

Informe del equipo de especialistas nacionales nombrado para el análisis de la situación del seguro de salud de la CCSS

Recomendaciones para restablecer la sostenibilidad financiera del seguro de salud

Ing. Rafael Carrillo Lara
Dra. Juliana Martínez Franzoni
Dr. Fernando Naranjo Villalobos
Dr. Pablo Sauma Fiatt

San José, 29 de setiembre de 2011

Índice de contenido

	página
Introducción.....	1
1. Hacia la sostenibilidad financiera del seguro de salud 2011-2015.....	4
A. Ingresos.....	5
A.1. Presupuesto de contribuciones obrero-patronales debe ser conservador.....	5
A.2. Pago oportuno y completo de los aportes estatales y de la deuda del Estado.....	7
A.3. Modificar el aseguramiento independiente, voluntario y por convenios especiales	10
A.4. Cumplir con el registro de los asegurados por cuenta del Estado.....	12
A.5. Ejecutar acciones contra la evasión, la morosidad y la deuda del sector privado.....	14
B. Gastos.....	15
B.1. Contención del incremento en las remuneraciones.....	16
B.1.1. Reorganizar (reducir, reasignar y eliminar) gasto en tiempo extraordinario..	17
B.1.2. Maximizar el uso del tiempo ordinario y aumentar la productividad.....	21
B.1.3. Reasignar, reducir y desacelerar fuertemente el crecimiento de plazas.....	21
B.1.4. Mantener los salarios reales hasta que se recupere la sostenibilidad.....	23
B.1.5. Introducir cambios en el pago por cesantía.....	25
B.2. Reducir costos innecesarios en compras de bienes y servicios y almacenamiento...	27
B.3. Evaluar la efectividad de la vacuna del neumococo.....	30
B.4. Contención de otros gastos.....	31
C. Presupuesto general.....	32
C.1. Lograr eficacia en el control presupuestario de la CCSS.....	32
2. Gestión institucional y calidad de los servicios.....	34
A. Dirección superior.....	34
B. Servicios de salud con equidad, calidad y oportunidad.....	40
3. Consideraciones finales.....	49
Anexo: Listado de recomendaciones.....	51

Introducción

El Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM) -o seguro de salud- de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) constituye un régimen de reparto, es decir, un seguro basado en aportes a un fondo común del cual se financian el conjunto de servicios y de prestaciones en dinero.

A finales del año 2009 el SEM comenzó a atrasar el pago a proveedores más allá de lo normal, aspecto que fue visto como una primera señal de que algo no estaba bien con las finanzas de la institución. Sin embargo, contrariamente a esa situación con el pago de proveedores, en el 2009 e inicios del 2010 se siguió aumentando el gasto en remuneraciones, tanto debido al crecimiento en el número de funcionarios, como a los elevados incrementos salariales. En ambos casos, número de funcionarios y salarios, se daba continuidad al fuerte crecimiento iniciado en los años previos.

En ese momento parecía que las autoridades de la CCSS consideraban no solo que las finanzas institucionales iban a salir ilesas ante el impacto de la crisis económica que afectaba al país, sino que incluso se verían fortalecidas con el pago completo y oportuno de las obligaciones estatales. Sin embargo, aunque el gasto creció de forma excesiva, los ingresos provenientes de las contribuciones de los empleados privados y públicos crecieron modestamente, y la contribución estatal no fue tan elevada como se previó inicialmente. En el segundo semestre del 2010 fue más evidente la existencia de problemas financieros, dado el mayor atraso en los pagos a proveedores. A inicios del 2011 la difícil situación financiera de la institución en la parte del seguro de salud fue confirmada ante la opinión pública.

Luego de analizar varias posibilidades para conocer la verdadera situación del seguro de salud, la Junta Directiva de la CCSS acordó el 31 de marzo del 2011, solicitar a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la realización de un estudio sobre el estado de la situación financiera del seguro de salud en su condición actual y proyectada para cada año hasta el 2015 (artículo 18 de la sesión No. 8500).

El informe de la OPS fue presentado para conocimiento de la Junta Directiva de la CCSS el 15 julio. Dicho informe incluye un análisis de la forma como se llegó a la situación financiera actual, proyecciones financieras a futuro (hasta el 2015) con diferentes supuestos, y una serie de escenarios de política institucional para hacer frente a la situación prevista.

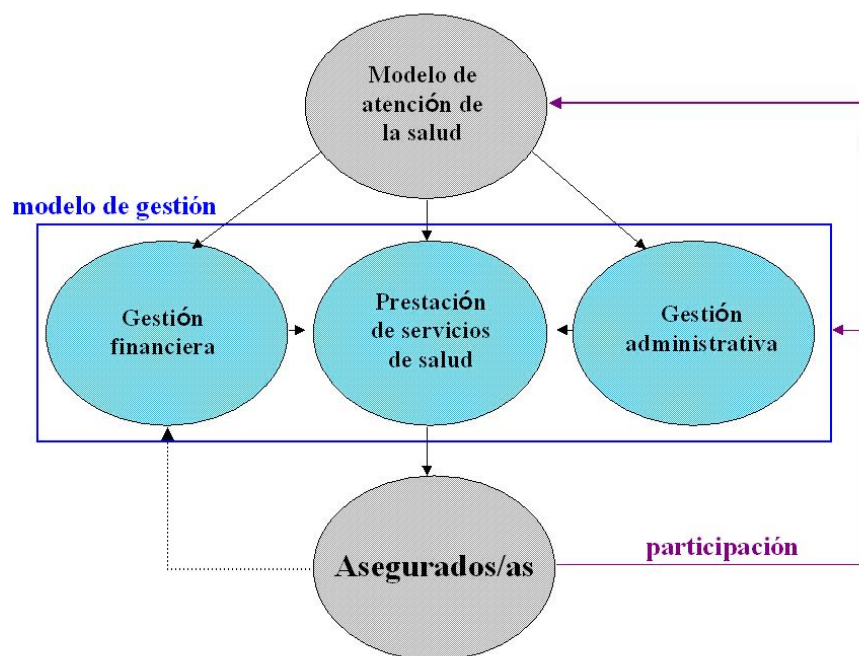
En la sesión No. 8520 del 21 de julio, la Junta Directiva acordó integrar un equipo de especialistas nacionales para *“realizar un análisis integral de los resultados del Informe Técnico de los Especialistas de la Organización Panamericana de la Salud, y valorar el alcance de los resultados de los escenarios presentados y de las medidas previamente adoptadas por la institución, así como recomendar las acciones adicionales de corto, mediano y largo plazo”*. El plazo establecido para la presentación del informe por parte de ese equipo técnico fue de dos meses (agosto y setiembre). Además, se acordó nombrar un grupo de técnicos institucionales para que apoyaran al equipo de especialistas.

Como se muestra en el informe, detrás de los problemas de sostenibilidad financiera encontramos serios problemas de gestión, que se refleja tanto en una menor recaudación de ingresos y en la cantidad y calidad de los gastos, los cuales deben ser corregidos en el muy corto plazo para contar con un seguro de salud sostenible. Pero además, la recuperación de la sostenibilidad financiera constituye una oportunidad para mejorar la equidad, calidad y oportunidad de los servicios que recibe la población asegurada.

El presente constituye el informe de ese equipo de especialistas. Varios asuntos merecen ser destacados.

i) La CCSS es la institución más importante del país, y que los servicios de salud que recibimos nos hacen diferentes del resto de los países latinoamericanos, e incluso de los países en vías de desarrollo. El objetivo de las recomendaciones que se realizan es fortalecer la institución para que continúe brindando a la población asegurada los servicios de salud con la calidad y oportunidad que se merece.

ii) La parte financiera no se puede analizar de forma aislada, sin tomar en cuenta los aspectos relacionados con los modelos de atención de la salud y de gestión (ver gráfico a continuación). Por ello, los tres aspectos son considerados, y las recomendaciones que se realizan van más allá de lo meramente financiero.



iii) En general, del año 2000 en adelante, diferentes actores oficiales y no oficiales han diagnosticado una serie de problemas de gestión institucional, sin embargo, se ha carecido de la decisión política y de la independencia técnica para resolver los problemas identificados. El presente no pretende repetir y concentrar en un único documento la gran cantidad de

diagnósticos que existen sobre las dimensiones arriba señaladas -muchos de los cuales fueron analizados detenidamente por los miembros del equipo de especialistas-, sino que luego de destacar la situación relevante, se pasa directamente a las recomendaciones.

iv) En el mismo sentido, es necesario destacar que algunos aspectos aquí incluidos se obtuvieron de las entrevistas realizadas a un gran número de funcionarios, y aunque no fue posible documentarlos por escrito, fueron aquí considerados gracias al conocimiento y veracidad de esos informantes.

Al mismo tiempo, queremos dejar constancia de que la mayor parte de la información solicitada por el equipo de especialistas a las diferentes Direcciones Institucionales de la CCSS fue proporcionada. Sin embargo, en algunos casos ello no sucedió porque se argumentó que del todo no existía y en otros, los menos, porque las personas responsables de suministrarla no tuvieron disposición para hacerlo.

El informe consta de tres capítulos. El primero presenta las medidas propuestas para lograr nuevamente el equilibrio financiero del seguro de salud. El segundo se enfoca en las propuestas para mejorar la gestión institucional. Por último, en el tercer capítulo se presentan algunas consideraciones generales sobre las recomendaciones realizadas.

El equipo de especialistas desea agradecer la valiosa y dedicada colaboración del grupo técnico de apoyo conformado por la Dra. Ana L. Guzmán Hidalgo -coordinadora-, Dra. Julia Li Vargas, Dr. Roy Wong McClure, y Máster Christian Torres Jiménez. Además, un especial agradecimiento a todas las personas que mediante sus comentarios verbales o artículos publicados en la prensa, aportaron sus visiones de los problemas de la CCSS y sus propuestas de solución. Sin embargo, no sobra destacar que las opiniones aquí vertidas son de entera responsabilidad del equipo de especialistas.

Finalmente, hay que resaltar también que algunas de las recomendaciones aquí realizadas no fueron compartidas por todos y cada uno de los miembros del equipo de especialistas, por lo que se consideró que lo más adecuado en esos casos era dejar constancia del criterio no compartido por algún o algunos miembros en particular.

1. Hacia la sostenibilidad financiera del seguro de salud 2011-2015

El *“Informe sobre el estado de situación financiera del Seguro de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social: situación reciente y proyecciones”* elaborado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), muestra claramente que el problema financiero que enfrenta la CCSS se debe a que en los últimos años los gastos han crecido más rápidamente que los ingresos. Hay muchos factores que inciden en ese comportamiento, aunque sin duda uno de los más importantes es el referente a las remuneraciones, pues se dio un crecimiento sin precedentes de la planilla laboral combinado con fuertes incrementos en los salarios, en el marco de una contracción en los ingresos.

El informe de la OPS incluye proyecciones financieras que consideran varios escenarios (a partir de la aplicación de diversas políticas institucionales así como de políticas exógenas), las cuales fueron elaboradas por ese organismo con información suministrada por la CCSS. En términos generales, según esas proyecciones, si no se toman medidas urgentes, el déficit financiero del seguro de salud podría pasar de 118.000 millones de colones en el 2012, a más de 300.000 millones en el 2015, cifras que respectivamente representan un 6,6% y un 10,7% del gasto total previsto.

Entre las políticas institucionales que se podrían implementar para frenar el déficit, el informe de la OPS considera alternativas como congelar el gasto real en horas extraordinarias, en disponibilidad de médicos y en guardias médicas, así como el congelamiento del número de plazas en el 2012 y un crecimiento reducido en el 2013 al 2015 (1% anual), y también un moderado crecimiento real de los salarios medios (7,0%) a partir del año 2012. En el caso de las políticas exógenas se considera el impacto de que el Estado comience a aportar mediante una prima calculada actuarialmente por el total de la población indigente, y además que se iguale la cuota contributiva de los trabajadores independientes, de convenios especiales y voluntarios, a la que se paga por los asegurados por cuenta del Estado (14,75%).

Sobre la alternativa de aumentar la prima de las contribuciones que realizan trabajadores, patronos y el Estado, el informe de la OPS es claro cuando señala *“si bien a primera vista la delicada situación financiera de la institución podría hacer suponer que la solución se encontraría por la vía de los ingresos (incrementando la prima de contribuciones), el Informe muestra que la persistencia de distorsiones en la estructura de costos y en el crecimiento desordenado de algunos de sus componentes, ocasionaría que el desequilibrio se manifieste nuevamente en un futuro cercano”*. Es decir, el informe de la OPS no recomienda el incremento en esa prima como parte de la solución del problema financiero actual.

Similar opinión tiene el equipo de especialistas, pues los problemas de gestión que actualmente enfrenta el SEM son de tal magnitud, que mientras estos no se resuelvan se carecerá de claridad sobre la viabilidad de lograr sostenibilidad financiera sin necesidad de aumentar la contribuciones.

En términos generales, el equipo de especialistas rescata en lo fundamental los análisis, justificaciones y alternativas consideradas en su informe por los funcionarios de la OPS, avanzando en dos sentidos: en la formulación de propuestas concretas para solucionar la situación financiera del seguro de salud entre 2011 y 2015, y en un planteamiento más amplio de medidas necesarias para garantizar la sostenibilidad actual y futura del régimen.

Como se señaló en la introducción del presente informe, diferentes actores oficiales y no oficiales han diagnosticado una serie de problemas de gestión institucional, pero no se repiten aquí todos los elementos de esos diagnósticos, sino que se rescatan algunos de los principales factores explicativos y se pasa de inmediato a las recomendaciones.

A continuación se presentan las medidas propuestas por el equipo de especialistas, clasificadas en ingresos, gastos y presupuesto en general.

A. INGRESOS

El crecimiento de los ingresos del SEM se ha visto afectado por tres motivos principales. Por una parte, las contribuciones obrero-patronales redujeron su crecimiento por la crisis económica del 2009 y la lenta recuperación económica en los años siguientes. Por otra parte, ha existido un incumplimiento acumulado en los pagos del Estado. Finalmente, persisten problemas en la gestión de cobro. Cada uno de estos aspectos se trata a continuación, y se realizan las recomendaciones correspondientes.

A.1. La estimación presupuestaria inicial de las contribuciones obrero-patronales debe ser conservadora

Las contribuciones obrero-patronales constituyen el principal rubro de ingreso del SEM, por lo que variaciones en ellas tienen un fuerte impacto en las finanzas institucionales. En los años 2002 a 2008 representaron entre un 79% y un 82,3% de los ingresos totales efectivos, aunque en los últimos años su importancia relativa ha variado, especialmente por la situación económica a que se ha hecho referencia, pues cayeron de 80,1% en 2008, a 73,8% en 2009, y en el 2010 aumentaron a 77,4%.¹

Como se aprecia en el cuadro 1, a diferencia de lo acontecido en el 2008, las estimaciones de ingresos por este concepto previstas en los presupuestos originales de 2009 y 2010 resultaron bastante inferiores a la recaudación efectiva, afectando negativamente la situación financiera del régimen. Es decir, que en los dos últimos años aquí considerados algo falló en la presupuestación de estas contribuciones.

¹ Debe tomarse en cuenta que esas cifras se refieren a la recaudación efectiva y no incluyen la morosidad patronal, por lo que una reducción en la morosidad resultaría en una mayor recaudación, y por ende, en una mayor importancia relativa de este rubro.

Cuadro 1
SEM, contribuciones obrero-patronales: presupuesto original,
presupuesto modificado e ingresos efectivos, 2008-2011
 -millones de colones y porcentajes-

	presupuesto original	presupuesto modificado	ingresos efectivos	% efectivo/ori- ginal
2008	689.732	717.602	708.373	102,7*
2009	855.666	855.806	818.055	95,6
2010	985.404	985.404	933.735	94,8
2011	1.122.722	-	n.d.	-

* el % efectivo respecto al modificado es de 98,7%.

Fuente: Liquidaciones presupuestarias.

Las proyecciones presupuestarias de este rubro (contribuciones obrero-patronales), se sustentan en las proyecciones de la Dirección Actuarial sobre el comportamiento del empleo y los salarios. Primero, no se previó adecuadamente la forma como la crisis económica en el 2009 incrementó el desempleo y la morosidad patronal. Luego, una vez superada la peor etapa de la crisis, probablemente se esperaba una rápida recuperación del empleo y la recaudación de esas contribuciones, sin embargo ello no ha sucedido (en parte porque la crisis obligó a muchas empresas a reducir su personal y buscar una mayor eficiencia en la producción, lo cual efectivamente se dio, de manera que cuando la situación económica cambió, pudieron aumentar su producción sin volver a los niveles de empleo previos). Lo importante para efectos del presente, es que se debe esperar hayan cambiado los coeficientes que relacionan la producción, el empleo, el aseguramiento y las contribuciones obrero-patronales. Por ello, para garantizar proyecciones financieras más adecuadas a la realidad actual, se deben ajustar los parámetros del modelo.

R.1. Se debe revisar el modelo utilizado por la Dirección Actuarial para estimar las contribuciones obrero-patronales, especialmente en lo referente a los coeficientes que relacionan la producción nacional, el empleo total, el aseguramiento y las contribuciones obrero-patronales, para reducir la sobre-estimación de los ingresos previstos por estas contribuciones del 2012 en adelante.

