estas situaciones tenían como consecuencias que las personas víctimas decidieran no seguir adelante con procesos judiciales, desestimaciones frecuentes, y poca o nula adherencia en intervenciones clínicas y de salud integral, con los correspondientes riesgos que esto significa.

Actualmente con la implementación de Protocolo 72h, se cuenta con un flujo de atención más ordenado con el que se evita la revictimización, realizando una sola entrevista a la persona víctima por parte de Fiscalía, en donde se obtienen los detalles posibles de lo sucedido, disminuyendo tiempos de traslado, debido a que ya no se tienen que trasladar a las instalaciones de Medicina Forense sino que son valorados en su localidad, por parte del Equipo de Respuesta Rápida para víctimas de violación (ERRVV) lo más cercanos a donde sucedió el evento o donde se encuentra la persona víctima.

Contamos con 18 ERRVV en 23 Unidades de Salud distribuidas a nivel nacional.

Es importante sensibilizar, instar y mantener de manera constante los procesos de capacitación al personal (principalmente al de nuevo ingreso) de todas las Instituciones involucradas en el abordaje de una víctima de violación sexual.



**Dra. Karen Bonilla Salas**  
Encargada de Programa  
de Atención y Normalización de Violencia

## **“DERECHOS HUMANOS Y EL DERECHO A LA SALUD: APROXIMACIONES A UN MÓDULO DE CAPACITACIÓN PARA PERSONAL DEL HOSPITAL MONSEÑOR SANABRIA.”**

En nuestra cotidianidad es común escuchar la frase “derecho a la salud”, sin embargo, en ocasiones este término se suele relacionar exclusivamente con la atención médica en los servicios de salud, sin embargo, esto tan solo corresponde a uno de los aspectos que forma parte de este derecho.

Según la Organización Mundial de la Salud, “el derecho a la salud es parte fundamental de los derechos humanos y de lo que entendemos por una vida digna. El derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental” (Organización Mundial de la Salud, 2008), por lo tanto, este derecho tiene relación con múltiples factores que inciden en la vida humana, donde los contextos sociales, económicos, culturales, demográficos y políticos, influyen directamente en el nivel de disfrute y garantía de este derecho.

Elementos como un ambiente sano, acceso a agua potable, acceso a la educación, disfrute de actividades culturales, acceso a la vivienda digna y a condiciones laborales estables y seguras, así como a la seguridad social, son tan solo algunos aspectos que tienen una estrecha vinculación con el derecho a la salud, los cuales, a su vez, corresponden a derechos humanos, inherentes a nuestra condición de personas.

El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos, que se enuncian en la Carta Internacional de Derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud. (Organización de las Naciones Unidas, 2000).

Debemos recordar que los Derechos Humanos, no deben ser analizados desde una perspectiva individualizada y ajena entre ellos, sino que la vulneración de un derecho implica a su vez, que otros derechos se vean afectados en su disfrute, por ejemplo, si una persona labora bajo condiciones de inseguridad en su entorno laboral (dígase en medidas de seguridad o incluso a nivel de sus garantías sociales y laborales), donde está expuesta contantemente a situaciones de riesgo, estrés y peligro, no solamente su derecho a un trabajo digno es el que se ve vulnerado, sino que su salud mental y física puede acarrear consecuencias que eventualmente vulneran su derecho a la salud.

Los derechos humanos son interdependientes e indivisibles y están relacionados entre sí, lo cual significa que el no reconocimiento del derecho a la salud a menudo puede obstaculizar el ejercicio de otros derechos humanos, por ejemplo, el derecho a la educación o al trabajo, y viceversa. La importancia que se concede a los "factores determinantes básicos de la salud", es decir, los factores y condiciones que contribuyen a la protección y promoción del derecho a la salud, aparte de los servicios, los bienes y los establecimientos de salud, demuestra que este derecho depende del ejercicio de muchos otros derechos humanos y contribuye a ello. Cabe mencionar al respecto el derecho a los alimentos, al agua, a un nivel de vida adecuado, a una vivienda adecuada, a no ser objeto de discriminación, a la intimidad, de acceso a la información, a la participación y a beneficiarse de los avances científicos y sus aplicaciones. (Organización de las Naciones Unidas, 2008).

Es por esta razón, que es de suma importancia, que en los establecimientos o centros de atención en salud (hospitales, clínicas, áreas de salud, EBAIS), se realicen procesos de actualización profesional y capacitación que incluya la educación en derechos humanos, para que el personal este sensibilizado y comprenda el rol que cumple en la garantía de los derechos de las personas que asisten a los centros de salud, donde se logre visualizar que la atención que se da, no solo debe contemplar un diagnóstico médico o entrega de medicamentos, sino que conlleva otros aspectos fundamentales como lo es valoración de factores de riesgo sociales, acceso a la información, participación y consentimiento informado, entre otros .

Tomando en cuenta lo anterior, es que desde la Defensoría de los Habitantes (DHR), específicamente la Oficina Regional Pacífico Central (ORPC), decide sumarse al esfuerzo interinstitucional junto con instituciones como Consejo Nacional de Personas con Discapacidad, Instituto Mixto de Ayuda Social, Patronato Nacional de la Infancia, Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia y Departamento de Recursos Humanos y Capacitación del Hospital Monseñor Sanabria, para crear un módulo de capacitación para el personal en salud de este centro médico.

