



6 de noviembre, 2017

Señores

Dr. Fernando Llorca Castro

Presidente Ejecutivo

Lic. Gustavo Picado Chacón

Gerente Financiero

Dra. María Eugenia Villalta Bonilla

Gerente Médica

Arq. María Gabriela Murillo Jenkins

Gerente Infraestructura y Tecnología

Lic. Ronald Lacayo Monge

Gerente Administrativo

Ing. Dinorah Garro Herrera

Gerente Logística

Lic. Jaime Barrantes Espinoza

Gerente Pensiones

Lic. Luis Guillermo López Vargas

Dirección Actuarial y Económica

Lic. Luis Diego Calderón Villalobos

Director de Cobros

Lic. Luis Rivera Cordero

Director SICERE / a.c. Proyecto Plan de Innovación

Presente

**ASUNTO:** *Análisis financiero, presupuestario y de acciones relevantes del Seguro de Salud: principales retos y consideraciones desde el punto de vista de fiscalización para la sostenibilidad del Régimen.*

De conformidad a las competencias conferidas a este Órgano de Fiscalización y Control en los artículos 21 y 22 de la Ley General de Control Interno, así como, en atención al Plan Anual Operativo 2017<sup>1</sup> y a lo solicitado por la Junta Directiva en sesión N° 8919, artículo 19, del 3 de agosto 2017, donde se acordó: “Solicitar a la Auditoría la actualización del informe relativo a la sostenibilidad financiera del Régimen de Salud: “Principales retos y algunas consideraciones que permitan trazar la ruta en el fortalecimiento de este Régimen, de cara al futuro que enfrenta la Caja Costarricense de Seguro Social”, se presenta el análisis de los resultados financieros y presupuestarios, al 31 de diciembre, 2016, así como, la revisión de las principales acciones estratégicas y operativas realizadas, en el tema de la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud, por parte de la Administración Activa, y de los diferentes productos efectuados por este Órgano de Fiscalización y Control, en el período comprendido entre diciembre 2015 y el 14 de setiembre, 2017, ampliándose en aquellos aspectos que se consideró necesario.

<sup>1</sup> (PAI-25-2017) Auditoría financiera sobre la evaluación del proceso presupuestario y flujo de efectivo del Seguro de Salud (SEM) y (PAI-1-2017) Auditoría Financiera sobre el análisis Integral de los Estados Financieros no auditados del Seguro de Salud.



*Esta Auditoría dentro de las competencias establecidas en la Ley General de Control Interno, ha realizado evaluaciones, que le permiten tener un panorama general sobre la situación financiera del Seguro de Salud, cuyos resultados han sido comunicados oportunamente a las instancias responsables y con facultad para la respectiva toma de decisiones, las cuales se orientan a la búsqueda del equilibrio y la sostenibilidad financiera de este régimen.*

## **I. ASPECTOS GENERALES DEL SEGURO DE SALUD**

*La Caja Costarricense de Seguro Social, es una institución modelo a nivel latinoamericano y mundial por cuanto ha garantizado a la población costarricense el acceso a la salud y pensiones, el modelo adoptado se ha fundamentado en principios básicos como: solidaridad, universalidad, equidad e igualdad, los cuales se desprenden del artículo 73, 74 y 177 de la Constitución Política, donde se le encarga la administración de los seguros sociales, creados para la protección de los trabajadores. El artículo 73, indica:*

*“Se establecen los seguros sociales en beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales, regulados por el sistema de contribución forzosa del Estado, patronos y trabajadores, a fin de proteger a éstos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez y muerte y de más contingencias que la ley determine.”*

*Es importante destacar que el principio de solidaridad, garantiza que toda persona (trabajadora asalariada, trabajadora independiente, pensionada) deben aportar según sus posibilidades económicas al financiamiento de la seguridad social. En el caso de las personas asalariadas, rige una contribución tripartita, donde las cargas son distribuidas entre patronos, trabajadores y el Estado. Las personas “trabajadoras por cuenta propia” y “pensionadas” que comparten las cargas con el Estado, también tienen la obligación de hacerse cargo del aseguramiento de las personas que no disponen de ingresos suficientes para ello y por otra parte, el principio de universalidad, se refiere a garantizar la protección integral en los servicios de salud, a todos los habitantes del país sin distinción de ninguna naturaleza.*