La menor recaudación efectiva de este tipo de contribuciones respecto a lo presupuestado hace que las tasas de crecimiento de un año a otro varíen según las cifras que se consideren para la comparación. En el caso del 2011, si se compara la estimación presupuestaria original de los ingresos por estas contribuciones (1.122.722 millones de colones, cuadro 1) con el presupuesto original del 2010 (985.404 millones de colones), el resultado es un incremento de 13,9% en términos nominales, que parece razonable en el contexto económico actual. Sin embargo, si la comparación se realiza con la recaudación efectiva del 2010 (933.735 millones de colones), el aumento asciende a 20,2%, que parece elevado. Por ello, las proyecciones de ingresos por estas contribuciones se deben sustentar en la recaudación efectiva y no en los presupuestos previos.

R.2. Las estimaciones presupuestarias sobre el crecimiento de las contribuciones obrero-patronales a partir del 2012 deben ser muy conservadoras, sustentadas en la recaudación efectiva y no en los presupuestos previos.

Si bien estas medidas conllevan a menores previsiones de ingresos, son de suma importancia para la solución del problema financiero, pues permitirán definir mejor los límites del gasto total, y por lo tanto, prevenir el déficit.

Complementario a lo aquí indicado, es imprescindible ampliar los esfuerzos por mejorar la recaudación de estas contribuciones, tal como se señala más adelante en esta sección.

A.2. Pago oportuno y completo de los aportes estatales y de la deuda del Estado

El gobierno central debe realizar al SEM dos tipos de pagos. Por una parte sus propias contribuciones obrero-patronales, es decir, su contribución como patrono de los empleados a su servicio, y la contribución que realizan los empleados. Por otra parte, los aportes que le corresponden como Estado, y que se refieren a ocho conceptos:

- i) la contribución estatal de 0,25% sobre los salarios brutos cotizados por los trabajadores;
- ii) la cuota complementaria de los asegurados voluntarios y los trabajadores independientes;
- iii) la cuota complementaria de los asegurados mediante convenios especiales;
- iv) la cuota complementaria del aseguramiento de los internos en centros penales;
- v) la atención de la población indigente según la ley No. 7374;
- vi) el traslado del primer nivel atención del Ministerio de Salud a la CCSS; y
- vii) los pagos por la atención brindada a población no asegurada en virtud del Código de la Niñez y la Adolescencia (ley No. 7739 de 1998); y
- viii) una serie de pagos por atenciones con cargo al Estado según lo disponen, entre otras, la ley No. 7735 de 1997 “Ley general de atención a la madre adolescente”, la “Ley de Paternidad Responsable” No. 8101 del 2001, el Decreto Ejecutivo No. 33650-S de 2007 “Reforma al manual de normas y procedimientos de atención integral a la mujer para la prevención y manejo del cáncer de cuello de útero en el I, II y III nivel de atención y normas de laboratorio de citología”, así como la jurisprudencia aplicable emitida por la Sala Constitucional.

Presupuestariamente, los pagos por estos ocho conceptos se consideran transferencias.

Desde los primeros tiempos de la institución, el gobierno ha incumplido –en todo o en parte- con los pagos que anualmente le corresponde realizar, lo cual ha resultado en acumulación de deuda. A lo largo de los años se han dado varias negociaciones de la deuda. Generalmente, una vez que se llega a un acuerdo, el gobierno vuelve a incumplir, y de nuevo la creación de deuda y su posterior negociación.

Si bien en cada uno de los últimos años se han firmado convenios entre el gobierno, representado por el Ministerio de Hacienda, y la CCSS, persisten problemas entre ellos sobre los rubros y montos que conforman la deuda. El costo asociado con el traslado del primer nivel de atención del Ministerio de Salud a la CCSS es la principal diferencia, y hay un acuerdo entre ambas entidades para que la Procuraduría General de la República resuelva sobre el particular. No obstante, se debe atender lo referente a los otros rubros.

R.3. A más tardar en octubre del 2011, la CCSS y el Ministerio de Hacienda deben llegar a un acuerdo sobre el monto de la deuda acumulada a este año por todos y cada uno de los conceptos correspondientes, y establecer un calendario de pagos. La única excepción en este caso sería lo referente al traslado del primer nivel de atención, que quedaría sujeto a lo que resuelva la Procuraduría General de la República. El monto de la deuda y el calendario de pagos debe ser ajustado de forma inmediata con lo que resuelva esta última instancia.

Pero el solo acuerdo no es suficiente, sino que debe haber un compromiso de cumplimiento de los pagos.

R.4. Debe existir un compromiso inquebrantable del gobierno, adquirido al más alto nivel político, de realizar de forma oportuna y por los montos completos, tanto los pagos originados en la amortización de la deuda pasada, como los de cada año, atendiendo lo dispuesto en el artículo 74 de la Ley Constitutiva de la CCSS.

En el cuadro 2 se muestra la proyección de los pagos adicionales a las contribuciones obrero-patronales del gobierno para los años 2011-2016, las cuales se incrementan gradualmente desde 91.780 millones de colones en el 2011, a 137.774 millones en el 2016. Si bien esta proyección es elaborada desde la perspectiva de la CCSS y podría no ser compartida por el Ministerio de Hacienda, brinda una idea de la magnitud de los pagos.

Cuadro 2
SEM: proyección de los pagos estatales adicionales a las
contribuciones obrero-patronales* 2011-2016
 -millones de colones-

concepto*	2011	2012	2013	2014	2015	2016
total	91.780	94.861	104.668	115.034	126.012	137.774
Cuota Estado como tal	2.094	4.544	5.007	5.470	5.932	6.395
Cuotas complementarias:						
voluntarios y trab. independientes	21.504	17.111	19.267	21.424	23.580	25.737
convenios especiales	2.870	2.124	2.280	2.435	2.591	2.746
internos en centros penales	28	44	46	48	50	53
Atención población indigente Ley 7374	46.566	51.609	57.161	63.271	69.994	77.501
Código de la Niñez y la Adolescencia	284	277	270	263	256	249
Traslado I nivel atención del Min. Salud	18.434	19.152	20.638	22.123	23.608	25.094

* No se incluyen los pagos por la atención brindada a población en virtud de otra normativa, pero se trata de montos relativamente bajos.

Fuente: estimaciones elaboradas por la Dirección Financiero Contable.

Para el 2011, el monto previsto de los pagos que el gobierno debe realizar –excluyendo las contribuciones obrero-patronales- equivale a un 0,45% del PIB estimado para el mismo año. Una propuesta de la comisión de expertos para que sea considerada por las autoridades de la CCSS y el Ministerio de Hacienda consiste en:

R.5. Elaborar un proyecto de ley a ser conocido por la Asamblea Legislativa, que establezca que todos los pagos que el Estado debe realizar a la CCSS que no corresponden a contribuciones obrero-patronales, se cubran mediante una contribución global equivalente al 0,45% del PIB. Dicho proyecto de ley deberá incluir la fuente de financiamiento de esos recursos y la oportunidad del pago oportuno y completo de dicho monto, atendiendo lo dispuesto en el artículo 74 de la Ley Constitutiva de la CCSS.

En caso de acogerse algunas de las recomendaciones de modificación de la contribución estatal que se realizan a continuación, se debe ajustar el porcentaje arriba indicado según corresponda.

Por último, no sobra destacar que si bien la solución al problema de la deuda del Estado y la oportunidad en sus pagos futuros del mismo son una condición necesaria para lograr la sostenibilidad financiera del régimen de salud, no constituyen una condición suficiente, pues se deben dar ajustes en otras dimensiones financieras, así como en la gestión institucional.

A.3. Modificar el aseguramiento independiente, voluntario y por convenios especiales

La universalización de la cobertura del seguro de salud fortaleció el aseguramiento de poblaciones no asalariadas bajo tres modalidades: el aseguramiento independiente, voluntario y por convenios especiales.

Se consideran independientes todos los trabajadores manuales o intelectuales que desarrollen por cuenta propia algún tipo de trabajo o actividad generadora de ingresos. Por su parte, según el reglamento del seguro de salud, *“los asegurados voluntarios son personas con capacidad contributiva no obligadas a cotizar, pero que se afilian voluntariamente”*. Como se indica en el reglamento específico para la afiliación de asegurados voluntarios, se benefician de esta modalidad de aseguramiento *“los habitantes de la República, sean éstos costarricenses, extranjeros o refugiados que se encuentren legalmente en el país, conforme nuestro ordenamiento jurídico, y que no tengan una actividad generadora de ingresos provenientes del trabajo independiente o asalariado.”*

El artículo 6 del reglamento para el aseguramiento voluntario dispone: *“para extender los beneficios que otorgan los Seguros Sociales, la Caja podrá aceptar la afiliación voluntaria de grupos organizados, en las diferentes localidades y regiones, mediante convenios especiales de aseguramiento, sujetos a los controles que la administración estime pertinentes... los convenios que suscriba la Caja con asociaciones y otros grupos organizados, con actividades afines, con un mínimo de 12 miembros, siempre que exista personería jurídica para efectos de las obligaciones derivadas de esa relación de aseguramiento”*.

A junio del 2010 había 361.402 asegurados mediante estas modalidades: 138.767 independientes, 120.645 voluntarios, 77.588 por convenios especiales y 24.402 ignorado. Esta cifra es relativamente alta si se considera que en el mismo período habían 1.075.528 asegurados directos asalariados. Sin embargo, debe tomarse en cuenta que la Ley de Protección al Trabajador establece la obligatoriedad del aseguramiento de los independientes.

El aseguramiento por convenios especiales llegó a representar un 35,8% del aseguramiento en estas modalidades, aunque su importancia relativa ha decrecido a un 21,5% en el 2010. Un problema es que independientes y voluntarios en general se mezclan, pues muchos trabajadores ocasionales optan por asegurarse como voluntarios.

En el cuadro 3 se muestra la escala contributiva vigente a partir del 1 de enero del 2011. En total alcanza 11,50% del ingreso reportado, inferior al 14,75% de contribución de los asalariados (5,50% de los trabajadores y 9,25% de los patronos). En este caso al Estado se le asigna la contribución patronal bajo la forma de “cuota complementaria”, de forma decreciente, desde 7,75% en el caso de los menores ingresos, hasta 0,50% en el de los mayores.

Cuadro 3
SEM: escala contributiva para los trabajadores independientes y
asegurados voluntarios vigente a partir del 1 de enero de 2011

Rango en colones*	Afiliado	Estado	Conjunta
de 116.600	3,75	7,75	11,50
de 116.601 a menos 440.691	5,50	6,00	11,50
de 440.691 a menos de 881.382	6,25	5,25	11,50
de 881.382 a menos de 1.322.073	7,25	4,25	11,50
de 1.322.073 a menos de 1.762.764	8,25	3,25	11,50
de 1.762.764 a menos de 2.203.455	9,50	2,00	11,50
de 2.203.455 y más	11,00	0,50	11,50

* Con excepción del ingreso mínimo contributivo (116.600 colones), corresponde a múltiplos del salario mínimo legal del trabajador no calificado decretado por el Poder Ejecutivo para el I semestre (que fue de 220.345,47 colones).

Es importante destacar que, en términos generales, cerca de dos de cada tres asegurados independientes y voluntarios se ubica 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 dos 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.

El análisis de la información disponible, incluyendo los reglamentos, permitieron al equipo de especialistas formular las siguientes recomendaciones en este caso.

R.6. El ingreso mínimo contributivo para todos los asegurados directos debe definirse como un porcentaje del salario mínimo de los trabajadores no calificados, y ningún asegurado podrá cotizar por debajo de ese mínimo (excepto los casos de nuevos ingresos o cesantías de trabajadores en los períodos intermedios del mes, y los reportes de incapacidades y permisos sin goce de salario que abarcan más de 15 días).

R.7. La contribución conjunta para el SEM de los asegurados independientes, voluntarios y por convenios especiales debe ser igual a la de los trabajadores asalariados (14,75%). La escala contributiva debe considerar menos rangos salariales respecto a la actual, y una reducción más fuerte de la contribución (subsidio) estatal a medida que aumenta el ingreso, y debería ser cero para los mayores ingresos.

Un aspecto relevante es el de los convenios de aseguramiento. El equipo de especialistas no logró determinar el número exacto de esos convenios. La Dirección Actuarial señaló que a julio de 2011 había 97 convenios especiales vigentes con diferentes grupos organizados, muchos de ellos dedicados a actividades productivas. No obstante, la Unidad de Archivo y Correspondencia Institucional, a solicitud de la Auditoría Interna, destacó la existencia de más de 700 convenios, entre ellos convenios que estando vencidos se continúan aplicando.

Por ello, una primera recomendación va dirigida a poner en orden el tema.

R.8. A más tardar en tres meses se debe tener un inventario actualizado de los convenios especiales vigentes, con las características particulares de cada uno, tanto en términos del perfil de los asegurados, como de las condiciones del aseguramiento.

Pero además, debe elaborarse un reglamento específico que señale claramente quienes podrían ser beneficiarios de este tipo de convenios, y cuales las condiciones del aseguramiento.

R.9. A más tardar en seis meses se debe contar con un reglamento específico para los convenios especiales, en el cual se establezcan claramente las características y condiciones que deben cumplir las organizaciones y sus integrantes para poder acceder a esta forma de aseguramiento.

R.10. (Carrillo y Martínez) Debe lograrse el aseguramiento de trabajadores temporales nacionales y migrantes sentando responsabilidad solidaria de los patronos que demandan dicha mano de obra.

Pero poco se gana modificando las escalas y reglamentos si no hay una inspección laboral que cumpla con su misión. Por ello se propone:

R.11. La inspección de la CCSS debe poner especial énfasis en la verificación de la realización de actividades laborales o no de actividades laborales por parte de estos asegurados, así como en la determinación de los ingresos que obtienen, para garantizar que se cumple con la solidaridad financiera del sistema.

Por último, en el caso de los extranjeros que se encuentren legalmente en el país bajo la categoría de “rentistas” y que tienen derecho a asegurarse voluntariamente, se debe tomar en cuenta lo indicado en el artículo 82 de la Ley General de Migración y Extranjería (No. 8764 del 2009), en el sentido de que para obtener la permanencia legal deben comprobar que disfrutan rentas mensuales, permanentes y estables, por un monto mínimo de US\$ 2.500 por mes, por lo que esa cifra debe constituirse en el ingreso mínimo de contribución para ellos.

R.12. El ingreso mínimo contributivo para los extranjeros que se encuentren legalmente en el país bajo la categoría de “rentistas” y se aseguren voluntariamente, debe ser US\$ 2.500 mensuales.

A.4. Cumplir con el registro de los asegurados por cuenta del Estado

Los asegurados por cuenta del Estado son personas que junto con sus familias adquieren la condición de asegurados por carecer de ingresos suficientes y por su condición de pobreza se

encuentra en imposibilidad de cubrir las cotizaciones del seguro de salud, según lo establecido en la ley No. 5349 de 1973 “Universalización del Seguro de Enfermedad y Maternidad”² y el Decreto Ejecutivo No. 17898-S de 1987 “Reglamento del régimen de asegurados por cuenta del Estado”. Por su parte, la ley No. 7374 de 1994 “Contrato de préstamo para el mejoramiento de los servicios de salud” se establece que el costo de atención de la población indigente debe ser cubierto con recursos del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares *“para lo cual se utilizará como referencia el porcentaje de cotización media calculado por la Dirección Técnica Actuarial de la CCSS”*.

Durante muchos años la estimación del costo de atención de los asegurados por cuenta del Estado se realizó mediante la estimación del número de núcleos familiares en condición de pobreza según la encuesta de hogares del Instituto Nacional de Estadística y Censos. Sin embargo, la Contraloría General de la República, mediante informe DFOE-SO-28-2002 señaló la necesidad de que el costo de aseguramiento fuese calculado con base en la cantidad de núcleos familiares en condición de pobreza debidamente identificados y registrados por la CCSS, lo cual implicaba la construcción de una base de datos con la información de estas familias.

Considerando que es de gran importancia para el sistema de salud el aseguramiento de esta población, y dado que el costo de este aseguramiento representa para el Estado al menos la mitad de los pagos adicionales a las contribuciones obrero-patronales que debe realizar al seguro de salud (cuadro 2), el equipo de especialistas considera de mucha importancia disponer de un mecanismo que garantice un adecuado aseguramiento de esta población y cobro al Estado.

Desde el año 2004 la CCSS inició la construcción de la base de datos arriba mencionada, pero no la logró consolidar. En noviembre del 2010 se creó una nueva dirección institucional para que se encargara de este y otros asuntos, la Dirección de Coberturas Especiales. Es importante resaltar que la creación de esta Dirección constituye un claro ejemplo de la arraigada práctica institucional de fomento del gigantismo del aparato administrativo, mediante la creación de nuevas dependencias para resolver cualquier asunto, aspecto que será tratado con mayor detalle en el próximo capítulo.

Según información suministrada por esa Dirección, ya cuentan con una base de datos. La información que nutre esta base, según se indicó, la recaban las Unidades de Validación de Derechos de los Centros Médicos, mediante una entrevista directa al solicitante, y sin intervención de trabajo social. Sin embargo, no hay claridad acerca de si se sigue utilizando el *“Manual de procedimientos del seguro por el Estado”* del año 2008, que establece el procedimiento para determinar los casos que califican o no para ese aseguramiento, y de la forma como se operativiza el dudoso concepto de “indigencia médica”. Quedan entonces muchas dudas sobre el avance efectivamente logrado hasta ahora, la veracidad de la información recabada, y sobre todo, la confiabilidad del procedimiento para evitar filtraciones -es decir, asegurar por cuenta del Estado a personas que no se encuentran en situación de pobreza-.