Es necesario indicar que a nivel de la casuística regional de atención de la ORPC relacionado a los casos del Hospital Monseñor Sanabria, se han identificado debilidades en torno a la atención brindada a la población que recibe los servicios en dicho centro médico, específicamente relacionado a temas del trato dado por parte de las personas funcionarias del centro hospitalario, que no corresponde a un trato humanizado y digno hacia las personas, además una vulneración de su derecho de acceso a la información, específicamente en relación a aspectos de procedimientos médicos o estado de su salud, la cual no se proporciona de forma accesible para las personas según sus condiciones o características particulares; sumado a, las listas de espera para citas o procedimientos médicos dados a un largo plazo, que vulnera el derecho a la salud de las personas.

Por ello, es que se ha considerado necesario retomar diversos elementos que caracterizan al derecho a la salud, para brindar un espacio de autoanálisis, de construcción de formas de atención que garanticen un trato humanizado y donde las personas usuarias sean vistas como sujetos de derechos y que, por ende, desde el centro médico se debe garantizar el cumplimiento de los mismos.

Específicamente, la malla curricular que se propone desde la ORPC-DHR, corresponde a un acercamiento a las funciones y origen de la Defensoría de los Habitantes, como institución nacional en Derechos Humanos (DDHH); seguidamente analizar el rol que cumplen los DDHH en la sociedad y la relación de estos con el Derecho Internacional y el marco legal que los sustenta; además, se retoman los conceptos de discriminación y principio de igualdad donde la población pueda identificar el concepto de forma práctica y pueda visualizarlo en ejemplos de la cotidianeidad en el ejercicio profesional; finalmente, se tiene el tema del acceso a la salud como un Derecho Humano, donde las personas participante logren comprender su rol clave en la garantía de este derecho.

El proyecto, trae consigo una serie de retos que van desde aspectos administrativos (tiempos para la ejecución, aprobación del proyecto, poco personal de las instituciones para la realización del proceso, rotación de personal, entre otros), así como el reto actitudinal que presenta el público meta al que está dirigido el proyecto, así como la sostenibilidad del mismo a un mediano o largo plazo; no obstante, la disposición a nivel de la Dirección Médica del Hospital Monseñor Sanabria, ha sido de suma importancia, demostrándose el interés de fortalecer las habilidades y generar cambios en el personal, que garanticen y contemplen la cuota de responsabilidad en el cumplimiento del derecho a la salud para la población a nivel regional que requiere de los servicios del hospital, y que a su vez, permitirá cerrar barreras existentes que aún vulneran los derechos humanos de la población.

A modo de reflexión, y si consideramos las características socioeconómicas y demográficas de la región Pacífico Central, donde existe una incidencia importante de situaciones económicas adversas para la población que les dificulta la satisfacción de sus necesidades humanas, se hace necesario retomar lo indicado por la Organización de Naciones Unidas (2008), donde nos recuerda:

“La interdependencia de los derechos en el contexto de la pobreza. La salud puede ser para las personas que viven en condiciones de pobreza el único activo del que disponen para ejercer otros derechos económicos y sociales, como el derecho al trabajo o el derecho a la educación.”

En conclusión, cuando vemos nuestra salud vulnerada y en riesgo, nuestra actitud y capacidad para poder ejercer otros de nuestros derechos se ve disminuida, siendo por ello tan importante, que se comprendan los múltiples factores que inciden en la misma, y se pueda hacer conciencia de que con acciones específicas que realicemos podemos garantizar derechos y disminuir o al menos ser un bálsamo ante esas situaciones difíciles o de incertidumbre que viven las personas cuando se enfrentan a circunstancias que inciden en el disfrute del nivel más alto posible de salud física y mental, que corresponde al derecho a la salud.



Licda. Ana Alfaro Cruz  
**Defensoría de los Habitantes**

## **"HACIA UN TRATO HUMANIZADO, ACCESIBLE Y CONSCIENTE EN LOS SERVICIOS DE SALUD PARA GARANTIZAR EL DERECHO DE TODAS LAS PERSONAS"**

A lo largo de la historia de la humanidad, el reconocimiento del otro en su diferencia ha sido visto como una amenaza por ello se ha eliminado, invisibilizado, ignorado y excluido por parte de la sociedad.

Las personas en situación de discapacidad fueron marginadas, y vistas a través de distintos paradigmas que las excluían y deshumanizaban. En muchas culturas antiguas, se les consideró un castigo divino y un mal augurio. Durante la Edad Media, por ejemplo, se les encerró o se les relegó a la mendicidad. Con el tiempo, en la Revolución Industrial, se les empezó a ver más desde una perspectiva médica, pero esto también llevó a que fueran tratados como "enfermos" que necesitaban ser corregidos o institucionalizados. Fueron vistos como anormales, incluso no se les consideraba persona.

Afortunadamente, con la evolución de los derechos humanos y el cambio de paradigma hacia un modelo social de la discapacidad, hoy sabemos que el problema no es la persona, sino las barreras que la sociedad impone. En lugar de exigir que las personas con discapacidad se adapten a un mundo diseñado sin ellos en mente, ahora se promueve la inclusión, la accesibilidad y la equidad para garantizar que todas las personas puedan participar plenamente en la sociedad.