*El principio de universalización de los seguros sociales, se encuentra regulado en la Constitución Política en el artículo 177:*

*“[...] Para lograr la universalización de los seguros sociales y garantizar cumplidamente el pago de la contribución del Estado como tal y como patrono, se crearán a favor de la Caja (...) rentas suficientes y calculadas en tal forma que cubran las necesidades actuales y futuras de la Institución. Si se produjere un déficit por insuficiencia de esas rentas, el Estado lo asumirá, para lo cual el Poder Ejecutivo deberá incluir en su próximo proyecto de presupuesto la partida respectiva que le determine como necesaria la citada institución para cubrir la totalidad de las cuotas del Estado. [...]”*

*La aplicación de este principio ha permitido desarrollar, en el caso del Seguro de Salud, un sistema de cobertura universal e integralidad de la atención, existiendo con ello la equidad en la prestación de los servicios, es decir, toda persona tiene el derecho a recibir la atención médica y las prestaciones sanitarias que requiera para el abordaje integral de su salud, independientemente de si puede pagar por ella o no. Esta es la esencia del derecho constitucional a la seguridad social que garantiza a todos los ciudadanos que el Estado, por medio de la CCSS, les otorgará al menos los servicios indispensables en caso de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte.*



*En este contexto, es importante mencionar que Costa Rica, al igual que otros países del mundo, han iniciado procesos de transición significativos, respecto a la estructura demográfica, y en el perfil epidemiológico, es decir, las causas de enfermedad y muerte de la población, estos aspectos han sido determinantes en el rol actual, así como en los retos y desafíos que enfrenta el Seguro de Salud, como se detallan a continuación:*

- **Gestión en Salud**

*En la década de 1930, el 51% de los niños menores de 5 años fallecía en el país, la esperanza de vida era de 34.7 años, la mortalidad infantil era de 166, por 1000 nacidos vivos (1928) y la Mortalidad general: 22,8 por 1000 habitantes, causada por enfermedades infecto-contagiosas, todo bajo un modelo de prestación de servicios por beneficencia (Hospital San Juan de Dios, Max Peralta y San Rafael de Puntarenas).*

*El 1 de noviembre de 1942 se promulga la Ley N° 17, que crea la Caja Costarricense de Seguro Social, la cual establece los seguros sociales de enfermedad y maternidad y el seguro familiar. El 2 de julio de 1943, la Ley N° 24 crea el seguro obligatorio, el 22 de octubre, 1943, se reformula la Ley N° 17 otorgándose autonomía de rango constitucional a la Caja, con un esquema de financiamiento contribución tripartita (Estado, Patronos y Trabajadores) y la protección a la población obrera. En 1947 se crea el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, para brindar a los asalariados protección obligatoria, y para 1960 el IVM amplió la cobertura a empleados del comercio, escuelas de enseñanza particular, consultorios profesionales y trabajadores municipales pagados por planillas de jornales.*

*En la década de los 70, se establecieron una serie de medidas de salud pública, para la reducción de la desnutrición grave, diarreas, parasitosis, erradicación de poliomielitis (1973), difteria (1975), rabia en humanos (1970), el incremento de la cobertura de servicios de salud del 39% al 78% y del control prenatal y parto hospitalario, así como, la fortificación de la sal con yodo, el azúcar con vitamina A y la harina de trigo con hierro y vitaminas del complejo B.*

*En la década de los 90 se realizó la readecuación del Modelo de Atención, implementándose el programa de primer nivel de atención, basado en el enfoque de APS (atención primera de la salud) y a partir del 2000, existe un cambio del perfil epidemiológico de la población y la morbimortalidad principalmente por enfermedades crónicas. Al respecto, se muestran los siguientes indicadores y su evolución a través del tiempo:*