² En el artículo 2 de esa ley se indica específicamente: *“la Caja deberá prestar asistencia médico-hospitalaria a la población no asegurada incapaz de sufragar los gastos de sus servicios médicos y para atender tales obligaciones se dotará a la Caja de las rentas específicas necesarias”*.

R.13a. (Martínez y Sauma) A más tardar en seis meses se debe realizar una evaluación externa de la base de datos de asegurados por cuenta del Estado y de los procedimientos seguidos por la Dirección de Coberturas Especiales y las Unidades de Validación de Derechos para identificar de forma confiable a esos asegurados, en aras de garantizar la eficiencia y efectividad del sistema de validación de derechos. A más tardar a finales del 2012 la base de datos y el sistema deben estar operando de forma óptima.

Carrillo y Naranjo proponen que el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), como ente especializado en la atención de la población indigente, debe ser el responsable de identificar, clasificar y documentar a las personas en esta categoría que no están cubiertas por el servicio de salud. Para ello, deberá tener un registro permanentemente actualizado de quienes son indigentes y acreditarlos debidamente ante la Caja Costarricense del Seguro Social mediante su respectivo carnet de asegurado.

R.13b. (Carrillo y Naranjo) El IMAS debe ser la institución responsable de crear la base de datos de la población indigente que será asegurada por cuenta del Estado.

A.5. Ejecutar acciones contra la evasión, la morosidad y la deuda del sector privado

La CCSS no tiene una estrategia clara para la solución del problema de la morosidad y la evasión de pagos del sector patronal 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 (CGR), como por la propia Auditoría Interna de la institución.

La CGR, en su informe de fiscalización DFOE-SOC-IF-08-2011, señala que la deuda por planillas del sector privado a diciembre del 2010 era de 106.509 millones de colones, de los cuales 94.610 millones tenían una antigüedad mayor a 1 año y 11.899 millones menor a 1 año. Del monto total, 23.179 millones corresponden a patronos activos y 83.330 millones a inactivos. Destaca la CGR que solamente 9.912 millones de colones corresponden a patronos activos, con antigüedad menor a un año y por tanto, con mayor posibilidad de cobro.

Por otra parte, información conocida por el equipo de especialistas indica que en la actualidad los inspectores de la institución, en su mayoría profesionales, pasan el 70% del tiempo en oficinas centrales, atendiendo trámites administrativos. La relación debe ser inversa.

Para mejorar la gestión de cobro el equipo de especialistas realiza las siguientes recomendaciones.

R.14. Los inspectores de la institución deben pasar como mínimo el 70% de su tiempo realizando las inspecciones que les corresponden, como mecanismo necesario y urgente para mejorar la recaudación de las contribuciones a la institución.

R.15. Se deben establecer controles al interior de la institución (Auditoría Interna y otras instancias) que permitan garantizar tanto que los funcionarios realizan las inspecciones que les corresponden, como la efectiva ejecución de las labores mismas.

R.16. Se deben fortalecer los controles cruzados con el INS, las municipalidades y Tributación Directa que complementen la labor de los inspectores.

R.17. La inspección debe ser especialmente fuerte entre proveedores de la CCSS que se encuentran suministrando bienes o prestando servicios, tanto a nivel central como local, y la inspección deber ser extensiva a las empresas subcontratadas por estos proveedores -en caso de que se presenten subcontrataciones-.

Las cuentas incobrables no deberían existir en la CCSS. Las medidas que se han propuesto tienden a lograr esa situación ideal de ahora en adelante. Esa es una meta posible de alcanzar mediante una eficiente gestión de cobro:

R.18. Exigir la aplicación de la responsabilidad solidaria de las empresas que son parte de un grupo común según lo establecido en el artículo 51 de la Ley Constitutiva de la CCSS; así como el endurecimiento de las normas que rigen la desafiliación de empresas o personas físicas.

R.18a. (Martínez) Extender la responsabilidad solidaria establecida en el artículo 51 de la Ley Constitutiva de la Caja, a las personas físicas que sean parte de la unidad económica.

No obstante, la Caja arrastra en la actualidad una gran cantidad de "cuentas de dudoso cobro" acumuladas desde su creación, que la normativa legal que la rige no le permite borrar de su contabilidad, y que distorsiona su verdadera situación financiera. Esta situación debe ser corregida.

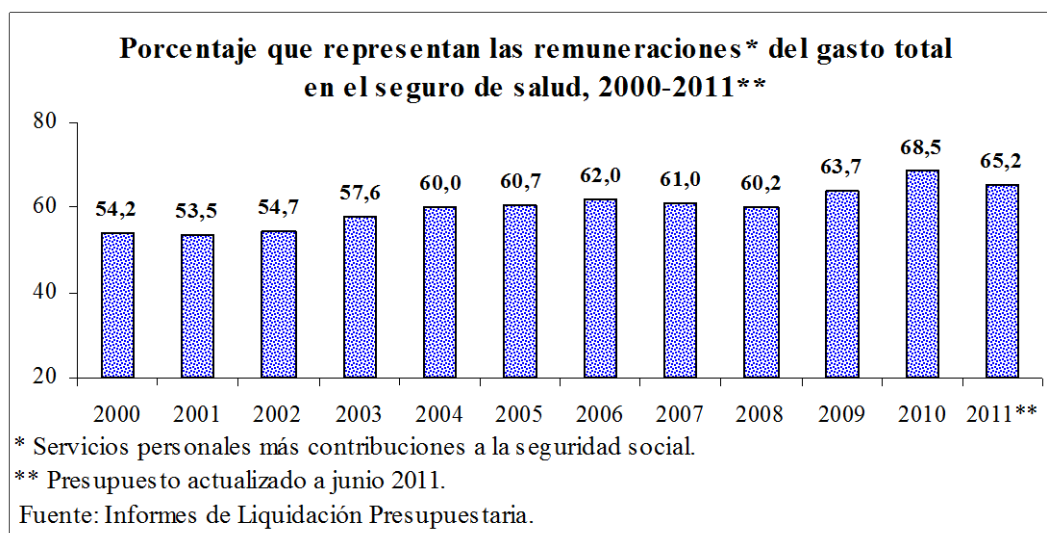
R.19. Se deben efectuar las modificaciones legales que correspondan a fin de eliminar de la contabilidad de la CCSS las cuentas realmente incobrables.

B. GASTOS

En el contexto de un problema de larga data de gestión institucional deficiente, uno de los principales determinantes de la difícil situación financiera actual es el elevado incremento en el rubro de remuneraciones, el cual no se basó en adecuadas proyecciones sobre sostenibilidad financiera. Por ello, buena parte de la solución al problema se logra incidiendo tanto en el tipo de remuneraciones (ordinarias o extraordinarias -estas últimas más costosas para la institución-), en los niveles salariales y en tamaño de la planilla en general. Pero ello por sí solo no es suficiente, sino que se debe incidir en otros rubros de gasto (compras, incapacidades, y otros), así como en la gestión institucional.

B.1. Contención del incremento en las remuneraciones

En el gráfico 1 a continuación se muestra el porcentaje que ha representado el gasto en remuneraciones (servicios personales más contribuciones a la seguridad social) del gasto total del seguro de salud entre 2000 y 2010, así como el presupuesto actualizado a junio 2011.



Debe tomarse en cuenta que el pago de los salarios es prioritario ante otros gastos, por lo que el aumento en la relación remuneraciones/gasto total implica una contracción en otros rubros, como materiales y suministros, medicamentos, inversiones, y otros, lo cual incide negativamente en la prestación de los servicios y en las metas de salud que justificaron dichos incrementos (se tiene más personal y mejor remunerado, pero hay carencias en algunos insumos, no se realizan reparaciones, etc..).

Para los años 2004-2008 las remuneraciones (servicios personales más contribuciones a la seguridad social) del SEM representaron un 60,8% del gasto total. En el 2009 y 2010 el porcentaje fue bastante mayor a ese promedio, y se tiene previsto que lo sea en el 2011. Tres miembros del equipo de especialistas (Carrillo, Naranjo y Sauma) consideran que ‘volver a la normalidad’ en esta materia en el corto plazo implica que el porcentaje máximo que deben representar estas remuneraciones es 60,8%.

Martínez no comparte esa recomendación. Fundamenta este argumento en que en materia de sistemas de salud, tal y como lo documenta la Organización Mundial de la Salud, internacionalmente no hay porcentajes predefinidos del peso relativo de las remuneraciones, sino distintos balances en función de las características del sistema de salud en cuestión, y la evolución del perfil epidemiológico de la población.

R.20a. (Carrillo, Naranjo y Sauma) Las remuneraciones (servicios personales más contribuciones a la seguridad social) deben representar, de forma sostenida, como máximo un 60,8% del gasto total del seguro de salud.

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

Para contener el incremento de las remuneraciones se realizan las siguientes recomendaciones, que deben ser aplicadas hasta alcanzar un equilibrio sostenido de las finanzas institucionales.

B.1.1. Reorganizar (reducir, reasignar y eliminar) el gasto en tiempo extraordinario

Uno de los rubros salariales que ha mostrado mayor incremento en los últimos años es el denominado ‘tiempo extraordinario’, que engloba el pago a los médicos por concepto de guardias médicas, disponibilidades, cirugías vespertinas, y a otro personal de apoyo (registros médicos, enfermería, farmacia, laboratorio y transporte), todos realizados fuera de la jornada ordinaria.

Sin considerar las contribuciones patronales a la seguridad social, en el 2010 el gasto por tiempo extraordinario fue de 105.230 millones de colones, cifras que representa el 16% del pago total por servicios personales realizado ese año (igualmente sin considerar las contribuciones a la seguridad social).

Por partidas de gasto, el mayor porcentaje correspondió a la partida específica denominada ‘tiempo extraordinario’ que incluye el pago realizado al personal de apoyo, con un 29,3%, seguida por la partida de ‘guardias médicos no residentes’, con 25%, luego ‘recargo nocturno’ que se paga al personal de apoyo (18,1%), disponibilidades médicos (10,1%) y guardias de médicos residentes (8,6%). El resto corresponde a otras partidas que en conjunto representan un 8,9%. Al unificar las partidas que corresponden a personal médico y residentes se puede observar que es el grupo que recibe un mayor porcentaje.

De ese gasto total en el 2010, 43.820 millones (41,6%) se realizó en hospitales nacionales y especializados y 48.040 millones (45,7%) en hospitales regionales y periféricos. El resto corresponde a áreas de salud y unidades especiales. Por establecimientos, los tres con mayor gasto fueron: el Hospital Calderón Guardia con 11.910 millones, el Hospital San Juan de Dios con 11.406 millones y el Hospital Nacional de Niños con 10.295 millones. El siguiente en orden decreciente es el Hospital México, con 4.669 millones.

Para el equipo de especialistas es claro que la atención fuera del horario ordinario es un aspecto clave de la protección que se brinda a la población, por lo que no se trata de ningún modo de eliminar el servicio que esta permite. Precisamente ordenar este rubro de gasto es necesario para mejorar los servicios.

R.21. Eliminar el tiempo extraordinario como forma permanente de pago de jornada y convertir tiempo extraordinario en segundo y tercer turno de atención.

Además de una reducción en el gasto, esta conversión tendrá un impacto directo sobre los servicios que reciben los asegurados, especialmente porque permitirán reducir las listas de espera. La reconversión del tiempo extraordinario debe ir de la mano de un mejor uso del tiempo ordinario, por ejemplo mediante el adecuado cumplimiento de horarios, tema al que se refiere el punto B.1.2.

Para reconvertir tiempo extraordinario en ordinario:

- 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);
- ii) se revisarán y reasignarán las guardias contemplando el fortalecimiento de la atención de consulta externa; y
- 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.

El tercer turno se debería valorar una vez estén funcionando adecuadamente el primer y segundo turnos.

R.22. Suprimir el tiempo extraordinario en áreas de salud en que es innecesario por la cercanía de hospitales.

El sistema de salud cuenta con más de áreas de salud, y en varias de ellas se brinda atención fuera de la jornada ordinaria. Esto es especialmente importante en las áreas de salud cuya sede se encuentra alejada de hospitales. Sin embargo, hay algunas por el contrario ubicadas muy cerca de hospitales y que tienen gran número de personal en jornada extraordinaria, por lo que no es tan clara la justificación de su existencia. Además, el gasto en estas últimas áreas es mucho más elevado. Es importante entonces realizar una evaluación de los servicios existentes, y con factores objetivos previamente definidos, analizar la conveniencia de mantener o cerrar esos servicios.

R.23. Rediseñar las disponibilidades médicas.

Las disponibilidades médicas se refieren al pago que se realiza al personal médico especialista para que estén disponibles y presten sus servicios fuera de su jornada ordinaria de trabajo en caso que se les requiera. El tema de las disponibilidades es complejo, y ha sido objeto de muchos cuestionamientos al interior de la institución y fuera de ella. Escapa al objetivo del presente profundizar en el tema de las disponibilidades, pero hay algunos aspectos que merecen ser destacados:

- i) La Gerencia Médica conjuntamente con las Gerencias Administrativa y Financiera deben elaborar en un plazo máximo de tres meses una justificación de todas y cada una de

las disponibilidades médicas vigentes en cada uno de los establecimientos de salud y una vinculación con objetivos medibles en la atención directa (es decir, en la eficacia esperada con relación a una meta sanitaria) en cada uno de esos establecimientos y de la red de la cual forman parte. Esta justificación debe ser inicialmente elaborada por los directores médicos de los establecimientos en que se cuenta con ellas, explicando el motivo por el cual deben seguir vigentes las disponibilidades, incluyendo las estadísticas respectivas sobre atenciones brindadas (desagregando presenciales y telefónicas y verificada por un equipo evaluador externo a la red de servicios). Esto va más allá de las evaluaciones hasta ahora realizadas, con carácter meramente descriptivo e información parcial.

ii) Aunque relacionado con el punto anterior, se debe suprimir totalmente el pago de disponibilidades como un incentivo salarial para atraer especialistas particularmente a las áreas más alejadas de la capital, para lo cual se debe definir un incentivo salarial específico. Debe tenerse presente que para tales efectos ya existe el respectivo incentivo establecido en el marco de Ley de Incentivos Médicos (Incentivo Zona Rural, artículo 10 de la ley).

iii) A finales de diciembre del 2011 se deben eliminar todas las disponibilidades que no tengan la debida justificación.

iv) La Gerencia Médica debe verificar el cumplimiento de las disposiciones reglamentarias referidas al control de las disponibilidades en su parte operativa (cumplimiento de los protocolos tanto por parte de los médicos como de los demás funcionarios con responsabilidades, etc., y proponer, en caso de ser necesario, ajustes al reglamento. También debe contarse con un mecanismo de sanción para los administradores de centros que asignan disponibilidades para efectos no contemplados en la normativa. Para ello, es imprescindible que en un plazo perentorio (no mayor a seis meses) se encuentre totalmente en operación (en el 100% de los establecimientos en que corresponde e incluyendo el 100% de la información requerida) el sistema de información sobre las disponibilidades médicas.

R.24. Renegociar el mecanismo de pago por disponibilidades y poner un límite superior al pago por guardias médicas.

El pago por concepto de disponibilidades y guardias médicas parece estar sobredimensionado respecto a los salarios de la institución y del país. Cuando se considera el promedio de los 100 salarios más altos pagados por la institución, casi la mitad corresponde a esos dos rubros: 32% a guardias médicas y 17,2% a disponibilidades (cuadro 4). Es necesario entonces ajustar los pagos por estos conceptos a las posibilidades financieras de la institución.

Cuadro 4
Composición del salario promedio mensual estimado a partir del promedio anual de los 100 salarios más altos pagados en el 2010.

Concepto	Colones	%
Salario promedio	7.599.209	100,0
Salarios ordinarios	3.269.942	43,0
Salario base	810.546	10,7
Añualidad	1.216.746	16,0
Incentivo carrera hospitalaria	532.576	7,0
Otros conceptos	710.074	9,3
Salarios extraordinarios	4.329.268	57,0
Guardias médicas	2.431.852	32,0
Disponibilidades médicas	1.304.253	17,2
Remuneración vacaciones	270.509	3,6
Extras	181.508	2,4
Otros conceptos	141.145	1,9

Fuente: Dirección de Administración y Gestión de Personal.

Actualmente el pago se realiza por disponibilidad total (según el reglamento: 29,083% del salario base de un médico especialista G-2 por cada día de lunes a viernes, y un 36,122% del mismo salario para sábados, domingos y feriados), pero en el pasado se pagó por acto médico o un pago base por estar disponible y un pago adicional por cada hora laborada.

La renegociación debería buscar la fijación de un monto mínimo más un pago adicional si el médico efectivamente debe presentarse al establecimiento de salud (no por hora), lo cual de ninguna manera debería resultar en un pago mayor al actual.

En el caso de las guardias médicas la metodología de cálculo es más complicada, por lo que no se profundiza en ella, pero se sustenta en el salario total (salario base, antigüedad, carrera profesional, carrera hospitalaria y otros incentivos). Conforme aumentan esos rubros en un profesional en particular, mayor es el pago por guardia. La recomendación es poner un límite superior al pago.