La discapacidad la podemos entender entonces como un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción de las personas que experimentan alguna deficiencia o grado de limitación funcional y las barreras debidas a la actitud y el entorno, que restringen su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que el resto de la población. Ley 8661. (Convención Internacional por los derechos de las personas con discapacidad 2008).

A pesar de los avances en legislación y derechos humanos, la inclusión real sigue siendo un desafío enorme, y la mayor barrera no es la falta de leyes, sino la actitud de las personas. Muchos siguen sin comprender la importancia de la accesibilidad y la diversidad, lo que se traduce en la creación de infraestructuras, tecnologías y servicios pensados para un modelo de persona que no representa la realidad de la población.

En Costa Rica, por ejemplo, existen aproximadamente 670.640 personas mayores de 18 años en situación de discapacidad (18.2% de la población nacional). Un 60.9% son mujeres y un 39.1% son hombres. El 14.4% tiene una situación de discapacidad severa, que requiere de apoyos extensos

para poder atender su vida diaria. El 24,0% de esa población se encuentra en el Pacífico de nuestro país. Esto fue señalado en la Encuesta Nacional de Discapacidad (ENADIS) que se aplicó en el año 2018.

Actualmente, siete años después de la ENADIS, las principales causas de la discapacidad adquirida, como los accidentes de tránsito, la violencia doméstica y la delincuencia continúan en aumento, generando graves consecuencias socio económicas en la familia costarricense.

A esto se suman los cambios demográficos, ya que Costa Rica atraviesa un proceso de envejecimiento poblacional. Se estima que la población adulta mayor pasará del 9% en 2020 al 20% en 2050, según el Índice de Envejecimiento Cantonal (IEC 2015, 2020, 2025). Así como aquellas poblaciones que están catalogadas como pacientes de enfermedades crónicas, personas sobrevivientes de cáncer que sufrieron afectación en su movilidad, la situación de salud mental tan agravada en que se encuentran hoy niños, niñas, jóvenes y adolescentes producto de la violencia y el consumo de sustancias psicoactivas. Agudizado por otros factores como la pobreza y la pobreza extrema. En este panorama cualquiera de nosotros estamos a segundos de poder adquirir deficiencias que en entornos excluyentes adquiriríamos una situación de discapacidad.

Definitivamente, Costa Rica, lejos de tener un perfil único y homogéneo de habitantes, es un país con una población diversa, caracterizada por la multiculturalidad. Además, que enfrenta un proceso de envejecimiento progresivo, lo que conlleva el deterioro natural del funcionamiento humano y un aumento en la prevalencia de la discapacidad.

Hoy nos convoca el cumplimiento del derecho a la salud y la necesidad de que este sea garantizado y facilitado para la diversidad de poblaciones que conforman nuestra sociedad. El ejercicio del derecho a la salud debe verse transversalizado por una atención humanizada.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la atención humanizada tiene su esencia en el verdadero reconocimiento de la individualidad y del ser persona. Este enfoque pone en el centro al ser humano, reconociendo su dignidad, necesidades y emociones, asegurando que se sientan escuchados, comprendidos y tratados con calidez.

Cruz Rovieros (“2019”), reflexiona sobre la humanidad y plantea lo siguiente “ser rico en humanidad, consiste en restituir la plena dignidad y la igualdad de derechos a cualquier persona que se vea en dificultades y no pueda participar plenamente en la vida social, política y cultural”. Ser rico en humanidad significaría reconocer que todas las personas merecen respeto, dignidad y un trato justo, especialmente en el ámbito de los servicios de salud. Como funcionarios públicos, profesionales o cualquier persona que forme parte del sistema debemos restituir, devolver a la persona usuaria esa tranquilidad y seguridad, que merece sentir en un momento de enfermedad, de necesidad, de

angustia, de crisis donde se presenta para ser apoyado. Y es fundamental comprender que el acceso a la salud no es un favor, sino un derecho esencial de la diversidad de los habitantes.

La reflexión de Cruz es clave para entender que la atención en salud no puede ser simplemente un proceso técnico y administrativo, sino que debe estar basada en un interés mayor por comprender la particularidad del ser humano que se tiene en frente, reconociéndole como un ser integral. Cuando la relación entre el profesional de la salud y el “paciente” es vertical, es decir, basada en una jerarquía en la que el usuario solo recibe órdenes o indicaciones sin ser escuchado ni tomado en cuenta, se pierde la esencia de una atención realmente humanizada. La información, la comunicación y la concientización de que se está abordando un sujeto de derechos y deberes, así como el enfoque holístico del mismo, son pilares para procesos de abordaje con rostro humano.

Desde la Dirección Médica del Hospital Monseñor Sanabria de Puntarenas en articulación con la institucionalidad pública del Pacífico como el Concejo Nacional de personas con discapacidad (CONAPDIS Región Pacífico Central), la Defensoría de los Habitantes, el Patronato Nacional de la Infancia (PANI), el Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU) y el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) que atiende población que históricamente ha sido discriminada en el acceso a servicios de salud. Como lo son los niños, las niñas, las personas adolescentes, las mujeres, las personas adultas mayores, las personas en situación de discapacidad, en condición de calle y personas en consumo de sustancias psicoactivas. Se planteó un proyecto de capacitación dirigido al personal de esta nueva casa de la salud, para fortalecer la calidad de atención. Este proyecto se enfocará en proporcionar a sus colaboradores herramientas para la información y formación actualizada en materia de los derechos humanos, la atención humanizada y accesible.