**Cuadro 1**  
**Seguro de Salud**  
**Indicadores generales de salud**  
**De 1990 al 2016**

<b>Indicador</b>	<b>Antes de 1990</b>	<b>2000-2010</b>	<b>2010-2016</b>
<i>Mortalidad infantil *</i>	64,2 (1960)	10.2	7.76
<i>Esperanza de vida al nacer</i>	62,9 años (1960)	77.4 años	79.3 años
<i>Mortalidad general**</i>	4,2 (1970)	3.8	4.3
<i>Mortalidad materna***</i>	3.6 (1986)	2.66	1.7
<i>Tasa de fecundidad</i>	7 hijos (1960)	2.35 hijos	1.8 hijos

*\*Tasa por cada 1000 nacimientos, \*\*Tasa por cada 1000 habitantes, \*\*\*Tasas por 10 mil nacimientos  
Fuente: Ministerio de Salud, INEC, CCSS y elaboración propia.*





El índice de mortalidad infantil<sup>2</sup> es un logro país, en el 2015, se alcanzó una tasa de 7.76%, esta tasa se divide en dos componentes, el 75.94% (5.89/1000) ocurre por mortalidad neonatal y el 24.06% (1.87/1000) son por las defunciones post neonatales.

Se han realizado esfuerzos en educación, letrización, programas de atención primaria, universalización de servicios, vacunación, tamizaje neonatal, nuevas modalidades terapéuticas, potabilización de las aguas, el aumento de los nacimientos en los centros hospitalarios 98%, obtener un indicador del 95% en cobertura de programas neonatales y avances en nutrición de la población, sin embargo, quedan retos institucionales en aspectos como; los embarazos en poblaciones extremas, que se encuentran en edad fértil, las malformaciones congénitas, en la reducción de brechas entre provincias, la atención poblaciones indígenas y mejorar cobertura en cantones prioritarios.

Este fenómeno del envejecimiento poblacional, conjuntado con la disminución en la cantidad de hijos por núcleo familiar (antes un promedio de 7, ahora entre 1 y 2) y el mejoramiento de los indicadores de salud del país han generado retos en el Seguro de Pensiones, en su cobertura y finanzas, pero también en el Seguro de Salud que debe asumir el costo de los tratamientos de los adultos mayores y el desafío de mejorar la calidad de vida de esta población.

Para el 2017, la Institución dispone de 1.106.938 m<sup>2</sup> de construcción<sup>3</sup>, 1500 edificios y 576 mil activos, asimismo, el presupuesto para el Seguro de Salud y el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, es superior a los €3.2 billones de colones, recursos que se utilizan en la gestión operativa y en el cumplimiento de las funciones para la prestación de los servicios. En la siguiente tabla se presenta los principales indicadores de producción de la institución, a efectos de que se dimensione el impacto de la prestación de servicios en la población costarricense:

**Cuadro 2**  
**Seguro de Salud**  
**Detalle de indicadores de los servicios de salud**  
**2015-2016**

Indicadores	Años		Variación	
	2015	2016	Absoluta	Relativa
<b>Egresos Hospitalarios<sup>1</sup></b>	<b>348,817</b>	<b>354,575</b>	<b>5,758.00</b>	<b>2%</b>
Intervenciones quirúrgicas	185,413	187,541	2,128.00	1%
Hospitalarias	122,272	123,187	915.00	1%
En Cirugía Mayor Ambulatoria	63,141	64,353	1,212.00	2%
Nacimientos	66,949	65,389	-1,560.00	-2%
<b>Total de consultas</b>	<b>13,550,758</b>	<b>13,330,979</b>	<b>-219,779.00</b>	<b>-2%</b>
<b>Total de consultas médicas</b>	<b>10,556,103</b>	<b>10,378,441</b>	<b>-177,662.00</b>	<b>-2%</b>
Medicina General	7,581,536	7,465,138	-116,398.00	-2%
Medicina Especializada	2,974,567	2,913,303	-61,264.00	-2%
Odontología	2,387,652	2,344,014	-43,638.00	-2%
<b>Total de atenciones</b>	<b>5,408,668</b>	<b>5,694,603</b>	<b>285,935.00</b>	<b>5%</b>
<b>Total de urgencias</b>	<b>1,997,127</b>	<b>2,229,188</b>	<b>232,061.00</b>	<b>12%</b>
<b>Total de no urgencias</b>	<b>3,411,541</b>	<b>3,465,415</b>	<b>53,874.00</b>	<b>2%</b>
<b>Servicios de Apoyo</b>				
Medicamentos	79,475,527	82,187,826	2,712,299.00	3%
Exámenes de Laboratorio	52,424,040	54,252,170	1,828,130.00	3%
Placas de Rayos X	2,182,722	2,262,783	80,061.00	4%
Estudios Rayos X	1,749,568	1,751,287	1,719.00	0%
Tomografías	121,994	130,365	8,371.00	7%
Mamografías	133,831	142,635	8,804.00	7%

<sup>2</sup> Relación entre defunciones en menores de un año en un año calendario/ total de nacimientos de ese mismo período por cada 1000 nacimientos

<sup>3</sup> Datos suministrados por parte del Área Administración y Aseguramiento de Bienes, en correo electrónico el 8 de septiembre de 2017.



Ultrasonidos	310,728	294,780	-15,948.00	-5%
<b>Licencias e incapacidades</b>				
Días de Incapacidad otorgados	5,400,095	5,509,844	109,749.00	2%
Días Licencias de maternidad otorgados	2,032,352	1,962,347	-70,005.00	-3%

*1/ Incluye los Egresos de Cirugía Mayor Ambulatoria y Cirugía Vespertina*

**Fuente:** Área de Estadísticas en Salud CCSS, cubo de información de incapacidades y elaboración propia

*Del cuadro anterior, destaca que la institución otorgó más de 13 millones de consultas en los años 2015 y 2016, entregó más de 82 millones de medicamentos en el 2016, un crecimiento del 3% con respecto al 2015 (2, 712,299) y realizó una cantidad superior a los 54 millones exámenes de laboratorio para el 2016, números que demuestran la magnitud de los servicios que brinda el Seguro de Salud y que contribuyen de forma importante en el bienestar de la población.*

*No obstante lo anterior, a nivel institucional existen una serie de aspectos que no favorecen los objetivos de la prestación de los servicios de salud, tales como: acceso, continuidad, efectividad y eficiencia, el Modelo de Atención adoptado en la década de los noventa no se consolidó de manera apropiada; si bien se definieron 3 niveles de atención como un medio para solventar las necesidades de salud de la población y la disponibilidad de recursos existentes, no se estableció la oferta de servicios para cada uno de los niveles conformados, solamente para el primero.*

*Por otra parte, las acciones de prevención y promoción de la salud no son el producto principal del primer nivel de atención (áreas de salud), el más relevante producto de estas unidades es la consulta médica que se desarrolla en las instalaciones del centro médico, es decir, el trabajo de los Equipos Básicos de Atención Primaria es limitado en otros escenarios (como el comunal, domiciliario, escolar y centros de trabajo).*

*A pesar de que institucionalmente se tiene definido la existencia de tres redes de servicios de salud, desde el punto de vista funcional, prevalece una fragmentación de los servicios (coexistencia de muchas unidades o entidades no integradas en la red de servicios de salud).*

*En relación con el Modelo de Atención en Salud, en el 2009, este Órgano de Fiscalización y Control, efectuó el informe ASS-250-R-2009, mediante el cual se planteó a la Administración Activa, la necesidad de iniciar un proceso de diagnóstico, análisis y discusión del Modelo de Atención en Salud adoptado por la Institución, que permitiera la elaboración de un plan, que contribuyera a consolidar y/o redireccionar dicho modelo.*