R.25. En el 2012 el gasto máximo por tiempo extraordinario, en total y por unidad ejecutora, debe ser igual al ejecutado en el 2008 y sancionar con rigurosidad el incumplimiento de los límites presupuestarios.

Dado que los pagos por tiempo extraordinario constituyen uno de los factores más desequilibrantes de las finanzas institucionales, especialmente porque algunos de los responsables de la ejecución presupuestaria no se han apegado al presupuesto asignado. Para frenar el crecimiento del gasto en este rubro, se propone que el presupuesto del 2012 en las

partidas que conforman el tiempo extraordinario tenga como límite máximo el monto ejecutado en el 2008, sin que ello deba afectar la atención de la población asegurada. Además, se debe aplicar con todo rigor la normativa vigente para evitar que se exceda la ejecución de este gasto.

B.1.2. Maximizar el uso del tiempo ordinario y aumentar la productividad

Se debe promover que los hospitales funcionen casi al 100% por al menos 16 horas del día y que el resto de los establecimientos funcionen las horas que sean necesarias usando, como regla general, la jornada ordinaria. Cualquier medida que se tome en materia de plazas y salarios, debe ser acompañada del establecimiento de un sistema de control del cumplimiento de horarios y de funciones individualizadas de todo el personal durante la jornada ordinaria completa de trabajo (productividad), vinculado a la evaluación individual anual de cada funcionario y de su superior inmediato, de forma tal que los pagos extraordinarios no sean un incentivo perverso para el incumplimiento de funciones y tareas del personal. Pero además, en caso de que los tiempos extraordinarios sean estrictamente necesarios, igualmente se debe maximizar el uso del tiempo y de la productividad en ellos.

R.26. Establecer el control de horarios y de la productividad como una prioridad institucional.

Este es un problema especialmente importante en el caso de los servicios médicos. El control es una responsabilidad directa de los Jefes de Servicio de los centros de salud, a quienes debe exigírseles velar por el cumplimiento de los horarios de todo el personal durante la jornada ordinaria, so pena de sanciones administrativas.

R.27. A más tardar en enero del 2013 haber puesto en marcha el segundo turno en los tres hospitales que más recursos destinan a tiempo extraordinario (Hospital Calderón Guardia, Hospital San Juan de Dios y Hospital Nacional de Niños).

Esto sin desmedro de que, como es deseable, simultáneamente se avance en el resto de los establecimientos de salud del país.

B.1.3. Reasignar, reducir y desacelerar fuertemente el crecimiento de plazas

Entre los años 2005 y 2010 se crearon 11.164 plazas, de las cuales un 44% correspondieron a plazas administrativas y de apoyo y a 122 a jefaturas, mientras que solamente 423 plazas (3,8%) correspondieron a médicos especialistas (cuadro 5).

Cuadro 5
SEM: plazas nuevas creadas entre 2005 y 2010 por grupo ocupacional

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	total	%
Total	1.161	1.763	2.228	2.771	1.459	1.782	11.164	100,0
Jefaturas	11	18	21	22	22	28	122	1,1
Médicos especialistas	42	50	57	134	106	34	423	3,8
Profesionales médicos y apoyo	184	195	295	346	320	337	1.677	15,0
Personal de enfermería	318	371	429	701	469	726	3.014	27,0
Técnicos en salud	110	175	290	334	92	144	1.145	10,3
Profesionales administrativos	162	292	248	302	234	153	1.391	12,5
Otros puestos administrativos	230	363	457	464	125	193	1.832	16,4
Personal de servicios generales	104	299	431	468	91	167	1.560	14,0

Fuente: Dirección de Recursos Humanos.

Estas cifras son consistentes con una fuerte expansión en la estructura administrativa, que se refleja en un incremento en el número de Gerencias, Direcciones Institucionales, Jefaturas y otras estructuras menores, sin que se haya cerrado ninguna de las existentes, con un importante impacto negativo sobre las finanzas institucionales y sin mejoras en la gestión institucional, lo que justifica un reestructuración -aspecto que se retomará con mayor detenimiento en el próximo capítulo-.

La recomendación específica para esta sección es la siguiente.

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 reducirlas. 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.

Además, para el futuro inmediato se recomienda:

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.

Ello implica que debe haber una justificación muy precisa de cada una de las nuevas plazas que se van a crear cada año. La excepción para que se den incrementos superiores en el número de plazas que resultan de la aplicación del criterio anterior, es en aquellos casos en que con la debida comprobación, se produce la conversión de tiempo extraordinario en plazas de segundo y

tercer turno. De acuerdo al principio de equidad se debería buscar que el beneficio de nuevas plazas privilegien las regiones periféricas (Brunca, Chorotega, Huetar Atlántica, Huetar Norte y Pacífico) y no en las centrales, donde se ha concentrado el crecimiento de los últimos años. Además, se deben privilegiar las plazas de atención directa sobre las administrativas.

B.1.4. Mantener los salarios en términos reales hasta que se recupere la sostenibilidad financiera del régimen

A lo largo del tiempo se han promovido ajustes salariales por diferentes mecanismos, tanto internos (estudios de grupos ocupacionales, estudios de percentiles propios de la institución, rebalanceo salarial, etc.) como externos (percentil 50 para los profesionales del servicio civil, resoluciones del Servicio Civil sobre enfermeras, y otros). En los últimos años estos ajustes tuvieron un fuerte impacto sobre las finanzas institucionales, que los hacen insostenibles aún hoy día. Por ello, hasta lograr el equilibrio financiero de la institución se recomienda mantener los salarios en términos reales, según se indica a continuación.

R.30a. (Carrillo, Naranjo y Sauma) Mientras se recupera la sostenibilidad financiera de corto plazo del régimen, si la Junta Directiva decide otorgar a sus funcionarios los ajustes salariales ordinarios decretados por el Gobierno de la República para sus empleados, se recomienda sumar el salario base y la anualidad, y que en conjunto no superen el incremento decretado.

R.30b. (Martínez) Hasta que se restablezca la sostenibilidad financiera del SEM, los incrementos de los salarios reales no deben ser mayores a los incrementos en el costo de vida.

Además de esa recomendación general, hay algunas específicas sobre el mismo particular:

R.31a. (Carrillo, Naranjo y Sauma) Posponer los incrementos en el porcentaje de anualidad a los empleados no profesionales a realizarse en los años 2012-2015, según el “Plan de rebalanceo salarial de los trabajadores no profesionales de la CCSS, 2009-2016” aprobado por la Junta Directiva en el año 2009, hasta que se logre un equilibrio financiero sostenido del régimen.

R.31b. (Martínez) Renegociar con las organizaciones sindicales el plazo para la aplicación de los incrementos acordados en el porcentaje de anualidad a los empleados no profesionales a realizarse en los años 2012-2015.

R.32a. (Carrillo, Naranjo y Sauma) Posponer el aumento en el salario base de los profesionales en ciencias médicas pendiente para el 2012, aprobado por la Junta Directiva en el año 2010, hasta que se logre el equilibrio financiero del régimen.

R.32b. (Martínez) Sujetar el aumento en el salario base de los profesionales en ciencias médicas pendiente para el 2012, aprobado por la Junta Directiva en el año 2010, a que se implementen

las medidas de reorganización de jornadas ordinaria y extraordinaria recomendadas por el grupo de expertos.

Martínez hace la diferencia entre profesionales de las ciencias médicas y otros funcionarios, debido a los diferentes puntos de partida que en materia de anualidades hay entre ellos (5,5% y menos de 3% respectivamente -excepto enfermeras que tienen 3,5%-).

Para ordenar el tema salarial, la Junta Directiva de la institución había acordado la realización de un estudio integral de puestos, el cual es de suma importancia, especialmente porque pretende evitar la ruptura de ciertos equilibrios salariales internos que se dan cada vez que algún grupo o grupos ocupacionales demandan la realización de estudios grupales. Sin embargo, se trata de un estudio muy costoso, que la institución no se encuentra en posibilidad de realizar hasta que mejoren sus finanzas.

R.33. Posponer la realización y aplicación del estudio integral de puestos y de cualquier estudio grupal o de otro tipo hasta que se logre el equilibrio financiero del régimen.

Por otra parte, aparentemente hay jefaturas administrativas que no están contempladas en el organigrama institucional pero se ejercen ‘de hecho’, con los pagos correspondientes. Esa situación debe ser regularizada, eliminando la función de jefatura y trasladándola al superior inmediato que la esté ejerciendo a derecho.

R.34. En un plazo no mayor de tres meses se deben eliminar todos los pagos por concepto de jefatura a todas aquellas jefaturas administrativas que no están debidamente reconocidas como tales en el organigrama institucional.

Todo el personal debe obligatoriamente tomar las vacaciones establecidas por ley durante el período correspondiente. Se propone que quienes no lo hagan las pierdan, pero que su compensación no sea una opción válida. Si fuese necesario, la CCSS debe formular y promover las modificaciones legales que correspondan.

R.35. A partir 1 de octubre del 2011 no debe haber compensación por vacaciones.

La institución cuenta con un gran número de pluses salariales, que van desde pagos por alimentación hasta pagos adicionales por residir en lugares alejados. Si bien algunos de estos pluses salariales están contemplados en leyes y otros son resultado de negociaciones de grupos específicos, en muchos casos se conservan a pesar de los cambios en el contexto económico y social. Por ello, se recomienda una revisión de todos los pluses, de cara a lograr una política salarial institucional más transparente, simple y eficiente, aunque ello implique modificaciones legales.

R.36. Simplificar y hacer más transparentes los pluses salariales existentes.

Por último, el pago por dedicación exclusiva de los profesionales se realiza de forma generalizada, como un complemento salarial encubierto.

R.37. (Carrillo, Martínez y Naranjo) Eliminar la práctica de la dedicación exclusiva generalizada en algunas profesiones y reservarla para situaciones que lo ameriten.

B.1.5. Introducir cambios en el pago por cesantía

Aunque contablemente no forma parte del gasto en remuneraciones, el pago por concepto de cesantía fue un elemento relevante de la política salarial en los últimos años. En mayo del 2008 la Junta Directiva de la institución aprobó el aumento en el número de años a considerar para el pago de cesantía de los 12 años vigentes, a 14 años a partir de julio del 2008 y a 15 años a partir de julio del 2009. Posteriormente, a finales del 2009 se aprobó un nuevo aumento, esta vez hasta 20 años, en un proceso gradual que culminará en julio del 2016.

El rubro prestaciones legales (que incluye el pago de cesantía propiamente más otros conceptos que también se liquidan en las prestaciones, como vacaciones acumuladas, aguinaldo y salario escolar; aunque más del 80% del monto corresponde a la cesantía), aumentó su participación relativa dentro del gasto total del régimen de 0,9% en cada uno de los años 2002 a 2007, a 1,1%, 1,2% y 1,7% en los años 2008, 2009 y 2010 respectivamente. En los años 2002 a 2007 el número de años reconocidos por cesantía fue 12, y en 2008, 2009 y 2010 fue de 14, 15 y 16 respectivamente.

Es decir, con el aumento del número de años reconocidos de 12 a 16, la importancia relativa del rubro dentro del gasto total casi que se duplicó (al pasar de 0,9% a 1,7%), y aún falta el impacto del incremento a 20 años. Este crecimiento vertiginoso convierte el rubro en uno de los más relevantes dentro de la estructura de gasto del régimen, y que por lo tanto, debe ser considerado en su especificidad.

Es necesario destacar que el comportamiento observado en el gasto efectivo por cesantía dista muchísimo de las proyecciones que la Dirección Actuarial presentó a la Junta Directiva para justificar el incremento. En el cuadro 6 a continuación se muestra la estimación realizada por la Dirección Actuarial del costo de la cesantía incluyendo el aumento en el número de años, y los pagos efectivamente realizados (se considera la cesantía propiamente y no los otros rubros que se liquidan junto a ella). Como se desprende de ese cuadro, en el año 2008 los pagos efectivamente realizados fueron prácticamente el doble de los estimados por la Dirección Actuarial, en el 2009 más de un 70%, y en el 2010 un 60%.

Cuadro 6
Pagos por concepto de cesantía según estimaciones de la
Dirección Actuarial y pagos realizados, 2008-2011

	Estimación de la Dirección Actuarial 1/		Gasto realizado (millones colones) 2/	Diferencia (realizado menos estimado)	
	con aumento a (años)	millones colones		millones colones	%
2008	14	3.446,3	6.909,0	3.462,7	100
2009	15	6.104,0	10.417,2	4.313,2	71
2010	16	10.842,7	17.306,0	6.463,3	60
2011	17	13.068,6	n.d.	-	-

1/ Las estimaciones para 2008 y 2009 fueron tomadas de la presentación realizada a la Junta Directiva en la sesión No. 8253 del 29 de mayo del 2008, y las de 2010 y 2011 del documento “Plan de rebalanceo salarial de los trabajadores no profesionales de la CCSS, 2009-2016”, cuadro 6. Para convertir en colones corrientes estos dos últimos años se utilizó una inflación de 6% anual.

2/ Estimación a partir del Sistema de Información Financiera (incluye solamente pagos realizados por el SEM en la cuenta contable 360-06-7).

Las cifras disponibles hasta el 2010 -que corresponden al reconocimiento de hasta 16 años por concepto de cesantía-, ponen en evidencia que se trata de un disparador del gasto con un carácter explosivo, cuya magnitud lo pone a competir con otros rubros de gasto imprescindibles para la prestación de los servicios de salud a los asegurados, y cuyo verdadero impacto sobre las finanzas institucionales se desconoce.

R.38a. (Carrillo, Naranjo y Sauma) De forma inmediata se debe revertir el incremento en el número de años a reconocer por concepto de cesantía, a los 12 años establecidos originalmente.

En de suma importancia también que se determine si los funcionarios que elaboraron las proyecciones inexactas tienen alguna responsabilidad, pues a partir de ellas se tomaron decisiones.

R.38b. (Martínez) Modificar el cálculo del pago de la cesantía ampliando el número de salarios de referencia e introduciendo un monto máximo de remuneración por este concepto.

Aclara Martínez que el impacto relativo de este incremento a los profesionales en ciencias médicas y, en general, a los salarios más altos, es muy probablemente el que agudizó el incremento previsto, no solo por el monto de sus salarios, sino por el impacto que en el cálculo del salario promedio tiene la existencia de diversas jornadas extraordinarias. Es de esperar que la eliminación de la jornada extraordinaria de forma permanente planteada por la Comisión (incluyendo no solo las guardias sino también las disponibilidades) tenga una incidencia directa en la moderación del peso relativo del auxilio de cesantía en el presupuesto institucional. Lamentablemente, a pesar de que fue solicitada, no fue proporcionada la información que ilustraría este argumento.

Por ello, propone dos medidas para limitar el impacto de este rubro:

- i) Que sobre los 12 meses y hasta el tope respectivo, el salario promedio para el cálculo del auxilio de cesantía se calcule con base en el salario efectivamente devengado en los últimos 24 meses (en lugar de los 6 actuales), de forma tal que se limite la posibilidad de incrementar desproporcionadamente, por medio de jornadas extraordinarias, el salario devengado en los últimos meses y con ello impactar el monto a recibir por auxilio de cesantía.
- ii) Que, independientemente del tope de cesantía acordado, exista un monto máximo único (revisable periódicamente) que se puede reconocer por concepto de auxilio de cesantía, de forma tal que se limite el impacto relativo de los salarios más altos en la institución en este rubro.

Carrillo, Naranjo y Sauma reconocen que las medidas propuestas por Martínez contribuyen al alivio del impacto del pago de la cesantía sobre las finanzas del seguro de salud; sin embargo consideran que no garantizan que se contrarreste el carácter explosivo de ese pago. En todo caso, se deben realizar las proyecciones considerando todas las alternativas, para que la Junta Directiva tome la mejor decisión.

B.2. Reducir costos innecesarios en compras de bienes y servicios y almacenamiento

Los esquemas de compras de materiales y suministros tienen como problema inicial su opacidad: es difícil identificar en el proceso sus debilidades y fortalezas. Esto se puede prestar a actos de corrupción.

Resulta cuestionable que administrando el bodegaje y distribución de medicamentos e insumos médicos por montos multimillonarios, la Gerencia de Logística no cuente con un programa maestro de administración de inventarios. Esto afecta la confiabilidad, oportunidad, integración y consistencia de los datos suministrados con respecto a la situación real. La presencia de diferencias entre lo ingresado en los sistemas informáticos y los conteos reales de la existencia física, o el retraso en la detección de que el nivel de los inventarios exigen el inicio de procesos ordinarios de compra, son el punto de partida para, si así se quiere, propiciar cerros o faltantes innecesarios, que obligan a compras directas y, peor aún, de emergencia (tanto en el nivel central como el local), las cuales generalmente resultan más costosas, pero que deben ser realizadas para no afectar a los usuarios de los servicios de salud.

La ausencia de un sistema integrado y en tiempo real que consolide la demanda del sistema de salud en su conjunto, lleva a los establecimientos a hacer compras directas de medicamentos de la Lista Oficial de Medicamentos (LOM) y de la lista complementaria (Z) y compras de emergencia. Como resultado, se facturan montos unitarios por medicamento mucho mayores que en compras bajo economías de escala, y genera duplicidad administrativa con respecto a la Gerencia de Logística que dispone de una estructura para esta tarea. Debe señalarse que hay un

porcentaje menor de estas modalidades de compra atribuible a recursos de amparo por medicamentos que están fuera de la LOM.