El tema medular es que el entorno intangible de los servicios hospitalarios priorice las relaciones humanas, las actitudes, los valores y la comunicación asertiva entre las personas funcionarias y el. Es imprescindible que ambos entornos, el tangible o físico y el intangible, se articulen de manera armoniosa para responder a la diversidad de la población, de la cual todos somos parte. Esto implica no solo garantizar la accesibilidad en la infraestructura, sino también fortalecer una cultura de inclusión y respeto, donde cada individuo pueda desarrollarse plenamente en igualdad de oportunidades.

En conclusión, para brindar una atención en salud verdaderamente humanizada implica enfrentar múltiples desafíos a lo largo del tiempo. Entre ellos, destacan la insuficiencia de personal para atender la creciente demanda, la necesidad de una capacitación continua y el impacto del estrés laboral. A pesar de estas dificultades, cada persona dentro del sistema de salud tiene la oportunidad de marcar la diferencia desde su espacio de trabajo.

Es fundamental reconocer que cada usuario es un ser humano con una historia de vida única, con posibles dolencias físicas o emocionales, una identidad diversa y necesidades particulares. La clave para una atención más empática y accesible radica en tratar a cada persona con el respeto, la calidez y la dignidad que nos gustaría recibir.

Construir un sistema de salud más inclusivo y humanizado no es solo una aspiración, sino una responsabilidad compartida. Es momento de fortalecer la sensibilidad y el compromiso de quienes forman parte del sistema de salud para garantizar un acceso equitativo y un trato digno para todas las personas, sin excepción.



Licda. Francella Castro Alvarado  
**Representante de Consejo Nacional de Personas  
con Discapacidad (CONAPDIS).**

## **“TRATO HUMANIZADO, ACCESIBLE Y CONCIENTIZADO, PARA LA ATENCIÓN DE LA DIVERSIDAD DE LA POBLACIÓN DE LA REGIÓN PACÍFICO CENTRAL”.**

Para hablar de un tema esencial, en un mundo cada vez más diverso, y no es que no haya existido, sino que la tecnología, mayor madurez en los derechos humanos, cambios de paradigmas en las sociedades, entre otras cosas, han ido visualizando estas diversidades.

Debemos comprender que la atención a las personas no es solo un deber Institucional, profesional o social, sino una oportunidad para construir una sociedad más empática, inclusiva y justa.

### **1. La Diversidad como Realidad y Riqueza:**

Esto no es solo un concepto abstracto, se manifiesta en múltiples dimensiones (culturales, socioeconómicas, de género, discapacidad, orientación sexual, políticas, religiosas, y edades, entre muchas otras), cada persona tiene un contexto único que merece ser entendido, respetado y valorado, El no reconocer esta riqueza, puede dar lugar a desigualdades en la atención y perpetuar barreras que impiden el acceso pleno a derechos y servicios.

### **2. Trato humanizado: una necesidad universal.**

Esto implica reconocer la dignidad inherente de cada ser humano, escuchar, validar emociones y brinda empatía, son prácticas básicas que generan confianza y mejora la experiencia de quienes acceden a cualquier tipo de servicio. Está ampliamente demostrado que un trato humanizado mejora los resultados en salud, educación y servicios sociales, esto nos es solo un buena práctica, sino una responsabilidad moral y ética.

### **3. Accesibilidad como puente a la equidad:**

La accesibilidad no se limita solo a la infraestructura, también conlleva, la creación de entornos comprensibles, inclusivos y libres de barreras sociales y culturales, ejemplo de esto es proporcionar lenguaje sencillo al usuario, formatos para discapacidad visual o auditiva, adaptar servicios para que sean culturalmente sensibles y adecuados a las diferentes necesidades.

Conciencia y sensibilización: La clave del cambio

La concientización es el punto de partida para la transformación social, aquí se requiere cuestionar prejuicios, estereotipos, actitudes excluyentes, y romper paradigmas, esto solo se logra a través de la educación continua y la formación en empatía y competencias culturales, debemos fomentar espacios de reflexión para aprender a eliminar prácticas que perpetúen desigualdades y adoptar nuevos enfoques basados en el respeto y la inclusión.

El valor agregado del trato humanizado, accesible y concienciado no solo mejora la atención, sino que transforma vidas, nos permite construir puentes en lugar muros, abrazar la diversidad, en lugar de temerle, y garantizar unos servicios de salud más equitativos para todos.

Para ir finalizando, quiero invitarles a reflexionar sobre la siguiente pregunta:

**¿QUÉ ACCIONES CONCRETAS PODEMOS IMPLEMENTAR, DESDE NUESTROS ESPACIOS, PARA GARANTIZAR UNA ATENCIÓN VERDADERAMENTE INCLUSIVA Y TRANSFORMADORA?**

La respuesta a esta pregunta será el motor de un cambio real.