*Se han emitido además una variedad de informes mediante los cuales se evalúa la ejecución por parte de los centros de médicos de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; así como estudios que evidencian el limitado accionar que como red tienen los centros médicos. Mismos en los que se señala la necesidad de efectuar acciones orientadas a lograr una mejora efectiva en estas materias.*

*Como producto de lo recomendado en el informe ASS-250-R-2009, en el 2010, se conformó una comisión que fue disuelta en el 2012, período en que se estableció otro equipo para trabajar en el análisis; presentándose la propuesta en el 2015 y en febrero del 2016, se dispuso la aprobación y puesta en marcha del proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud, que se desarrolla actualmente en la Región Huetar Atlántica hasta marzo del 2018.*

*Otro aspecto que se constituye en una oportunidad de mejora para la institución es la oferta de servicios médicos institucional, ya que estudios de auditoría han evidenciado que la oferta actual y las debilidades de gestión de los recursos, han contribuido a la generación de listas de espera excesivas, a enero 2017 se encuentran 126,395 personas a la espera de cirugía en diferentes centros hospitalarios, y en consecuencia a limitar el acceso a la atención y a recuperación oportuna de la salud de las personas y su incorporación al ámbito laboral; así como, a generar insatisfacción y el deterioro de la imagen institucional.*





*Adicionalmente, en diferentes informes efectuados para distintas especialidades médicas, han evidenciado una concentración de especialistas en el área metropolitana en detrimento de las zonas rurales, así como debilidades en la planificación de la formación de recurso humano especializado, equipamiento e infraestructura.*

*En este sentido, se ha evidenciado la adquisición de equipos, sin el recurso humano necesario para su operación, o por el contrario la asignación de recurso humano especializado, sin equipo y personal de apoyo para el aprovechamiento efectivo de los mismos.*

*Por otra parte, la institución ha optado por brindar prioridad a la atención de las principales causas de muerte en el país, como son el cáncer y las enfermedades cardiovasculares por medio de proyectos o planes específicos; pero estos no han logrado aún generar una disminución efectiva en la morbi- mortalidad de la población.*

*Es importante brindar continuidad y seguimiento al Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud, instruido institucionalmente por el Nivel Superior en el 2016, es decir garantizar la continuidad y concreción de la mejora en la prestación médico asistencial independientemente de la vigencia o existencia del Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud.*

*En cuanto a la oferta de servicios, se considera pertinente que se establezca en función de las necesidades de salud de la población, pero considerando la disponibilidad de los recursos financieros, a fin de garantizar la sostenibilidad y lograr mejoras en la accesibilidad y oportunidad de los servicios de salud.*

*Respecto a las listas de espera, es importante que se procure la máxima utilización de los recursos, creando turnos de trabajo, incrementando la capacidad de resolución de los centros de atención.*

*La Institución ha visualizado una serie de proyectos de mediano y largo plazo que incluyen -entre otros- la construcción de áreas de salud, hospitales y torres médicas, además, se está trabajando en el proyecto de Reestructuración del Nivel Central de la CCSS, la consolidación del ARCA, el Expediente Digital Único en Salud (EDUS) y sus diferentes módulos, el plan de Innovación para la Mejora de la Gestión Administrativa, Financiera y Logística y proyectos enfocados a disminuir la lista de espera.*

*Sobre los citados proyectos e iniciativas que se encuentran en proceso de desarrollo por la Institución es importante se haga un análisis exhaustivo de los costos financieros, los riesgos asociados y las estrategias necesarias para su desarrollo, es relevante indicar que, para el eficiente uso de los recursos económicos del Seguro de Salud, se debe considerar los mecanismos de transparencia, rendición de cuentas y monitoreo del avance, así como la evaluación del cumplimiento de los resultados.*

*Por otra parte, no se puede dejar de indicar, que a nivel mundial se está presentando una nueva tendencia empresarial de disminuir los costos fijos de operación (cargas sociales, impuestos, energía eléctrica, entre otros) por lo que se está evolucionando a modalidades de trabajo con el uso de las nuevas tecnologías, los robots como sustitutos de la mano de obra tradicional, la migración de trabajadores, las relaciones laborales internacionales donde la comunicación se realiza mediante los ordenadores, aplicaciones y el uso de internet.*