Esto se relaciona con una manera compleja de definir lo que se compra, que hace dicha gestión de adquisición también opaca. Es preocupante el hecho de que los funcionarios de la Gerencia de Logística presentaran al equipo de especialistas únicamente los aspectos positivos de su gestión, obviando toda referencia a problemas –incluyendo posibles casos de corrupción como los recientemente reportados por la prensa-. Cabe destacar además que esta es una de las pocas áreas de la gestión institucional para la cual no fue posible obtener información completa y suficientemente detallada para análisis de este equipo.

El volumen y costo del inventario de las operaciones logísticas de la CCSS demanda contar con un sistema de información de primer orden del cual actualmente se carece. Este sistema debe conectar en tiempo real el almacén central y su red, el almacén externo o arrendado, las unidades médicas de todo el país, las áreas de planificación institucional de las gerencias involucradas y las instancias de control interno, para conocer la demanda real y la disponibilidad de medicamentos e insumos médicos. Se recomienda promover la adquisición de un programa maestro de adquisición de inventarios, y la debida capacitación al personal institucional operativo y de las otras áreas de la institución con injerencia en el tema.

R.39. Dotar los almacenes de la institución con personal técnico altamente capacitado y un sistema de información y control de inventarios adecuado.

El nivel central debe centralizar las compras de aquellos medicamentos e insumos que actualmente están comprando los establecimientos de salud a un mayor costo debido a la ineficiencia en la estimación de la demanda global y ante el riesgo de desabastecimiento, producto de problemas en la planificación y programación de compras. Dicha centralización debe asegurar las economías de escala con transparencia, precisión en la transparencia de la oferta y la demanda, y tiempos de respuesta adecuados a los establecimientos de salud. A los efectos de centralizar es imprescindible lograr los tres aspectos anteriores.

R.40. Centralizar las compras de medicamentos e insumos médicos (acorde con la propuesta de revertir el proceso de desconcentración que se realiza más adelante).

Se recomienda también una evaluación integral de las modalidades de compra, incluyendo un amplio conjunto de aspectos, como el estudio de la razonabilidad del precio, la conformación de las comisiones técnicas, etc.

R.41. Evaluar las diferentes modalidades de compra de medicamentos que se han utilizado en los últimos años, a fin de definir el mejor procedimiento a aplicar a partir del 2012.

Se recomienda acelerar la incorporación de la CCSS a las ofertas públicas mediante Gobierno Digital, para hacer más transparentes las compras.

R.42. Transparentar las compras de excepción recurriendo a ofertas públicas mediante Gobierno Digital.

En el mismo sentido anterior, se recomienda generar en la página web de la institución un vínculo que permita a cualquier persona o empresa interesada dar seguimiento a los procesos de compra de medicamentos e insumos médicos con toda la información requerida para dar transparencia a las compras institucionales.

R.43. Publicar mensualmente en la página web de la institución las compras adjudicadas.

Con base en un análisis de la demanda real de un número definido de años más que en los procesos de compra realizados, se recomienda definir topes anuales a las compras directas y de emergencia de medicamentos e insumos médicos. En el caso de las compras de excepción, este tope debe ser muy restrictivo en tanto se tenga el sistema de información recomendado previamente.

R.44. Definir topes anuales a las compras directas y de emergencia de medicamentos e insumos médicos, tanto en número como en volumen de recursos.

También es importante que haya un mayor control sobre el despacho de medicamentos. En principio no debería haber duda sobre las cantidades de cada medicamento que salen de los almacenes de la institución, así como los despachados en las farmacias. Sin embargo, no hay certeza de que exista un control total sobre la cantidad de medicamentos que efectivamente llegan a las personas aseguradas, y si hay alguna desviación de ellos.

R.45. La Gerencia de Logística o el órgano que ejerza dicha función debe establecer mecanismos transparentes y que brinden información en tiempo real sobre el flujo y condición de medicamentos desde que ingresan a los almacenes institucionales hasta que son recibidos por las personas aseguradas. La Auditoría Interna, por su parte, debe realizar las acciones pertinentes dentro de su quehacer para garantizar que no haya desviaciones en su uso final.

La Gerencia de Logística cambió el modelo de compras y almacenamiento para reducir costos por este último, lo cual aparentemente se dio. Incluso, se espera que uno de los beneficios del nuevo sistema sea la reducción en el inventario de productos vencidos. Sin embargo, podría estar sucediendo que la reducción en los niveles de inventario esté resultando en un aumento en las compras directas de emergencia, con un costo adicional que podría resultar mayor a los beneficios del cambio de modelo.

R.46. En un plazo no mayor de 9 meses, debe contarse con los resultados de una evaluación costo-beneficio externa, que compare los beneficios de la reducción en los costos de almacenamiento y vencimiento de los medicamentos y otros productos, respecto al posible

incremento en el costo de adquisición de esos productos por aumentos en el desabastecimiento, y proponga los cambios pertinentes.

Por último, y no menos importante, se debe hacer referencia al Reglamento para el registro de medicamentos biosimilares. Si bien ese es un tema que corresponde al Ministerio de Salud, no puede dejarse de lado cuando se trata la sostenibilidad financiera del seguro de salud.

Los medicamentos de última generación basados en biotecnología son cada día un porcentaje mayor de los nuevos medicamentos aprobados. Se utilizan para tratar enfermedades especializadas, como enfermedades metabólicas, tipos específicos de cáncer, esclerosis múltiple, etc. Su precio usualmente es mayor a US\$ 50.000 por año por paciente, y como tratan enfermedades crónicas o semi-crónicas, se tienen que adquirir para toda la vida del paciente.

Hoy día el gasto del SEM en estos medicamentos biotecnológicos es de US\$ 23 millones por año, lo que representa un 13% del presupuesto institucional de medicamentos. Dado el carácter de cobertura universal y total del SEM, el presupuesto que se tendrá que dedicar a la compra de estos medicamentos crecerá considerablemente en los próximos años, y en una década podría representar más de US\$ 100 millones por año.

El alto precio de estos medicamentos biotecnológicos se ve afectado porque se trata de productos innovadores, por lo que una opción para su reducción es la adquisición de productos ‘biosimilares’ (que es como se llama al equivalente de los ‘productos genéricos o similares’ en el caso de los medicamentos basados en compuestos químicos).

Costa Rica no cuenta en la actualidad con mecanismos expeditos para la aprobación de productos ‘biosimilares’, y prácticamente se exige a los fabricantes o importadores repetir todos los estudios de eficacia y seguridad que se realizaron para el primer producto desarrollado. Esto es sumamente costoso y lento. Por ello, resulta de gran importancia para el seguro de salud que el Ministerio de Salud reglamente un mecanismo abreviado para aprobar estos tipos de medicamentos, como ya existe en la Comunidad Europea, Canadá y Australia.

R.47. Instar al Ministerio de Salud para que en forma expedita y urgente presente a la Presidencia de la República un Reglamento para el registro de medicamentos biosimilares.

B.3. Evaluar la efectividad de la vacuna del neumococo

Luego de que entre los años 2004 y 2007 la institución gastara entre 1.000 y 1.700 millones de colones anuales en vacunas, en el año 2008 y posteriores el monto aumentó a más de 4.000 millones de colones. La principal causa de este incremento fue la introducción de la vacuna contra el neumococo en el esquema básico de vacunación obligatoria de la población por parte de la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología. Sin embargo, hay algunas dudas sobre aspectos relativos la forma como se ha manejado lo referente a esta vacuna, incluyendo los estudios que justifican su aprobación, así como los mecanismos de compra. Escapa a las

responsabilidades del equipo de expertos profundizar en esos aspectos, como sí debería hacerlo la Auditoría Interna de la institución, pues es relevante por su impacto en las finanzas institucionales.

R.48. Realizar un estudio de costo-efectividad de la aplicación de la vacuna de neumococo de forma universal respecto a la aplicación a poblaciones de riesgo, siguiendo las metodologías generalmente aceptadas para este tipo de estudio. Dependiendo de los resultados que se obtengan, se debería solicitar a la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología una revisión del acuerdo sobre esta vacuna.

B.4. Contención de otros gastos

R.49. Evitar abusos y fraudes en las incapacidades.

Como promedio para el período 2000-2010, las incapacidades han representado un 4% del gasto total del seguro de salud. Junto con las remuneraciones (60,8%), el gasto en medicamentos (8,5%) y un gasto mínimo de inversiones (3%), constituyen la parte más estructural del gasto (76,3% como mínimo), y por lo tanto una limitación para el crecimiento de los demás gastos (pago de servicios, compra de suministros, etc.. En el año 2010, las incapacidades otorgadas a los empleados de la CCSS significaron un promedio de un mes por empleado. La reciente decisión de las autoridades de la CCSS de cumplir con el dictamen de la Procuraduría General de la República en lo referente a considerar el pago de las incapacidades a sus propios empleados como un subsidio y no como salario, definitivamente traerá reducciones en este rubro, pero por sí solo ello no es suficiente. Se recomienda modificar el sistema de registro, control y pago de incapacidades (RCPI), para que permita evitar abusos y fraudes y brinde información oportuna y confiable sobre las incapacidades.

R.50. Migrar a software libre en un plazo máximo de dos años.

Entre los años 2008 y 2010 la CCSS pagó mas de 5.000 millones de colones por concepto de licencias de software, incluyendo software ofimático, soporte de aplicaciones web, soporte de bases de datos, software de seguridad (antivirus, filtros de contenido, certificados de seguridad) y otros. Para los años 2012 a 2016 la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones estima que un gasto por este concepto de 9.642 millones, de los cuales cerca de la mitad corresponde a licenciamiento de software ofimático y de productividad, es decir, las aplicaciones de escritorio (procesadores de texto, correo, acceso, navegación, antivirus, etc. de todas las computadoras institucionales del país. Dado que para la mayoría de esas aplicaciones existe software libre, gratuito, se recomienda iniciar un proceso de migración hacia ese tipo de software, de forma que en un máximo de dos años se hayan sustituido la mayor parte de los sistemas operativos y de las aplicaciones de escritorio.

Esta migración es posible, y hay experiencias muy avanzadas en el país, como la del Poder Judicial, que deben ser tomadas en cuenta a nivel institucional.

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

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 CENDEISSS 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.

R.52. Cumplir con la política institucional de contratación de servicios a terceros adjudicándolos "solo por la vía de excepción y como complemento a la oferta institucional".

La Junta Directiva de la CCSS estableció como política para los años 2007 a 2012, que las contrataciones a terceros se deberían realizar "solo por la vía de la excepción y solo como complemento a la oferta institucional". Sin embargo, los montos presupuestados y efectivamente gastados por la CCSS en los últimos años parecen no concordar con dicha definición de política institucional. Los gastos por 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.

La Caja debe interiorizar muchos servicios que hoy subcontrata, como aceleradores lineales y otros.

C. PRESUPUESTO GENERAL

C.1. Lograr eficacia en el control presupuestario de la CCSS

Mediante el inciso d) del Artículo 1 "Ámbito de Aplicación" de la Ley de Presupuestos Públicos 8131 de 16 de octubre del 2001, se eximió a la CCSS de la aplicación de esta Ley, que define las funciones de la Autoridad Presupuestaria en el establecimiento de directrices de empleo y salariales, así como de lineamientos presupuestarios y de inversiones.

En el año 2007, la Contraloría General de la República (CGR) no aprobó el exceso en tiempo extraordinario que contenía el presupuesto correspondiente, porque extralimitaba el monto máximo que la misma Junta Directiva de la CCSS había definido en su política de gasto para ese año en particular. En esa oportunidad, la CGR llamó la atención de la Junta Directiva sobre el aumento considerable en suplencias, disponibilidades, compensación de vacaciones y recargo de funciones, las cuales objetó argumentando que en 2006 se crearon 1.382 plazas precisamente para justificar la atención de estos rubros.

Durante el período bajo análisis, la CCSS continuó su política de gastos personales crecientes en detrimento de otros gastos e inversiones esenciales para el buen funcionamiento de la institución. El renglón de gastos personales aumentó de 313.613 millones en el año 2006, a 799.113 millones en el 2010, año este último en que la CCSS arrojó un déficit financiero cercano a 95.000 millones de colones.

En reiteradas oportunidades la CGR llamó la atención de la CCSS sobre la falta de políticas salariales y de empleo, "de gran importancia para la sostenibilidad financiera de la institución"; no obstante, no fue omisa en señalar que la aprobación de esos presupuestos no implican aval alguno de la CGR en relación a los montos presupuestados o gastados por la CCSS.

Es evidente que las políticas de empleo y salariales de la CCSS han sido aplicadas en completa autonomía, fuera de proporción con el resto del sector público costarricense y mucho más allá de las posibilidades económicas y financieras de la institución, y que los controles de la Contraloría General de la República fueron ineficaces en evitar la crisis financiera de la CCSS.

R.53. La Auditoría Interna de la CCSS debe poner en el sitio web institucional, como medida esencial para asegurar la transparencia y el conocimiento de la ciudadanía sobre la situación financiera de la institución, los presupuestos, modificaciones presupuestarias, ejecución presupuestaria, y las notas de aprobación o no aprobación de los presupuestos ordinarios y extraordinarios por parte de la Contraloría General de la República. Deberá así mismo llevar el control de cumplimiento de las órdenes o peticiones emanadas de la CGR relativas a las aprobaciones presupuestarias de la CCSS.

R.54. (Carrillo) Elaborar un proyecto de ley de modificación al inciso d) del Artículo 1 "Ámbito de Aplicación" de la Ley de Presupuestos Públicos 8131 de 16 de octubre del 2001, a fin de que la CCSS sea sometida de nuevo a la Autoridad Presupuestaria en materia de presupuesto, plazas, salarios e inversiones.

2. Gestión institucional y calidad de los servicios

La difícil situación financiera que atraviesa el SEM es solamente una de las manifestaciones de un grave problema de gestión institucional de larga data. Largos períodos de espera para citas o intervenciones con especialistas, así como para recibir los resultados de pruebas de diagnóstico, un enorme aparato administrativo con duplicación de funciones, una gran cantidad de médicos en funciones administrativas, ausencia de rendimiento de cuentas, incumplimiento de horarios y otras situaciones, son clara evidencia de que nuestra institución emblema requiere un cambio profundo y urgente. En este sentido, la crisis financiera debe verse como una oportunidad para fijar el rumbo futuro de la institución, colocando a la población asegurada como el principio y el fin último de los modelos de atención y de gestión.

A. DIRECCIÓN SUPERIOR

La dirección superior de la institución es nombrada en sus puestos mediante criterios opacos. Prueba de ello es la ocupación de cargos durante periodos prolongados, prórrogas y alternabilidad en el ejercicio del cargo de gerentes, subgerentes y mandos medios sin mediar concursos. A su vez, se ha producido un aumento rápido del número de gerencias así como de los puestos de dirección y jefaturas, y esto 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 quita 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 reflejen 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 estas oficinas en su apoyo al nivel operativo, razón de ser del nivel central.

Uno de los problemas principales de 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 Administrativa, para mencionar sólo un ejemplo que se repite entre las otras gerencias.

El porcentaje del presupuesto que absorbe el nivel central o sus unidades de apoyo parecer ser muy alto, muy por encima del 8% que establece la ley constitutiva de la institución en su artículo 34. Hay ambigüedad en lo que se debe considerar como nivel central, especialmente por la existencia de tres “unidades de apoyo” supuestamente desconcentradas, cuyos gastos no se

contabilizan en el nivel central, pero se encuentran ubicadas y cumplen funciones sustantivas en gerencias del nivel central.

En el capítulo anterior se presentó una serie de propuestas para solucionar el problema financiero en el corto plazo (a más tardar en el 2015). Sin embargo, esas recomendaciones por sí solas no garantizan ni la sostenibilidad financiera a un plazo mayor, y lo que es peor, ni la sostenibilidad en los servicios de salud que brinda la institución. Para que se logre esa sostenibilidad se debe realizar, con carácter urgente, una serie de cambios institucionales.

Al igual que en el capítulo anterior, no se trata aquí de mostrar un listado completo de los cambios requeridos, ni entrar en el detalle de su implementación, sino que se presentan aquellos que el equipo de especialistas consideran relevantes y de realización urgente. Los mismos se presentan a continuación, sin un orden en particular, con una breve justificación en cada caso.

R.55. Renovar los mandos superiores en un período de 18 meses.

Los puestos de gerentes, directores institucionales, directores (médicos y administrativos) de instancias desconcentradas y directores regionales deberán ser sacados a concurso público, abierto y transparente, diseñado en un proceso gradual a ser desarrollado en 18 meses. Se debe proceder primero con los gerentes -en un plazo de seis meses-, y luego con las demás jefaturas, en un plazo de un año a partir del nombramiento de los gerentes. Este proceso debe tener total garantía de imparcialidad, con perfiles de puesto adecuados a los más altos estándares profesionales y de rendición de cuentas, con apoyo de un ente externo, ajeno a la CCSS y especializado en este tipo de actividades. El plazo de nombramiento no debe ser superior a 4 años. El perfil debe considerar un salario acorde con el puesto.

Se deben realizar las modificaciones legales necesarias para que los puestos en propiedad sean transformados en nombramientos a plazo fijo, por períodos cortos de tiempo, pero con la opción de renovación. Debe privar el interés público de un acceso a puestos basado estrictamente en el mérito. En tanto cumplan con los requisitos, las personas que actualmente ocupan esos puestos podrán participar en los concursos públicos.