**Dr. Roberth Vega Solís,  
Director médico  
Hospital Max Terán Valls**

## **“ABORDAJE INTEGRAL DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE DE PUNTARENAS CANTÓN CENTRAL: ALCANCES Y DESAFÍOS”**

En Costa Rica se cuenta con una política nacional vigente de Atención Integral para Personas en Situación de Abandono y en Situación de Calle 2016-2026. La cual proporciona el concepto oficial de persona en situación de calle para su abordaje e identificación, donde se refiere a personas o grupos familiares, sin distingo alguno, con ausencia de un hogar o residencia habitual, que además se encuentran en situación de dependencia total o parcial, que se movilizan y deambulan de territorio en territorio según las posibilidades de subsistencia que le genere el medio. Comúnmente estas personas viven, sobreviven y pernoctan en las calles de las principales urbes costarricenses, en donde las condiciones comerciales y de tránsito de una significativa cantidad de población, favorecen sus opciones de sobrevivencia diaria mediante la realización de actividades entre las que predominan la mendicidad y la permanente búsqueda de desechos que de una u otra forma le sean útiles (Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión Social, 2016).

De acuerdo con la definición anterior, es importante hacer diferenciación entre personas en situación de calle y personas que hacen de la calle su vida, pero estas últimas sí tienen una vivienda, rancho o tugurio donde regresar a dormir diariamente.

El objetivo general de la política en cuestión se encuentra orientado a: “Generar acciones gubernamentales y no gubernamentales articuladas, oportunas, sistemáticas y sostenibles, para la prevención, atención y protección de las personas en situación de abandono y personas en situación de calle, en el marco de la exigibilidad y accesibilidad a los derechos humanos” (Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión Social, 2016, p. 90).

Es importante destacar que, la misma nació como producto de la coordinación entre instituciones del Estado, gobiernos locales y organizaciones no gubernamentales ante las necesidades identificadas de las poblaciones en condición de abandono y en condición de calle.

A menos de un año de que la política nacional cumpla su periodo de ejecución, equipos técnicos de diferentes instituciones involucradas se encuentran en proceso de diseño y planificación de la próxima, la cual se está procurando que involucre un enfoque participativo, perspectiva local y territorial.

Como principales entes rectores de la política se ubica el IMAS y el IAFA. Se preguntarán: ¿por qué estás instituciones puntualmente?

El Instituto Mixto de Ayuda Social fue creado bajo la Ley N° 4760, donde se indica su finalidad en el Artículo 2: “(...) resolver el problema de la pobreza extrema del país (...)” (IMAS, 1971, p. 1). Así mismo, en el Artículo 4, inciso b) menciona como uno de sus fines: (...) Atenuar, disminuir o eliminar las causas generadoras de la indigencia y sus efectos (...) (IMAS, 1971, p. 1). Por consiguiente, tanto las personas en condición de pobreza, como en condición de calle, forman parte de la población objetivo y razón de ser de dicha institución.

También en el IMAS se cuenta con el Departamento de Acción Social y Administración de Instituciones, mejor conocido como DASAI, el cual se encarga de acreditar las organizaciones, fundaciones y asociaciones creadas bajo la Ley N°218 que atienden poblaciones específicas como: personas en situación de calle, personas adultas mayores, personas con discapacidad o personas menores de edad) con el Carácter de IBS (Instituciones de Bienestar Social). Esta acreditación les brinda una serie de beneficios, entre ellos financiamiento, y no solamente de recursos del IMAS, sino, de otras instituciones gubernamentales o no gubernamentales. Además, de que les otorga respaldo técnico y carácter formal, dado que, la acreditación involucra todo un proceso de regulación, seguimiento y fiscalización.

Por su parte, el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia-IAFA posee una función muy importante en el abordaje integral de personas en situación de calle debido a que gran porcentaje de la población se encuentra en condición de consumo activo. Por ejemplo, en Puntarenas, en los 4 distritos prioritarios: Puntarenas, Chacarita Barranca y El Roble, se cuenta con un registro oficial provisto por la Unidad de Investigación, Planificación y Evaluación Regional (UIPER) del IMAS Puntarenas denominado FIS, donde se identifica que, de las 161 personas registradas en el instrumento al 17/02/2025, 108 personas declaran encontrarse en consumo de sustancias psicoactivas.

No obstante, es de vital importancia indicar que la política no solo involucra la participación del IMAS y el IAFA, sino que compromete a otros actores sociales a su representación permanente, a saber: Gobiernos Locales, CCSS, Ministerio de Salud, CONAPDIS, INAMU, ICD, CONAPAM, Ministerio de Seguridad Pública, MEP, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Ministerio de Cultura, Juventud y Deportes, Instituciones de Bienestar Social (IBS) y Representación de la Población en Situación de Calle.

Desde la política integral, se aborda la población en situación de calle a partir de 3 ejes medulares

Eje 1: Prevención

Eje 2: Fortalecimiento Institucional

Eje 3: Protección y reconocimiento de derechos

Resulta significativo destacar la trascendencia del eje 3: Protección y reconocimiento de derechos para la población en situación de calle en cuanto al acceso al derecho a la salud. Este derecho se encuentra estrechamente vinculado con el derecho fundamental a la preservación de la vida y derecho a la dignidad humana. La CCSS a través del Área de Salud de Puntarenas, han brindado un robusto apoyo a la población en situación de calle del cantón, principalmente con la coordinación interinstitucional IMAS-CCSS para la asignación de aseguramiento por el Estado, así como con su participación en actividades convocadas por la Red de Atención Integral de Personas en Situación de Calle Puntarenas o el IAFA Puntarenas, donde han brindado atención médica, servicio de curaciones, despacho de medicamentos, pruebas rápidas de VIH, vacunación y desparasitación.