*Se debe considerar, como otros factores, la situación fiscal y económica del país, el fuerte endeudamiento del Gobierno para cubrir el gasto corriente, las recientes disminuciones en la calificación del riesgo, la iliquidez que enfrenta el Estado y que no es ajena a la Seguridad Social, asimismo, existe la necesidad de ser más eficiente en la prestación de los servicios, enfrentarnos a aspectos como; la judicialización de la salud, el análisis y rediseño de las fuentes de financiamiento, la forma cómo se evalúan los resultados financieros y de impacto en la población del Seguro de Salud, aspectos que se desarrollaran más adelante en este documento.*

- **Indicadores económicos**

*La coyuntura local muestra indicadores de estabilidad macroeconómica<sup>4</sup>, caracterizada por una inflación baja, ausencia de presiones futuras de inflación por la vía monetaria y un crecimiento económico que tiende a acelerarse, acompañado de mejores condiciones en el mercado laboral, sin embargo, el deterioro fiscal introduce riesgos para la citada estabilidad y en ese contexto, se indican algunas variables que podría repercutir en las finanzas institucionales:*

**a) Inflación:**

*Este Indicador se mide con la variación interanual del Índice de Precios al Consumidor (IPC), presentando 0.9% en agosto 2017, esta desaceleración, en términos interanuales, por segundo mes consecutivo estuvo asociada en buena medida, al resultado de choques de oferta (bienes de origen agrícola) y a ajustes tarifarios de bienes y servicios regulados (electricidad y gasolina), sin embargo, el Banco Central mantiene la previsión de que los próximos meses retorne al rango meta (3%±1 p.p.).*

*Adicionalmente, la tasa de inflación subyacente, indicador que busca identificar las tendencias inflacionarias de mediano plazo, registró una tasa del 1.6% al 23 de agosto, 2017, este aspecto refleja la ausencia de fuerzas inflacionarias por la vía monetaria.*

*Desde esa perspectiva, una inflación baja y estable, es de gran significancia para los ingresos que procura la Caja, por un lado, se promueve el uso eficiente de los recursos productivos, incentivando la inversión (infraestructura) en el mediano y largo plazo, por cuanto el valor del dinero se mantiene, lo que influye en la capacidad adquisitiva en el tiempo, esto favorece a los patronos y trabajadores independientes y por ende la estabilidad de los ingresos por cuotas de la Institución, por otra parte, en lo interno; las inversiones, los salarios y pensiones, no requerirían de ajustes fuertes para defenderse de la inflación, impactando positivamente en los gastos presupuestados y disminuye los indicios de incertidumbre sobre los costos en las actividades, proyectos y en el flujo de efectivo del Seguro de Salud.*

**b) Actividad económica y empleo**

*El Banco Central en la “Revisión del Programa Macroeconómico 2017-2018”, en julio 2017, estimó una baja en el crecimiento económico esperado, en el 2017 de 4.1% a 3.8% y mantuvo la previsión de un incremento en la producción de 4.1%, debido a que se registró una desaceleración de la demanda tanto interna como externa (exportaciones). Sin embargo, en el análisis de coyuntura realizado por el Ente Emisor, al mes de agosto 2017, señala que según la tendencia del ciclo del Índice mensual de actividad económica, creció a una tasa interanual de 4.25% en junio 2017, superando lo registrado un año atrás*

<sup>4</sup> Fuente: Banco Central en su análisis de coyuntura emitido para la primera semana de setiembre 2017.



(3.4%), así como lo observado en el crecimiento medio del primer semestre 2017 alcanzando el 4.1%. Tal dinamismo está determinado por el aporte de las actividades de servicios, manufactura y agropecuaria. Dicha situación representó un efecto positivo en la tasa de desempleo, por cuanto el segundo trimestre del presente año, alcanzó el 8.5% lo que mantuvo una mejora del 0.9% respecto a lo observado al segundo trimestre del 2016. También hubo una mejora en la tasa de ocupación que representó un 54.3% con respecto al segundo trimestre 2016. (51.8%).