R.56. Reestructurar el nivel central, simplificándolo y reduciendo su tamaño.

Se debe realizar una reestructuración profunda del nivel central, en la que participen especialistas externos de muy alto nivel dedicados a la organización y administración de servicios de salud.

Mientras ello ocurre:

- i) no deben crearse nuevas unidades en la estructura organizacional y se debe buscar la simplificación, la homologación y la eliminación actual de duplicaciones;
- ii) se debe valorar la posibilidad de integrar las funciones que actualmente desarrollan las gerencias de Logística y de Infraestructura y Tecnologías, en la Gerencia Administrativa;

- iii) se deben concentrar las unidades funcionales de apoyo (por ejemplo, una única dirección o jefatura de estadística o sistemas de información con equipos de trabajo especializados para cada gerencia pero bajo su mando); y
- iv) se debe promover el traslado voluntario de personal al nivel operativo (servicios de salud).

R.57. Comisiones con responsables directos y plazos definidos.

Como parte de la fragmentación y descoordinación entre gerencias, uno de los mecanismos más utilizados en la institución para atender los asuntos intergerenciales o temas transversales es el nombramiento de comisiones. Generalmente estas comisiones son conformadas por un gran número de personas, pero sin que algunas de ellas sea designada oficialmente como responsable de que la comisión logre el objetivo propuesto. Además, generalmente no se fijan plazos para la obtención de resultados.

Esta práctica es nefasta para la institución, pues las comisiones tardan muchos meses o años en producir algún resultado -que no siempre es el esperado-, los miembros de la comisión cambian frecuentemente -con lo cual se diluyen responsabilidades-, no hay un responsable por lo que sucede, y quienes participan restringen su atención a las labores ordinarias.

Por ello, se recomienda evitar al máximo las comisiones, y que los asuntos intergerenciales sean resueltos directamente entre los gerentes o los directores institucionales a quienes corresponde. En caso de que sea imprescindible la creación de una comisión, necesariamente se debe designar a un funcionario como responsable, establecer el plazo máximo en que la comisión deberá rendir sus frutos, y contar con mecanismos de seguimiento y verificación.

R.58. Instaurar un sistema obligatorio de rendición de cuentas de las jefaturas.

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. Por ello, al nivel de gerentes, directores institucionales, directores médicos y administrativos de instancias desconcentradas y directores regionales, se deben definir mecanismos para que anualmente rindan cuentas sobre el cumplimiento de las metas que les correspondía cumplir.

Parte del problema se relaciona con el nombramiento en propiedad de estos funcionarios, lo que les permite permanecer en el puesto cumpliendo con lo mínimo. La institución renovada requiere de jefaturas que asuman los retos y responsabilidades que implica el puesto, rindiendo cuentas anualmente, y en caso de incumplimiento debidamente justificado, puedan ser removidos de sus cargos. Por ello, se recomienda tomar las acciones pertinentes, a que ya se hizo referencia, para que estos puestos sean con nombramientos por plazo fijo, por períodos de tiempo menores a cuatro años, con la opción de renovación. La rendición de cuentas debe ser realizada ante la Junta Directiva de la institución, la cual también tendrá el poder de remoción.

R.59. Fortalecer la planificación, el seguimiento y la evaluación y el sistema de información para la toma de decisiones, concentrado en una sola Dirección.

Desde 1990 la CCSS cuenta con una instancia administrativa centralizada dedicada a la planificación, la Dirección de Planificación Institucional (DPI), que funciona como unidad de apoyo dependiente de la Presidencia Ejecutiva, coordinando con las unidades de planificación de cada gerencia. Sin embargo, la falta de planificación estratégica de largo plazo, que se reflejaba en documentos estratégicos que eran principalmente enunciados generales, sin metas anuales concretas, ni responsables, ni asignación de recursos para su cumplimiento, llevó a que la Junta Directiva aprobara en agosto del 2007 la creación de una Secretaría Técnica de Planificación Estratégica (STPE) como unidad asesora del Consejo de Presidencia y Gerentes. También se le encomendó a esta Secretaría asesorar en materia del portafolio de proyectos de inversión, fundamental para la CCSS.

Esta Secretaría ha realizado avances, pero como dice la CGR en su Diagnóstico DFOE-SOC-079, no se ha dado integración de planificación en la institución y las iniciativas se han venido implementando con demasiada lentitud, no contando aún con un sistema de indicadores de planificación integrado entre los actores, llámese gerencias y las dos unidades a cargo. La DPI sigue actuando igual que en el pasado y la Secretaría viene cumpliendo un rol de seguimiento a los DFOE emitidos por la CGR, en lugar de seguir promoviendo y participando activamente en la planificación estratégica que ella misma propuso.

Es decir, pareciera que las instancias administrativas que se dedican a la planificación andan cada una por su lado, sin que exista una visión estratégica e integral de futuro de la institución. Tampoco se viene dando, como señalan DFOE de la CGR como el IF-30-2010 y el SOC-07-2009, una cultura de trabajo por proyectos, ni una cultura de evaluación, y generalmente los indicadores a los que se da seguimiento no son los más relevantes. En este sentido, múltiples instancias generan información (estadística y de otro tipo) de manera descoordinada; y además, mucha de esa información no es relevante para la toma de decisiones, y por el contrario, no se genera la información relevante para ello.

La recomendación específica es alinear la planificación institucional en sus distintos niveles con una única direccionalidad en su visión prospectiva. Para ello se requiere un alineamiento estratégico que permee y articule los planes anuales operativos de las diferentes dependencias con el plan de desarrollo de los servicios de salud y con la elaboración del presupuesto. Por medio de indicadores en cascada, todos los niveles de gestión de la institución deben integrarse en el sistema estadístico institucional. La ejecución de los planes y el desempeño de las unidades especializadas e instancias planificadoras, deben ser evaluados externamente.

Desde el punto de vista organizativo, la planificación institucional debe concentrarse en una única Dirección institucional.

R.60. Garantizar una inversión física de al menos 6% del gasto total del SEM.

La CCSS cuenta con un plan de inversiones para 2009-2013, que incluye un portafolio de inversiones en infraestructura, equipo médico, equipo industrial y tecnologías de inversión. El costo estimado de las inversiones contempladas en ese plan asciende a US\$ 660 millones para todo el período, lo cual como promedio anual para el período, representa cerca de un 6% del gasto total del seguro de salud.

Luego de que en el 2008 y 2009 esa inversión representara poco más del 6% del gasto de referencias, por los problemas financieros la participación se redujo a 2,9% en el 2010, y para el 2011 se prevé que apenas superará ese último porcentaje.

Para brindar adecuados servicios a la población asegurada, es muy importante desarrollar las inversiones previstas, por lo que de alguna manera se debe ‘proteger’ el monto planeado.

Se espera además que la institución mantenga los mecanismos de actualización de necesidades de inversión y de definición de prioridades de las mismas.

R.61. Dar un adecuado seguimiento a los acuerdos de Junta Directiva.

La institución no cuenta con un sistema de seguimiento de los acuerdos de Junta Directiva, que de cuenta de su cumplimiento. En el pasado se estableció un sistema en la propia Junta Directiva, que sin embargo, parece estar desactualizado. En todo caso, lo más adecuado es que, al igual que en otras instituciones públicas, sea la Auditoría Interna la que lleve un estricto control del cumplimiento de los acuerdos tomados por la Junta Directiva.

Además, los acuerdos de Junta Directa que ya se publican en la página web, deberían estar al día (actualmente llevan más de un mes de atraso). De igual forma, el seguimiento a dichos acuerdos debería ser público y accesible por el mismo medio.

R.62. Renovar el quehacer de la Auditoría Interna.

La auditoría interna institucional realiza un enorme trabajo, que se refleja en decenas de informes anuales. Sin embargo, generalmente estos informes no se refieren a los asuntos donde parecen concentrarse los mayores problemas de la institución, que incluso son *vox populi*: las compras a nivel central y desconcentradas, 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.

Por otra parte, 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 se coadyuven a la definición de políticas o normas a nivel institucional.

R.63. Centralizar el manejo de los recursos y las respuestas a la Sala Constitucional.

La CCSS es la institución del país que probablemente enfrenta la mayor cantidad de recursos ante la Sala Constitucional. Dichos recursos son dirigidos tanto a la administración central, como a las instancias desconcentradas, lo cual resulta en una gran heterogeneidad de argumentos para justificar ante esa Sala las actuaciones institucionales. Lo más adecuado es que esos recursos se manejen de forma concentrada, y que las respuestas correspondan a planteamientos institucionales únicos. La asesoría jurídica o al órgano existente al que se le asigne esta función deberá contratar un abogado especializado y con mucha experiencia en materia constitucional para que asuma esa responsabilidad.

R.64. Actualizar y alinear la normativa que afecta el quehacer institucional en materia de salud.

Además de sus propios problemas de gestión, la CCSS se ha visto afectada por una enorme cantidad de normativa (leyes y decretos), mucha de la cual corresponde a una visión del sistema de salud diferente al que buscaba la reforma de los años noventa, o simplemente promulgada en contextos temporales diferentes a los actuales (como por ejemplo la Ley de Incentivos Médicos, promulgada durante la peor crisis económica que ha enfrentado el país). Por ello, con una perspectiva de mediano plazo, se propone una revisión detallada de la normativa que afecta a la institución en lo referente de salud, que resulte en recomendaciones para su actualización y alineamiento respecto al sistema de salud deseable para el país, según se detalla más adelante.

R.65a. (Naranjo) Cambiar la conformación de la Junta Directiva.

Naranjo recomienda que la Junta Directiva de la CCSS esté integrada por siete miembros, igual que las demás instituciones autónomas. Entre los miembros de la Junta por lo menos deberá haber un médico, un abogado, un economista, un financista y un actuario. De esta manera se busca profesionalizar y tecnificar el más alto órgano de la institución. Este cambio es de la mayor trascendencia en el proceso de modernización de la Caja. El nombramiento, al igual que en las demás instituciones autónomas, será atribución del Consejo de Gobierno.

Por ello, insta al Gobierno de la República a estudiar los aspectos legales relacionados con el cambio propuesto, y realizar las acciones correspondientes.

Carrillo, Martínez y Sauma no comparten esa recomendación, y consideran que la conformación de la Junta Directiva debe mantenerse, aunque proponen:

R.65b. (Carrillo, Martínez y Sauma) Instar a los diferentes sectores representados en la Junta Directiva, para que las personas a las que encarguen esa representación sean profesionales con

demostrada idoneidad para la conducción de una institución compleja como la CCSS, y que tengan un evidente compromiso con la seguridad social del país.

Por su parte, Carrillo considera de suma importancia cambiar la figura de la Presidencia Ejecutiva por una Gerencia General, nombrada por la Junta Directiva, a fin de despolitizar el nombramiento de esa importante posición, y recomienda lo siguiente:

R.65c. (Carrillo) Proponer las modificaciones legales que correspondan a fin de que la Presidencia Ejecutiva de la CCSS sea sustituida por una Gerencia General, que sería nombrada por la Junta Directiva de una terna seleccionada mediante concurso público por una firma especializada externa a la CCSS. El Presidente de la Junta Directiva sería elegido entre los miembros de la Junta Directiva.

R.66. Conformar un grupo externo de transición que acompañe el proceso de cambio gerencial y organizativo.

El objetivo de este equipo será apoyar a la Presidencia Ejecutiva y a la Junta Directiva de la Caja en la ejecución de las recomendaciones de este informe que sean adoptadas por dicha Junta y, en general, en el proceso de cambio de la institución. Este equipo debería tener un máximo de 4 personas especialistas en materia financiera, médica, de logística y de recursos humanos. Deberán ser personas externas a la institución y no podrán concursar a puestos durante al menos los cinco años posteriores a su desempeño como parte de este equipo de apoyo. Deberán además tener intachables calidades éticas, alta idoneidad técnica, experiencia previa en administración o servicios públicos, y cualidades adecuadas para generar mística, deseos de cambio y una mejora en el clima organizacional de la Caja.

B. SERVICIOS DE SALUD CON EQUITAD, CALIDAD Y OPORTUNIDAD

Problemas de calidad en los servicios de salud se reflejan en los largos tiempos de espera que ponen en riesgo la vida y/o la condición de salud de la población asegurada y/o generan tratamientos posteriores más costosos para la institución, la familia y la sociedad. Las listas de espera se originan en una insatisfactoria organización de la red de servicios, en la indefinición del modelo hospitalario, en los escasos mecanismos de coordinación entre niveles y en la insuficiente capacidad resolutive de los servicios del primer nivel. Esto se combina con una insatisfactoria organización del turno ordinario y la ausencia de registros de horarios de los servicios médicos y de una evaluación de la productividad de médicos y personal especializado. El pago de horas extras, disponibilidades y tiempo extraordinario se ha convertido en una fuente de enormes egresos sin que redunde en mejores servicios para la población. Existe además una práctica desleal entre lo público y lo privado que es ampliamente conocida por toda la población. El caso de radioterapia es sólo uno enmarcado en una proliferación de clínicas y otros servicios privados en los alrededores de los servicios de la Caja.

Se desconocen los costos reales de atención en servicios de salud y de hecho dichos costos parecen ser variables entre establecimientos del mismo nivel de atención en diferentes regiones. Un problema de fondo es que presupuestos históricos (que solo se rompen con respecto a algunos servicios en función de criterios discrecionales poco claros) no corresponden a necesidades de la población atendida. Los compromisos de gestión tampoco han cumplido la función de vincular el presupuesto a metas sanitarias. Como ejemplo de la disociación entre metas sanitarias y asignación/gasto presupuestario, se observa que la región que tiene los menores gastos reportados es sistemáticamente la Región Huasteca Atlántica que es a la vez la que muestra los peores indicadores en salud.

Hay importantes inequidades de la atención (geográfica, socioeconómica, de acceso y utilización). No se recaba información que evidencie de manera desagregada (por ejemplo, geográficamente) las brechas de atención y menos aún sobre inequidades en salud, por lo que la toma de decisiones en todos los niveles podría estar obviando sus implicaciones y responsabilidad en su reducción, permanencia o intensificación.

Todos estos aspectos están relacionados con la ausencia del registro electrónico de atención que permita la recolección inmediata de la información en el lugar donde se ofrece la atención y su posterior análisis e integración a la toma de decisiones.

R.67. Revertir el proceso de desconcentración.

Por varios años ha tenido lugar la creación, mantenimiento e incorrecta interpretación de una política de desconcentración que lejos de mostrar beneficios ha conllevado 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 con 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.

Por ello, a partir de las facultades legales que le otorga a la Junta Directiva de la Caja la Ley de Desconcentración Hospitalaria y dentro del marco legal vigente, se recomienda revocar de manera inmediata las facultades desconcentradas (de compras, contratación de personal y presupuestaria), y manejarlas centralmente. Posteriormente se deberá discutir una nueva propuesta de desconcentración que considere metas y compromisos claros, mayores controles y mecanismos de evaluación, así como de sanción en caso de incumplimiento.

R.68. Fortalecer las subredes de atención a partir de cambios graduales en la asignación de los recursos.

Se trata de llevar a cabo pruebas piloto en las subredes que existen en la realidad³ las cuales generarían un "efecto demostrativo" positivo y viable en las restantes. El principal objetivo es promover la cooperación, y el sistema de referencia y contra referencia entre los tres niveles, mejorando la capacidad resolutive de cada nivel y la participación proporcional de los distintos niveles en metas sanitarias conjuntas.

Para ello se irá gradualmente pasando del presupuesto actual elaborado a partir de la tendencia histórica y que no necesariamente corresponden a necesidades de la población atendida, a una asignación presupuestaria prospectiva de recursos (en función de cambios demográficos y epidemiológicos en las respectivas áreas de influencia) a partir de información construida con las propias subredes de servicios seleccionadas y metas sanitarias ajustadas y desagregados a partir de la política nacional de salud. La CGR puede apoyar el proceso mediante evaluaciones de la gestión financiera administrativa por red de servicios.

R.69. Declarar el expediente electrónico una prioridad institucional, con plazo perentorio para su implementación a nivel nacional y en los tres niveles de atención.

El expediente electrónico permite conocer la atención que la CCSS brinda a cada persona asegurada. A partir de esta información es posible conocer si dicha oferta responde a criterios de equidad, calidad y oportunidad, por ejemplo, a partir de la comparación entre procedimientos llevados a cabo a distintas personas con los mismos padecimientos. También sería posible identificar y comparar el desempeño de los/as profesionales que le prestan los servicios de salud a la población. Finalmente, al consolidar toda la información de cada persona asegurada, el expediente electrónico permite evitar duplicaciones, especialmente en exámenes y recetas, así como mejorar los procedimientos de referencia y contra referencias entre niveles. Por todas estas razones el que la Caja no cuente aún con este instrumento raya en lo inadmisibles y debe corregirse sin dilaciones y partiendo de los desarrollos existentes. En este tema como en otros sistemas de información, debe partirse de lo que ya se tiene.

Dada la lentitud con que se ha avanzado en este tema, la recomendación es que no quede circunscrito a la CCSS. Debe existir un compromiso público con los asegurados sobre las fechas en que se podrá a su disposición los diferentes componentes del sistema. Se debe incorporar como asesores a actores nacionales solventes en materia de sistema de información, así como contar con una adecuada fiscalización de las contrataciones requeridas.