El abordaje a la población en situación de calle del cantón, históricamente se ha realizado desde un enfoque meramente asistencial, a través de servicios de alimentación, baño, corte de pelo, ropa limpia, que generalmente son brindados por asociaciones, organizaciones y grupos comunales informales. Sin embargo, desde la Red de Atención Interinstitucional e Intersectorial de Personas en Situación de Calle Puntarenas, se han venido realizando esfuerzos para que el enfoque de atención sea integral y desde perspectiva de los derechos humanos. Del mismo modo, se ha promovido que dichas organizaciones no gubernamentales y de la sociedad civil formalicen sus servicios a través del Aval del IAFA y Acreditación de IBS del IMAS.

En la Región Pacífico Central, se cuenta con las siguientes asociaciones debidamente acreditadas: Asociación Buen Samaritano Fray Casiano de Barrio El Carmen en Puntarenas y Asociación de Apoyo de Personas en Situación de Calle y Adicciones Maná en Esparza. Las cuales cuentan con formatos de atención como centro de escucha y carpa, que operan bajo el Modelo de Reducción de Daños.

Tal como como se menciona en los párrafos anteriores, en Puntarenas se cuenta con una Red de Atención Integral para Personas en Situación de Calle, que brinda espacios de coordinación interinstitucionales e intersectoriales, se efectúan seguimientos de la política nacional, se cuenta con un plan de trabajo tropicalizado para el debido abordaje y una ruta de atención de las instituciones gubernamentales según oferta programática de cada una. Adicionalmente, desde la red se realizan mapeos constantes de la población, con el propósito de identificar las características principales y necesidades de la población objetivo. El último corte realizado al 17 de febrero de 2025 arroja los siguientes datos:

Tabla 1.

Cantidad de personas en situación de calle con FISI en los principales distritos del cantón				
	Distrito	Hombres	Mujeres	Total
PUNTARENAS	General	147	14	161
	BARRANCA	21	2	23
	CHACARITA	20	3	23
	EL ROBLE	19	2	21
	PUNTARENAS	87	7	94

Fuente: Datos SIPO, UIPER Puntarenas al 17/02/2025

En relación con los datos adjuntos, es importante develar que la cantidad de mujeres que se encuentran en situación de calle y con factores de riesgo de encontrarse en dicha condición, es mayor a la registrada por el instrumento oficial, lo que se debe a la actividad informal de explotación sexual, puesto que muchas mujeres tienen acceso a cuartos y cabinas donde pasar la noche.

#### **CONCIENCIACIÓN DEL FENÓMENO DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE: PISTAS PARA SU ABORDAJE**

El Hospital Víctor Manuel Sanabria Martínez y en coordinación con instituciones gubernamentales: CONAPDIS, IAFA, PANI, INAMU, Defensoría de los Habitantes y el IMAS, se pretende realizar un proceso de sensibilización a partir de módulos socioeducativos con el nombre de “TRATO HUMANIZADO, ACCESIBLE Y CONCIENTIZADO PARA LA ATENCIÓN DE LA DIVERSIDAD DE LA POBLACIÓN DE LA REGIÓN PACÍFICO CENTRAL”.

Desde el IMAS se abordará el eje de Personas en Situación de Calle con el Módulo denominado: “Concienciación del Fenómeno de Personas en Situación de Calle: Pistas para su Abordaje”. La intervención consistirá en una serie de actividades socioeducativas y magistrales, que van a permitir la sensibilización a través de la caracterización de la población, así como la conceptualización oficial según la política nacional. La caracterización del fenómeno como tal y su deconstrucción, derribando mitos y estereotipos. Por ejemplo, se van a utilizar actividades como mapas corporales en el proceso de sensibilización, con el propósito de promover la empatía.

Si bien es cierto, resulta muy ambicioso generar cambios inmediatos en la población institucional del Área de la Salud, con este proceso se busca informar a las y los funcionarios desde una mirada crítica del fenómeno, partiendo de una posición dignificante de la población objetivo, ya que, detrás de una persona en situación de calle existe un ser humano con una historia, marcada en muchas ocasiones por reiterados abandonos, y no solo abandono por sus redes de apoyo, por sus familiares, sino abandono por parte de la sociedad y de las mismas instituciones, es decir el Estado.

## **ALCANCES DEL ABORDAJE DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE DE PUNTARENAS CANTÓN CENTRAL**

Existe una Red de Atención Integral de Personas en Situación de Calle, conformada por instituciones gubernamentales, asociaciones comunales, ONGs y sociedad civil.

Se cuenta con un Plan de Trabajo y Ruta de Articulación Interinstitucional e Intersectorial basado en la Política Nacional vigente.

Se cuenta con 2 organizaciones con carácter de IBS (Asociación Buen Samaritano Fray Casiano, Barrio El Carmen, Puntarenas y Asociación de Apoyo de Personas en Situación de Calle y Adicciones Maná en Esparza). Ambas tienen dispositivos de atención: Escucha y carpa.

Así mismo, contamos con organizaciones formales que participan de la Red como voluntarios y se encuentran en proceso de Aval del IAFA y Acreditación de IBS: Asociación Cuenta Conmigo y Asociación Internacional Buen Samaritano Montes de Oro de Miramar.