Por lo anterior, la actividad económica ha progresado a partir del segundo semestre 2017, impulsado principalmente por la demanda interna en consonancia con el crecimiento económico, en particular por las actividades antes mencionadas. En ese contexto, las proyecciones del Banco Central sobre una mejora gradual de las actividades productivas hasta el término del 2018, significaría un escenario favorable respecto a las tasas de desempleo y de ocupación, con efectos positivos para los ingresos institucionales, dado que seguir esa tendencia se acrecentaría la cobertura contributiva (N° asegurados/Población Económicamente Activa) correspondiente a cotizaciones patronales y de nuevos trabajadores.

**c) Incremento moderado de la tasa de interés:**

La política monetaria aplicada por el Ente emisor a lo largo del primer semestre 2017, evidencia un incremento en las tasas pasiva y activa, principalmente motivadas con los incrementos de la Tasa Política Monetaria (TPM), orientadas a influir en la tasa de interés para fomentar las inversiones en colones y frenar la dolarización del ahorro financiero. Sin embargo, para algunos especialistas, tal acción monetaria podría generar efectos negativos para la producción nacional, impidiendo al empresario o al productor el acceso al crédito, pues esto lo encarece y disminuiría el consumo privado, dificultando frenar las elevadas tasas de desempleo que refleja la economía nacional, así como, su repercusión en las finanzas del gobierno, incrementado los costos de pagos en intereses en colones, creando mayores dificultades para financiar el déficit fiscal, lo que podría afectar las transferencias presupuestarias y cancelaciones de deudas que mantiene con la Caja.

**d) Déficit Fiscal:**

El Banco Central observa un riesgo en el desequilibrio fiscal que podría repercutir en la estabilidad macroeconómica, por cuanto los resultados a julio 2017, muestran un déficit acumulado del Gobierno Central de 2.9% (2.6% un año antes), provocando que la razón deuda/Producto Interno Bruto mantenga un trayecto creciente y no sostenible que compromete la citada estabilidad. Desde esa perspectiva, es necesario un acuerdo entre los distintos actores de la sociedad nacional, adoptando medidas tendientes a establecer prioridades para la expansión del gasto público e incrementar la recaudación tributaria.

En este sentido, la Institución deberá estar vigilante sobre las finanzas públicas, debido al desequilibrio fiscal y la falta de liquidez del Estado para enfrentar sus obligaciones, dentro de los cuales se encuentran los pagos a la Seguridad Social, y en caso de requerirse, establecer acciones estratégicas de negociación con el Poder Ejecutivo, con el propósito de definir medidas sostenibles mediante las cuales el Estado enfrente las deudas financieras de corto, mediano y largo plazo, para que cumpla con el mandato constitucional de financiamiento a la seguridad social.





*e) Análisis general de la situación económica*

*La relación directa entre los ingresos que percibe la Caja y el comportamiento de la economía, y de conformidad con las proyecciones del Banco Central, prevé al menos a corto plazo, un crecimiento en la actividad económica del 4.1%, podría significar un incremento del empleo y una baja de la tasa de desempleo. En ese sentido, la Institución debe emprender acciones que permitan el fortalecimiento de las actividades de aseguramiento, recaudación, cobro, con el fin de que nuevos trabajadores se afilien formalmente a la Seguridad Social, posibilitando ingresos frescos y coadyuvar con la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud y el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, en cuanto al financiamiento de los beneficios que otorga los seguros sociales que administra la Institución a favor de sus cotizantes y usuarios.*