³ Estas subredes están identificadas en: Marín, Fernando y Luis B. Sáenz. 2009. **"Perfil de salud de la población cubierta por las redes y subredes de servicios incluidas en el portafolio de inversiones 2008-2014 de la CCSS."** Versión preliminar.

R.70. En un plazo máximo de un año, disponer de un sistema preciso de estimación de los costos institucionales de prestación de los diferentes servicios.

La CCSS dispone de un sistema de costos que le permite calcular los costos de estancia en 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.

Es muy importante disponer de un sistema que proporcione información precisa y oportuna sobre los costos institucionales, para el cobro de servicios (a no asegurados, al INS, etc., para las contrataciones de servicios a terceros (cooperativas, ASEMECO, UCR, así como las imágenes-diagnóstico, radioterapia, farmacias, laboratorios clínicos, y otros); y también para establecer la asignación presupuestaria a los establecimientos de acuerdo a su capacidad resolutive y problemas de salud a enfrentar.

R.71. Abordar el conflicto de intereses entre práctica pública y privada.

Una proporción importante de profesionales médicos de la Caja tienen también una práctica privada. Aunque ésta en sí misma no es un problema, la falta de claridad en las reglas de juego entre lo público y privado sí lo es, e interfiere con el buen desempeño de la Caja. Uno de los problemas a los que ha llevado, muy conocido por la población, es el de los llamados “biombos”, mediante los cuales profesionales usan instalaciones de la Caja para atender a sus propios pacientes. Otro problema se genera más bien cuando pacientes de la Caja son derivados a la práctica privada.

Por ello se recomiendan dos medidas. La primera es distinguir entre médicos sin prohibición y médicos con prohibición. Los primeros trabajan por turnos de 8 horas y tienen libertad de ejercer antes o después de su turno en sus labores privadas. Los segundos trabajan sólo para la Caja y reciben un sobresueldo por concepto de prohibición absoluta de otras labores, con la excepción de la enseñanza. Se recomienda que lo segundo se aplique a los nuevos ingresos y a las jefaturas.

La segunda medida afectaría a ambos grupos y consiste en aplicar el equivalente a la Ley Stark que se tiene en los Estados Unidos, la cual previene el conflicto de intereses entre médicos que refieran pacientes de la CCSS a su consulta privada o a empresas con las que tienen relación económica de algún tipo. Las penalidades por infringir esta ley deberían ser muy altas, inclusive el impedimento para seguir trabajando con la CCSS. Implicaría que los médicos que trabajan para la Caja firmen un documento en el que expresamente se comprometan a no referir pacientes de la Caja a instituciones privadas. Este compromiso aplicaría para las nuevas contrataciones y para los médicos ya contratados.

Además, se le debe decir al país exactamente por qué se necesitan los cambios y las razones: evitar la tentación de comentar actos no éticos o ilegales. La institución debe partir de que el

personal médico está compuesto por personas honestas y que no tendrán problema en firmar un compromiso de este tipo con la institución y, por ende, con el país.

R.72. Crear la posición de Gerente de Hospital en manos de personal no médico.

Para ello se requiere una modificación en el Reglamento General de Hospitales y se puede estudiar transformar la actual plaza de subdirector en dicha gerencia. También se requiere precisar el perfil del puesto y que el acceso al cargo sea por mérito, a partir de concursos abiertos y transparentes. Mientras tanto cabe fortalecer la presencia de profesionales con formación de posgrado en administración, deseablemente en alta gerencia hospitalaria.

R.73. Transparentar las listas de espera en un plazo de seis meses.

La solución a las listas de espera debe ser una de las mayores prioridades institucionales, a la que se debe dar solución inmediata. Por ello se recomienda que en un plazo máximo de 6 meses, debe estar en operación un sistema mediante el cual en todos y cada uno de los establecimientos de salud, se entregará a la persona asegurada un comprobante numerado del “lugar que le corresponde en la fila” para tener su cita con el especialista en determinada especialidad o en la intervención que requiere en determinada especialidad o para que le entreguen los resultados de su prueba de diagnóstico. A partir de los recursos humanos y materiales disponibles, el comprobante indicará una fecha aproximada en que podría ser atendida en su cita o intervención, o recibirá el resultado de su prueba de diagnóstico.

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.

Debe ser obligatorio alimentar el sistema con la información de cada paciente, y deben establecerse sanciones contra quienes incumplan esa disposición. La información se consolidará a nivel central, y se evitarán duplicaciones, se actualizará por defunciones, etc. Se establecerá además una 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.

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.

Posteriormente la información de este sistema deberá ser integrada al expediente único.

R.74. Fortalecer las acciones de salud pública preventiva.

El traslado de funciones del Ministerio de Salud a la CCSS en la década de los años noventa, dejó al país sin una serie de acciones de prevención de la salud que por años habían contribuido a

prevenir las enfermedades y mejorar la salud de la población. Eran la atención odontológica en las clínicas escolares, la atención médica y odontológica de la población residente en áreas alejadas del país mediante las denominadas unidades móviles, el desarrollo de programas educativos en nutrición y odontología, y otros programas dirigidos al control de los determinantes sociales de la salud prevalentes en esa época, como el abastecimiento de agua, disposición de excretas y basuras.

Varios años después del traspaso son pocas las áreas donde la CCSS realmente ha logrado realizar acciones con esa visión preventiva, prevaleciendo el enfoque curativo, centrado en la prestación de servicios médicos en los establecimientos de salud.

Es imprescindible que la CCSS de un giro inmediato hacia el fortalecimiento de las acciones de prevención y promoción de la salud, así como una visión renovada de la atención primaria de la salud más acorde con los planteamientos originales de la reforma del sector en lo referente a EBAIS y a redes integradas de servicios de salud. Igualmente debe ser renovado el quehacer en las áreas de nutrición y odontología.

R.75a. (Carrillo, Naranjo y Sauma) Delimitar la prestación de servicios de salud.

R.75b. (Martínez) Mantener un sistema abierto de prestación de servicios de salud.

Carrillo, Naranjo y Sauma consideran que uno de los principales problemas que enfrenta el seguro de salud es que no hay límites definidos para la prestación de servicios de salud, incluyendo la entrega de medicamentos. Todos tienen derecho a todo, pero es imposible darlo. La solidaridad tiene necesariamente límites, y la sociedad debe tener la madurez suficiente para imponerlos en bien de la colectividad en su conjunto (por lo que no atenta contra el derecho constitucional a la salud).

Las condiciones económicas del país no permiten mantener un sistema abierto como el que existe en la actualidad. Por ello, una vez lograda la sostenibilidad financiera de corto plazo del seguro de salud, es de gran importancia delimitar, con una debida justificación, los servicios -incluyendo la entrega de medicamentos- que no puede brindar la institución. El tema debe ser ampliamente discutido con la participación de todos los actores sociales, y debe resultar en pacto social que respete la Constitución Política del país y los acuerdos internacionales suscritos.

En plazo de tiempo menor, se deberían evitar abusos que atentan contra la solidaridad en el financiamiento. Para ello, en primer lugar, se debería establecer el plazo que debe transcurrir entre el momento en que se comienza a cotizar y el momento en el que se puede acceder a servicios médicos y tratamientos costosos que no sean los de atención primaria definidos legalmente como universales o de emergencia.

En segundo lugar, se deben establecer criterios de territorialidad para que quienes se aseguran como familiares tengan derecho a recibir los servicios. Tiempos mínimos de residencia permanente en el país, debidamente comprobables, deben ser un requisito indispensable para acceder a los servicios que no sean los de atención primaria definidos legalmente como

universales o de emergencia que no sean los de atención primaria definidos legalmente como universales o de emergencia.

Martínez por su parte, considera que no toda la población requiere de todos los servicios ni los requiere todo el tiempo. La institución debe ordenarse contando con protocolos de atención frente a los distintos problemas de salud así como con mecanismos de control, incluyendo el social, para prevenir el comportamiento oportunista que demuestran quienes se aseguran de manera intermitente y se benefician del sistema sin recibir los aportes correspondientes. Debe por todos los medios evitarse que los problemas de gestión de la CCSS afecten uno de los rasgos distintivos del sistema, el cual es no restringir el acceso a los servicios de salud que presta.

R.76. Estimar y divulgar públicamente las estadísticas pertinentes para conocer el desempeño actual de los servicios en materia de enfermedades y mortalidad prevenible.

Estadísticas fundamentales relativas a mortalidad evitable o prevenible (como por ejemplo, mortalidad por infecciones intrahospitalarias, mortalidad postoperatoria a los 30 días o tasas de readmisión a los servicios de urgencias a los 28 días), solicitadas por esta comisión han sido insatisfactorias. La Caja o bien carece de estadísticas básicas o no ha identificado la importancia de estadísticas para evaluar adecuadamente su desempeño. Esta situación obviamente se agrava cuando se piensa en nuevas y más complejas métricas en salud que brinden evidencia para sustentar la toma de decisiones. Por ello es necesario que estas estadísticas se estimen periódicamente y se publiquen de forma oportuna.

R.77. Evaluar las Juntas de Salud como mecanismo idóneo para garantizar la participación de la población usuaria.

Dado que para el modelo de gestión vigente es de gran importancia la participación de la población usuaria, se recomienda realizar una evaluación que permita conocer el desempeño de las Juntas de Salud y definir cursos de acción para mejorar su papel.

R.78. Las contralorías de servicios deben dar prioridad a la medición de la satisfacción de los asegurados.

Si bien la normativa vigente asigna varias funciones a las contralorías de servicios de la institución, el equipo de expertos considera que la evaluación de satisfacción de los asegurados con los servicios de salud constituye una prioridad institucional. Los resultados de esas evaluaciones deben dar pie a cambios institucionales dirigidos a aumentar la satisfacción de los usuarios.

La última encuesta de satisfacción de los usuarios se realizó en el 2007, lo cual a todas luces resulta inadmisibile. Es necesario que encuestas de este tipo se realicen de forma permanente, con una periodicidad anual -aunque cubriendo por etapas los servicios y todo el territorio nacional-.

Se argumenta que desde el 2009 se iba a aplicar una nueva encuesta, pero que la misma ha sido sometida a varias revisiones por parte de diferentes instancias institucionales. Parece en este caso -igual que en muchos otros-, que no afectar los lentos ritmos de la administración es más importante que los asegurados. Esto debe cambiar, y se debe definir una fecha concreta para el cumplimiento esta importante responsabilidad de la administración.

R.79. Definir la política y mecanismos de cobro al INS y a las aseguradoras privadas en virtud de la apertura del mercado de seguros en el país.

La CCSS ha firmado diferentes convenios con el INS para sobre la prestación de servicios médico-asistenciales en el caso del seguro de riesgos del trabajo, y para atender las emergencias amparadas al seguro obligatorio automotor. El último convenio firmado entre las instituciones tiene vigencia hasta mayo del 2012.

La apertura de los seguros de riesgos del trabajo y obligatorio automotor a aseguradoras privadas a partir de enero del 2011, cambió radicalmente el panorama. A nivel institucional, luego de que una comisión estudiara el asunto sin resultados concretos -como suele suceder con las comisiones institucionales-, a partir de noviembre del 2010 le corresponde a la ya mencionada Dirección de Coberturas Especiales.

Es muy importante que a más tardar al vencimiento del convenio con el INS (mayo del 2012), la CCSS tenga claramente definida la política y mecanismos de cobro por las atenciones brindadas por los seguros de riesgos del trabajo y obligatorio automotor.

Incluso, se sugiere a la Junta Directiva la conveniencia de promover una ley que le permita a la CCSS asumir la administración de los seguros obligatorios automotor y de riesgos del trabajo.

R.80. Evaluar la modalidad de “Médico de empresa” con miras a su fortalecimiento.

Los “Médicos de empresa” constituyen una modalidad de atención que se ejecuta desde hace muchos años, pero que no ha sido evaluada. Además de los beneficios que implica para las personas aseguradas y sus patronos, parece constituir una buena alternativa para descongestionar los consultorios en los niveles de atención básica. Por ello, se debe realizar una adecuada evaluación de lo actuado hasta el momento, de cara a avanzar en la ampliación del programa, controlando la eficiencia en la prestación de los servicios y el flujo de la información de vigilancia epidemiológica y las implicaciones que tiene para los programas de atención integral de las familias.

En la misma línea podrían contemplarse otras modalidades de atención. La población asegurada debe percibir que la CCSS se esfuerza por su atención, brindando nuevas modalidades para el acceso a los servicios. El tema es delicado porque debe buscarse la satisfacción de los asegurados atendiendo el necesario equilibrio entre la universalidad, solidaridad y equidad de la seguridad social.

R.81. (Carrillo y Naranjo) Promover la creación de cooperativas de salud.

Otro factor importante sería el apoyo por parte de la institución a la creación de Cooperativas de Salud. Antes de esto se necesita evaluar de manera adecuada la experiencia de las cooperativas, y basar las decisiones en evidencia. De ser necesario, se deben introducir aquellos ajustes que busquen el equilibrio entre una mejor y más amplia oferta de servicios con la eficiencia en el gasto público. En este modelo también debe valorarse la opción de que los asegurados puedan cubrir parte de los servicios médicos que reciban en los niveles 1 y 2 de atención médica.

Las cooperativas deben realizar las inversiones asumiendo el riesgo empresarial. Los acuerdos entre la CCSS y las cooperativas deben ser transparentes y homogéneos con todas ellas.

Martínez y Sauma opinan que esta recomendación debería ser considerada para su evaluación hasta que se disponga de un adecuado sistema de costos y estén resueltos los problemas de gestión abordados en este informe.

3. Consideraciones finales

La situación que atraviesa nuestro seguro solidario de salud es delicada y, de no actuarse con prontitud, es mucho lo que el país puede perder en un aspecto prioritario para sus ciudadanos y que lo distingue de otros países del planeta. Las recomendaciones presentadas en este documento abordan un conjunto amplio y sustantivo de asuntos que deben atenderse para restablecer la sostenibilidad financiera del Seguro de Enfermedad y Maternidad, así como para fortalecer la equidad, calidad y oportunidad de sus servicios.

Se elaboraron un total de 81 recomendaciones en materia de ingresos, gastos y gestión institucional, que consideran los principales problemas que enfrenta el seguro de salud, pero no todos. No obstante esa amplitud en el número de recomendaciones, la toma de decisiones por parte de la Junta Directiva debería guiarse por una consideración integral de dichas medidas. De igual manera, su puesta en marcha arrojará mejores resultados cuanto mayor sea la simultaneidad de las acciones en materia de ingresos, gastos y gestión, respectivamente.

A pesar de la existencia de diferencias entre los miembros del equipo de especialistas sobre la forma como se deberían abordar los distintos problemas, fue posible lograr acuerdos, y por ello, la gran mayoría de las recomendaciones fueron respaldadas por la totalidad de miembros del equipo. Este es un aspecto relevante por dos motivos. Por una parte, pone en evidencia que no hay soluciones únicas a los problemas, sino que en cada caso hay una amplia gama de opciones, que deben ser analizadas y discutidas con transparencia y respeto, hasta lograr acuerdos. Por otra parte, la situación se torna más fácil cuando a pesar de las diferencias, priva el logro de un mismo objetivo, que en este caso es que los habitantes del país tengamos un seguro de salud que por muchos años nos brinde los servicios que requerimos.

Por ello, la Junta Directiva de la CCSS debe liderar el proceso de cambio con el ejemplo, con decisión, con capacidad de diálogo, con transparencia y con la energía necesaria para sumar voluntades al proceso. Entonces, la exitosa implementación de la mayoría de las medidas que se proponen requiere de la participación y del compromiso de múltiples actores sociales y políticos, especialmente el gobierno, los trabajadores/as, los empresarios/as, la población asegurada y el personal de la institución –incluyendo los diferentes gremios- quienes deberán ubicar su legítimo interés particular bajo el interés general de fortalecer el sistema solidario de salud. Por el contrario, encerrar las transformaciones entre cuatro paredes puede generar miedos y suspicacias que dificulten los cambios.

La responsabilidad de la ejecución de las medidas recae sobre todos los funcionarios de la institución, especialmente en aquellos que por ocupar puestos de jefatura, deben asumir las responsabilidades y rendir cuentas -de forma consistente con el espíritu de las recomendaciones contenidas en este informe-. La Junta Directiva debe ser enérgica en la imposición de sanciones a aquellos funcionarios que no cumplan con sus obligaciones de forma correcta y oportuna. Esto es especialmente importante y delicado en los asuntos financieros. Hay prácticas institucionales que no se pueden permitir, como por ejemplo, el incumplimiento de los límites presupuestarios por parte de los responsables de los centros médicos desconcentrados, los cuales deberían ser

sancionados con toda la fuerza que permite la Ley de la Administración Financiera de la República y Presupuestos Públicos.