Censo actualizado de PSC en la región e instrumento de registro oficial y de consulta a nivel nacional (FISI-UIPER).

La población en situación de calle es el 1° eje de acción de programa cantonal Sembramos Seguridad.

## **DESAFÍOS DEL ABORDAJE DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE DE PUNTARENAS CANTÓN CENTRAL**

1. Ausencia de centros de rehabilitación en la región Pacífico Central.
2. Ausencia de centro dormitorio Municipal y/o privado.
3. Predominancia de enfoque asistencialista en el abordaje.
4. Falta de participación y compromiso por parte de algunas instituciones de representación permanente en la red.
5. Escasez de presupuesto tanto estatal como privado.



Licda. Raquel Vega Bogantes  
**Trabajadora Social IMAS**

## “INNOVACIÓN Y EFICIENCIA: PILAR CLAVE PARA LA SOSTENIBILIDAD DEL SEGURO DE SALUD”

La gestión de los recursos institucionales en el Seguro de Salud ha evolucionado hacia un modelo centrado en la eficiencia operativa y la sostenibilidad financiera, sin perder de vista el compromiso fundamental con la salud y el bienestar de la población. La Gerencia de Logística de la CCSS ha asumido un rol clave en esta transformación, implementando estrategias innovadoras que permiten mejorar el uso de los recursos, optimizar los procesos y garantizar la disponibilidad oportuna de medicamentos, insumos y tecnologías sanitarias.

Uno de los pilares fundamentales ha sido la consolidación de las compras públicas mediante convenios marco y mecanismos de centralización. Este modelo no solo permite aprovechar las economías de escala, sino que también asegura una mayor transparencia en los procedimientos de contratación pública.

A ello se suma la implementación del Sistema de Gestión Antisoborno certificado bajo la norma ISO 37001, que promueve una cultura institucional basada en la ética, el cumplimiento y la rendición de cuentas.

Por su parte, la negociación estratégica de precios para medicamentos de alto costo y única fuente de producción ha permitido alcanzar ahorros acumulados por más de \$65 millones entre 2021 y 2024, a la vez que garantiza el acceso temprano a tratamientos innovadores para los pacientes.

Pero estos esfuerzos no se limitan a la compra y abastecimiento. La modernización de los procesos logísticos, particularmente en la recepción y distribución de medicamentos, ha generado una reducción significativa de los costos operativos (estimada en ₡477 millones en 2023), al tiempo que mejora los tiempos de entrega y fortalece la experiencia de los usuarios en la red de servicios de salud.

La apuesta por la innovación ha trascendido la infraestructura operativa. La introducción de modelos que generan valor agregado al paciente, como el acceso a pruebas diagnósticas ligadas a procesos de compra o la entrega domiciliar de insumos, responde a una visión moderna del aprovisionamiento, donde el impacto clínico y la satisfacción del paciente son tan relevantes como la eficiencia económica.

La analítica de datos se ha integrado como una herramienta indispensable para la toma de decisiones en la cadena de suministro. Su aplicación permite monitorear con precisión los niveles de abastecimiento, los tiempos de entrega y el cumplimiento de contratos, garantizando un

abastecimiento sostenido que beneficia directamente la continuidad de los tratamientos y la calidad del servicio.

Esta transformación logística no es un fin en sí mismo, sino un medio para garantizar una atención médica de calidad, equitativa y oportuna. Como Institución, la CCSS reconoce que el fortalecimiento de la seguridad social requiere un enfoque integral basado en la innovación, la mejora continua y la sostenibilidad. Por ello, es imperativo continuar promoviendo alianzas estratégicas, fortaleciendo las capacidades del talento humano e impulsando una cultura de colaboración y eficiencia en todos los niveles.

La experiencia del Foro Regional para el Fortalecimiento de la Seguridad Social reafirma que la eficiencia en la administración de los recursos institucionales no solo es posible, sino que es el camino necesario para consolidar un sistema de salud resiliente, donde cada progreso en la gestión se traduce en mejores condiciones de atención para las personas, en cualquier rincón del país.



Dr. Esteban Vega de la O  
**Gerente de Logística**

## “RETOS Y OPORTUNIDADES DEL SEGURO DE SALUD DERIVADO DEL ANÁLISIS DE LOS ESTADOS FINANCIEROS”

El análisis de los Estados Financieros del Seguro de Salud muestra una estructura financiera donde el patrimonio predomina sobre los pasivos, lo que asegura una capacidad de pago adecuada a corto y mediano plazo. En 2024, el patrimonio representó un 92.88% de los activos, mientras que los pasivos solo alcanzaron el 7.12%.

Entre los principales conceptos que conforman los activos destacan la Deuda Estatal que equivale al 40.53%. Esta deuda de conformidad con datos más recientes alcanzó los  $\phi$ 4.2 billones a enero de 2025, de los cuales  $\phi$ 3.5 billones corresponden al Seguro de Salud, profundizando su protagonismo como un tema crítico que requiere atención inmediata.

En ese sentido, si bien el Seguro de Salud es responsable de gestionar esta deuda, su reducción depende en gran medida de la voluntad del Estado para asumir estos compromisos, siendo así este un problema que trasciende a una cuestión interna, convirtiéndose en un desafío a nivel nacional donde se va a requerir un consenso y voluntad política para alcanzar acuerdos sostenibles para la reducción de la deuda.