Por último, reiteramos que el conjunto de medidas propuestas debe ser abordado de forma integral e inmediata. Resulta difícil definir prioridades de acción para el caso de recomendaciones específicas, pero sí es posible destacar la urgencia de implementar aquellas dirigidas a:

- aumentar la recaudación de ingresos (contribuciones obrero-patronales y pagos del Estado), pero manteniendo para el 2012 una estimación prudente del presupuesto de ingresos;
- contener los gastos, principalmente en remuneraciones (afectando tanto el salario como el número de empleados, pero especialmente reduciendo los pagos por tiempo extraordinario), pero también mejorando los procesos de compra e incidiendo en otros rubros de gasto;
- renovar los puestos de dirección, realizando concursos públicos abiertos para seleccionar a las personas que van a ocupar los puestos;
- instaurar mecanismos que garanticen anualmente una adecuada rendición de cuentas de todos los puestos de jefatura, en función de su aporte a logro de los objetivos institucionales;
- reducir el gigantismo administrativo del nivel central, mediante una reestructuración organizativa;
- revertir el proceso de desconcentración;
- consolidar los procesos de planificación y evaluación en una sola Dirección institucional que cumpla a cabalidad con lo que deben ser esos procesos;
- controlar los horarios y aumentar la productividad del personal médico;
- transparentar y eliminar las listas de espera; y
- conformar un grupo externo de transición que acompañe el proceso de cambio gerencial y organizativo.

Anexo

Listado de recomendaciones para restablecer la sostenibilidad financiera del seguro de salud de la CCSS: ingresos, gastos y gestión institucional*

INGRESOS (19 recomendaciones)

Presupuesto de contribuciones obrero-patronales

R.1. Se debe revisar el modelo utilizado por la Dirección Actuarial para estimar las contribuciones obrero-patronales, para reducir la sobre-estimación de los ingresos previstos por estas contribuciones del 2012 en adelante.

R.2. Las estimaciones presupuestarias sobre el crecimiento de las contribuciones obrero-patronales a partir del 2012 deben ser muy conservadoras, sustentadas en la recaudación efectiva y no en los presupuestos previos.

Aportes estatales y deuda del Estado

R.3. A más tardar en octubre del 2011, la CCSS y el Ministerio de Hacienda deben llegar a un acuerdo sobre el monto de la deuda acumulada a este año por todos y cada uno de los conceptos correspondientes y establecer un calendario de pagos.

R.4. Debe existir un compromiso inquebrantable del gobierno, adquirido al más alto nivel político, de realizar de forma oportuna y por los montos completos, tanto los pagos originados en la amortización de la deuda pasada, como los de cada año, atendiendo lo dispuesto en el artículo 74 de la Ley Constitutiva de la CCSS.

R.5. Elaborar un proyecto de ley a ser conocido por la Asamblea Legislativa, que establezca que todos los pagos que el Estado debe realizar a la CCSS que no corresponden a contribuciones obrero-patronales, se cubran mediante una contribución global equivalente al 0,45% del PIB. Dicho proyecto de ley deberá incluir la fuente de financiamiento de esos recursos y la oportunidad del pago oportuno y completo de dicho monto, atendiendo lo dispuesto en el artículo 74 de la Ley Constitutiva de la CCSS.

Aseguramiento independiente, voluntario y por convenios especiales

R.6. El ingreso mínimo contributivo para todos los asegurados directos debe definirse como un porcentaje del salario mínimo de los trabajadores no calificados, y ningún asegurado podrá cotizar por debajo de ese mínimo.

R.7. La contribución conjunta para el SEM de los asegurados independientes, voluntarios y por convenios especiales debe ser igual a la de los trabajadores asalariados (14,75%). La escala contributiva debe

* Las recomendaciones son de consenso del equipo de especialistas, excepto en los casos en que se especifica el apellido o los apellidos de los miembros que tuvieron una posición diferente.

considerar menos rangos salariales respecto a la actual, y una reducción más fuerte de la contribución (subsidio) estatal a medida que aumenta el ingreso, y debería ser cero para los mayores ingresos.

R.8. A más tardar en tres meses se debe tener un inventario actualizado de los convenios especiales vigentes, con las características particulares de cada uno, tanto en términos del perfil de los asegurados, como de las condiciones del aseguramiento.

R.9. A más tardar en seis meses se debe contar con un reglamento específico para los convenios especiales, en el cual se establezcan claramente las características y condiciones que deben cumplir las organizaciones y sus integrantes para poder acceder a esta forma de aseguramiento.

R.10. (Carrillo y Martínez) Debe lograrse el aseguramiento de trabajadores temporales nacionales y migrantes sentando responsabilidad solidaria de los patronos que demandan dicha mano de obra.

R.11. La inspección de la CCSS debe poner especial énfasis en la verificación de la realización de actividades laborales o no de actividades laborales por parte de estos asegurados, así como en la determinación de los ingresos que obtienen, para garantizar que se cumple con la solidaridad financiera del sistema.

R.12. El ingreso mínimo contributivo para los extranjeros que se encuentren legalmente en el país bajo la categoría de “rentistas” y se aseguren voluntariamente, debe ser US\$ 2.500 mensuales.

Asegurados por cuenta del Estado

R.13a. (Martínez y Sauma) A más tardar en seis meses se debe realizar una evaluación externa de la base de datos de asegurados por cuenta del Estado y de los procedimientos seguidos por la Dirección de Coberturas Especiales y las Unidades de Validación de Derechos para identificar de forma confiable a esos asegurados, en aras de garantizar la eficiencia y efectividad del sistema de validación de derechos. A más tardar a finales del 2012 la base de datos y el sistema deben estar operando de forma óptima.

R.13b. (Carrillo y Naranjo) El IMAS debe ser la institución responsable de crear la base de datos de la población indigente que será asegurada por cuenta del Estado.

Evasión, morosidad y deuda del sector privado

R.14. Los inspectores de la institución deben pasar como mínimo el 70% de su tiempo realizando las inspecciones que les corresponden, como mecanismo necesario y urgente para mejorar la recaudación de las contribuciones a la institución.

R.15. Se deben establecer controles al interior de la institución (Auditoría Interna y otras instancias) que permitan garantizar tanto que los funcionarios realizan las inspecciones que les corresponden, como la efectiva ejecución de las labores mismas.

R.16. Se deben fortalecer los controles cruzados con el INS, las municipalidades y Tributación Directa que complementen la labor de los inspectores.

R.17. La inspección debe ser especialmente fuerte entre proveedores de la CCSS que se encuentran suministrando bienes o prestando servicios, tanto a nivel central como local, y la inspección deber ser

extensiva a las empresas subcontratadas por estos proveedores -en caso de que se presenten subcontrataciones-.

R.18. Exigir la aplicación de la responsabilidad solidaria de las empresas que son parte de un grupo común según lo establecido en el artículo 51 de la Ley Constitutiva de la CCSS; así como el endurecimiento de las normas que rigen la desafiliación de empresas o personas físicas.

R.18a. (Martínez) Extender la responsabilidad solidaria establecida en el artículo 51 de la Ley Constitutiva de la Caja, a las personas físicas que sean parte de la unidad económica.

R.19. Se deben efectuar las modificaciones legales que correspondan a fin de eliminar de la contabilidad de la CCSS las cuentas realmente incobrables.

GASTOS (33 recomendaciones)

Remuneraciones en general

R.20a. (Carrillo, Naranjo y Sauma) Las remuneraciones (servicios personales más contribuciones a la seguridad social) deben representar, de forma sostenida, como máximo un 60,8% del gasto total del seguro de salud.

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

Tiempo extraordinario

R.21. Eliminar el tiempo extraordinario como forma permanente de pago de jornada y convertir tiempo extraordinario en segundo y tercer turno de atención.

R.22. Suprimir el tiempo extraordinario en áreas de salud en que es innecesario por la cercanía de hospitales.

R.23. Rediseñar las disponibilidades médicas.

R.24. Renegociar el mecanismo de pago por disponibilidades y poner un límite superior al pago por guardias médicas.

R.25. En el 2012 el gasto máximo por tiempo extraordinario, en total y por unidad ejecutora, debe ser igual al ejecutado en el 2008 y sancionar con rigurosidad el incumplimiento de los límites presupuestarios.

Uso del tiempo ordinario y productividad

R.26. Establecer el control de horarios y de la productividad como una prioridad institucional.

R.27. A más tardar en enero del 2013 haber puesto en marcha el segundo turno en los tres hospitales que más recursos destinan a tiempo extraordinario (Hospital Calderón Guardia, Hospital San Juan de Dios y Hospital Nacional de Niños).

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 reducirlas. 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.

Salarios

R.30a. (Carrillo, Naranjo y Sauma) Mientras se recupera la sostenibilidad financiera de corto plazo del régimen, si la Junta Directiva decide otorgar a sus funcionarios los ajustes salariales ordinarios decretados por el Gobierno de la República para sus empleados, se recomienda sumar el salario base y la anualidad, y que en conjunto no superen el incremento decretado.

R.30b. (Martínez) Hasta que se restablezca la sostenibilidad financiera del SEM, los incrementos de los salarios reales no deben ser mayores a los incrementos en el costo de vida.

R.31a. (Carrillo, Naranjo y Sauma) Posponer los incrementos en el porcentaje de anualidad a los empleados no profesionales a realizarse en los años 2012-2015, según el “Plan de rebalanceo salarial de los trabajadores no profesionales de la CCSS, 2009-2016” aprobado por la Junta Directiva en el año 2009, hasta que se logre un equilibrio financiero sostenido del régimen.

R.31b. (Martínez) Renegociar con las organizaciones sindicales el plazo para la aplicación de los incrementos acordados en el porcentaje de anualidad a los empleados no profesionales a realizarse en los años 2012-2015.

R.32a. (Carrillo, Naranjo y Sauma) Posponer el aumento en el salario base de los profesionales en ciencias médicas pendiente para el 2012, aprobado por la Junta Directiva en el año 2010, hasta que se logre el equilibrio financiero del régimen.

R.32b. (Martínez) Sujetar el aumento en el salario base de los profesionales en ciencias médicas pendiente para el 2012, aprobado por la Junta Directiva en el año 2010, a que se implementen las medidas de reorganización de jornadas ordinaria y extraordinaria recomendadas por el grupo de expertos.

R.33. Posponer la realización y aplicación del estudio integral de puestos y de cualquier estudio grupal o de otro tipo hasta que se logre el equilibrio financiero del régimen.

R.34. En un plazo no mayor de tres meses se deben eliminar todos los pagos por concepto de jefatura a todas aquellas jefaturas administrativas que no están debidamente reconocidas como tales en el organigrama institucional.

R.35. A partir 1 de octubre del 2011 no debe haber compensación por vacaciones.

R.36. Simplificar y hacer más transparentes los pluses salariales existentes.

R.37. (Carrillo, Martínez y Naranjo) Eliminar la práctica de la dedicación exclusiva generalizada en algunas profesiones y reservarla para situaciones que lo ameriten.

Cesantía

R.38a. (Carrillo, Naranjo y Sauma) De forma inmediata se debe revertir el incremento en el número de años a reconocer por concepto de cesantía, a los 12 años establecidos originalmente.

R.38b. (Martínez) Modificar el cálculo del pago de la cesantía ampliando el número de salarios de referencia e introduciendo un monto máximo de remuneración por este concepto.

Compras y almacenamiento

R.39. Dotar los almacenes de la institución con personal técnico altamente capacitado y un sistema de información y control de inventarios adecuado.

R.40. Centralizar las compras de medicamentos e insumos médicos (acorde con la propuesta de revertir el proceso de desconcentración que se realiza más adelante).

R.41. Evaluar las diferentes modalidades de compra de medicamentos que se han utilizado en los últimos años, a fin de definir el mejor procedimiento a aplicar a partir del 2012.

R.42. Transparentar las compras de excepción recurriendo a ofertas públicas mediante Gobierno Digital.

R.43. Publicar mensualmente en la página web de la institución las compras adjudicadas.

R.44. Definir topes anuales a las compras directas y de emergencia de medicamentos e insumos médicos, tanto en número como en volumen de recursos.

R.45. La Gerencia de Logística o el órgano que ejerza dicha función debe establecer mecanismos transparentes y que brinden información en tiempo real sobre el flujo y condición de medicamentos desde que ingresan a los almacenes institucionales hasta que son recibidos por las personas aseguradas. La Auditoría Interna, por su parte, debe realizar las acciones pertinentes dentro de su quehacer para garantizar que no haya desviaciones en su uso final.

R.46. En un plazo no mayor de 9 meses, debe contarse con los resultados de una evaluación costo-beneficio externa, que compare los beneficios de la reducción en los costos de almacenamiento y vencimiento de los medicamentos y otros productos, respecto al posible incremento en el costo de adquisición de esos productos por aumentos en el desabastecimiento, y proponga los cambios pertinentes.

R.47. Instar al Ministerio de Salud para que en forma expedita y urgente presente a la Presidencia de la República un Reglamento para el registro de medicamentos biosimilares.

Vacuna neumococo

R.48. Realizar un estudio de costo-efectividad de la aplicación de la vacuna de neumococo de forma universal respecto a la aplicación a poblaciones de riesgo, siguiendo las metodologías generalmente aceptadas para este tipo de estudio. Dependiendo de los resultados que se obtengan, se debería solicitar a la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología una revisión del acuerdo sobre esta vacuna.

Otros gastos

R.49. Evitar abusos y fraudes en las incapacidades.

R.50. Migrar a software libre en un plazo máximo de dos años.

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

R.52. Cumplir con la política institucional de contratación de servicios a terceros adjudicándolos "solo por la vía de excepción y como complemento a la oferta institucional".

PRESUPUESTO GENERAL (2 recomendaciones)

R.53. La Auditoría Interna de la CCSS debe poner en el sitio web institucional, como medida esencial para asegurar la transparencia y el conocimiento de la ciudadanía sobre la situación financiera de la institución, los presupuestos, modificaciones presupuestarias, ejecución presupuestaria, y las notas de aprobación o no aprobación de los presupuestos ordinarios y extraordinarios por parte de la Contraloría General de la República. Deberá así mismo llevar el control de cumplimiento de las órdenes o peticiones emanadas de la CGR relativas a las aprobaciones presupuestarias de la CCSS.

R.54. (Carrillo) Elaborar un proyecto de ley de modificación al inciso d) del Artículo 1 "Ámbito de Aplicación" de la Ley de Presupuestos Públicos 8131 de 16 de octubre del 2001, a fin de que la CCSS sea sometida de nuevo a la Autoridad Presupuestaria en materia de presupuesto, plazas, salarios e inversiones.

GESTIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS (27 recomendaciones)

Dirección superior

R.55. Renovar los mandos superiores en un período de 18 meses.

R.56. Reestructurar el nivel central, simplificándolo y reduciendo su tamaño.

R.57. Comisiones con responsables directos y plazos definidos.

- R.58. Instaurar un sistema obligatorio de rendición de cuentas de las jefaturas.
- R.59. Fortalecer la planificación, el seguimiento y la evaluación y el sistema de información para la toma de decisiones, concentrado en una sola Dirección.
- R.60. Garantizar una inversión física de al menos 6% del gasto total del SEM.
- R.61. Dar un adecuado seguimiento a los acuerdos de Junta Directiva.
- R.62. Renovar el quehacer de la Auditoría Interna.
- R.63. Centralizar el manejo de los recursos y las respuestas a la Sala Constitucional.
- R.64. Actualizar y alinear la normativa que afecta el quehacer institucional en materia de salud.
- R.65a. (Naranjo) Cambiar la conformación de la Junta Directiva.
- R.65b. (Carrillo, Martínez y Sauma) Instar a los diferentes sectores representados en la Junta Directiva, para que las personas a las que encarguen esa representación sean profesionales con demostrada idoneidad para la conducción de una institución compleja como la CCSS, y que tengan un evidente compromiso con la seguridad social del país.
- R.65c. (Carrillo) Proponer las modificaciones legales que correspondan a fin de que la Presidencia Ejecutiva de la CCSS sea sustituida por una Gerencia General, que sería nombrada por la Junta Directiva de una terna seleccionada mediante concurso público por una firma especializada externa a la CCSS. El Presidente de la Junta Directiva sería elegido entre los miembros de la Junta Directiva.
- R.66. Conformar un grupo externo de transición que acompañe el proceso de cambio gerencial y organizativo.

Servicios de salud con equidad, calidad y oportunidad

- R.67. Revertir el proceso de desconcentración.
- R.68. Fortalecer las subredes de atención a partir de cambios graduales en la asignación de los recursos.
- R.69. Declarar el expediente electrónico una prioridad institucional, con plazo perentorio para su implementación a nivel nacional y en los tres niveles de atención.
- R.70. En un plazo máximo de un año, disponer de un sistema preciso de estimación de los costos institucionales de prestación de los diferentes servicios.
- R.71. Abordar el conflicto de intereses entre práctica pública y privada.
- R.72. Crear la posición de Gerente de Hospital en manos de personal no médico.
- R.73. Transparentar las listas de espera en un plazo de seis meses.
- R.74. Fortalecer las acciones de salud pública preventiva.

- R.75a. (Carrillo, Naranjo y Sauma) Delimitar la prestación de servicios de salud.
- R.75b. (Martínez) Mantener un sistema abierto de prestación de servicios de salud.
- R.76. Estimar y divulgar públicamente las estadísticas pertinentes para conocer el desempeño actual de los servicios en materia de enfermedades y mortalidad prevenible.
- R.77. Evaluar las Juntas de Salud como mecanismo idóneo para garantizar la participación de la población usuaria.
- R.78. Las contralorías de servicios deben dar prioridad a la medición de la satisfacción de los asegurados.
- R.79. Definir la política y mecanismos de cobro al INS y a las aseguradoras privadas en virtud de la apertura del mercado de seguros en el país.
- R.80. Evaluar la modalidad de “Médico de empresa” con miras a su fortalecimiento.
- R.81. (Carrillo y Naranjo) Promover la creación de cooperativas de salud.