Por otro lado, los recursos de efectivo y equivalentes, aunque representativos y suficientes para cubrir los pasivos del Seguro de Salud, deben ser gestionados de forma estratégica. A diciembre de 2024, el efectivo y equivalentes de efectivo era suficiente para cancelar los pasivos del Seguro de Salud casi dos veces (con una relación de 1.82).

Además, la cartera de inversiones que para enero rondaba los  $\phi$ 1.4 billones para financiar entre otros, proyectos clave como el Portafolio de Proyectos y el Fideicomiso, que representan el 83.37% de esta cartera, debe necesariamente estar alineada con las prioridades institucionales y las necesidades de modernización del sistema de salud. De manera que es crucial optimizar estos recursos para maximizar su impacto en áreas estratégicas, como la infraestructura hospitalaria y el desarrollo de tecnología sanitaria.

Un aspecto preocupante es la desaceleración en el crecimiento de la Propiedad, Planta y Equipo, que ha mostrado una disminución en su dinamismo desde 2021, cuando creció un 23.98%, mientras que para 2024 el crecimiento fue solo del 4.5%. Esta desaceleración evidencia la necesidad imperiosa de crear estrategias que permitan no solo invertir en infraestructura y equipamiento de salud, sino también equilibrar esas inversiones con los costos operativos y administrativos que conlleva su mantenimiento y operación en el tiempo, a fin de convertir las inversiones en mejoras

tangibles para los servicios que se brindan a la población. Para esto es necesario desarrollar planes estratégicos que integren inversiones en infraestructura con las capacidades financieras del Seguro de Salud y sus reservas en el mediano y largo plazo.

En cuanto a los ingresos, el crecimiento de las contribuciones sociales ha sido moderado, lo cual resalta la necesidad de diversificar las fuentes de financiamiento del Seguro de Salud. A pesar de que las contribuciones sociales aumentaron en un 5.75% en 2024, este crecimiento fue inferior al 14.42% observado en 2022, lo que pone de manifiesto la necesidad de nuevas fuentes de financiamiento.

Por lo anterior, además de mejorar la gestión de los ingresos actuales mediante una gestión cobratoria más robusta que incida en la reducción de la morosidad, es vital buscar nuevas fuentes de financiamiento, con miras a la extensión de la cobertura de la seguridad social, la formalización del empleo y la inclusión de grupos de difícil aseguramiento, por lo que la institución debe trabajar en conjunto con otros sectores del país para generar políticas que fortalezcan la base de ingresos que financian el Sistema de Salud.

Respecto al gasto, es clave que se controle el aumento en ciertos rubros, especialmente en los gastos de personal, que han incrementado principalmente por tiempo extraordinario y jornadas de producción, así como en áreas como prestaciones en dinero (subsidijs por incapacidad), contratación de telecomunicaciones, limpieza y alquileres. Estos rubros dado su crecimiento interanual plantean la necesidad de un control y optimización del gasto en búsqueda de la eficiencia, productividad, rendimiento y competitividad en la prestación de los servicios de salud, mediante el establecimiento estandarizado de cuadros de mando integral en hospitales, direcciones de redes de servicios de salud y áreas de salud, que permita medir el aprovechamiento de la capacidad instalada y garantizar el mejoramiento de los indicadores en salud.

Además, resulta fundamental seguir fortaleciendo el primer nivel de atención, enfocado en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud; mejorar los hábitos de vida saludable y coordinar esfuerzos entre las instituciones vinculadas a la salud y el bienestar social es clave para reducir los costos de atención médica a largo plazo. El enfoque preventivo debe ser central en la estrategia del Seguro de Salud, ya que la optimización de recursos en salud pública permitirá mejorar la calidad de vida de la población y reducir los costos de atención futura.

En síntesis, para garantizar la sostenibilidad del Seguro de Salud, es necesario abordar de manera urgente la reducción de la deuda estatal, gestionar de manera más estratégica los recursos disponibles, diversificar las fuentes de ingresos, optimizar el gasto y continuar invirtiendo en la mejora

de los servicios de salud, con un enfoque integral y estratégico para lograr un sistema de salud eficiente y sostenible que responda a las necesidades de la población.

Por lo anteriormente expuesto, es importante que la Administración Activa en el ejercicio de sus competencias y potestades, genere análisis y discusión a partir de estos aspectos que se constituyen en insumo que busca motivar una reflexión más profunda por parte de las autoridades institucionales que eventualmente trascienda a nivel país y marque los pasos para una transformación y redefinición del Sistema de Salud Costarricense hacia una efectiva garantía del derecho a la salud consagrado en el artículo 21 de la carta magna.



Lic. Jonathan Sánchez Fernández  
**Asistente de Auditoría**

# **NUEVOS HORIZONTES**

Caja Costarricense de  
Seguro Social

**Auditoría Interna**

**Teléfono: 2539-0821**

**Correo: [lmvarelag@ccss.sa.cr](mailto:lmvarelag@ccss.sa.cr)**

**Comité Editorial:**

**M. Sc. Olger Sánchez Carrillo**

**Lic. Randall Jiménez Saborío**

**Licda. Laura Varela Gutiérrez**

**Licda. Gabriela Huevo Chacón**