*Adicionalmente, la Administración Activa debe estar vigilante y establecer los mecanismos necesarios para el monitoreo de las partidas que podrían ser consideradas disparadores del gasto, así como de fortalecer la forma en que se asignan los recursos, con el propósito de medir los resultados obtenidos, fomentar la rendición de cuentas y el mejoramiento de la prestación de los servicios. Además, requiere establecer estrategias ligadas a la eficiencia en la asignación de los recursos en función de su costo-beneficio o costo de efectividad, es decir, la optimización de los recursos disponibles de los Seguros de Salud y Pensiones.*

• ***Evolución y retos del Seguro de Salud***

*El tema de la salud ha ido evolucionando conforme han transcurrido los años, esto sin duda alguna genera retos para la sostenibilidad de este seguro, como el análisis de la oferta y la demanda, la inversión y evaluación de las tecnologías sanitarias, el nivel de especialización de los profesionales en salud, la concientización de la población sobre el autocuidado, la prevención y la promoción de la salud y el comportamiento de la economía del país.*

*Es importante mencionar que un sistema de salud para ser sostenible, necesita, aparte de la gestión que debe realizar sobre el fortalecimiento de los ingresos y control sobre los gastos, desarrollar acciones estratégicas que permitan brindar los servicios de salud a la población a través del tiempo con eficiencia y calidad, por lo cual las autoridades institucionales deben establecer mecanismos para contribuir en la sana Administración del Seguro de Salud*

*La Organización Mundial de la Salud (OMS), sobre la Financiación de los Sistemas de Salud, señala:*

*“La financiación de la salud se ha convertido en un problema cada vez más importante para la población y para los gobiernos en todo el mundo. En muchos países, las barreras financieras excluyen a los pobres de los servicios, y los costos de la atención son causa de graves problemas financieros para los pacientes y sus familias.*

*En algunos países, los planificadores de políticas intentan modificar la manera de remunerar a los trabajadores sanitarios o las modalidades de pago por los servicios prestados mediante fórmulas que incentiven la eficiencia y la calidad. En todos los escenarios, ricos y pobres, la demanda de servicios de salud por la población supera la financiación disponible, pero el problema reviste especial gravedad en los entornos de ingresos bajos.*



Los sistemas de financiación de la salud cumplen tres funciones importantes e interrelacionadas: recaudar fondos suficientes para la salud, mancomunarlos para dispersar los riesgos financieros asociados al pago de la atención, y usar los fondos conseguidos para adquirir y suministrar los servicios de salud deseados.

A fin de tomar decisiones fundamentadas, los formuladores de políticas buscan pruebas científicas sobre las ventajas y desventajas de las diferentes estrategias financieras y mecanismos institucionales, así como datos actualizados que les permitan vigilar y modificar sus sistemas de financiación.”

*En este contexto, lo señalado por la OMS sobre los desafíos en cuanto a la financiación de los Sistemas de Salud a nivel mundial, no son ajenos a Costa Rica y por supuesto a la Caja. En este sentido, esta Auditoría ha reiterado en múltiples ocasiones la necesidad de analizar diferentes escenarios, alternativas y acciones que contribuyan con la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud, no solo desde la perspectiva de ajustar los ingresos sino en el abordaje de la eficiencia y calidad del gasto, análisis y ejecución de proyectos de inversión y las innovaciones que contribuyan en el control de los egresos.*

*La Organización Panamericana de la Salud, en el 2003, elaboró el documento: Gasto y financiamiento de la salud en Costa Rica: situación actual, tendencias y retos, sobre la sostenibilidad indicó:*

“El término sostenibilidad financiera no debe interpretarse como el equilibrio, en un determinado período de tiempo, de los ingresos y egresos del régimen. El concepto más bien trata sobre las posibilidades financieras que se tendrán en un futuro, para mantener un determinado paquete de atenciones a la salud, condicionado por un patrón de consumo, la estructura de edades de la población, los costos unitarios de los servicios, los gastos de administración, las inversiones en equipo e infraestructura necesarios, y otros elementos más. Las atenciones deben brindarse con calidad técnica y humana, eficiencia, eficacia y equidad.

En este particular, las manifestaciones iniciales de la pérdida de sostenibilidad de un sistema, no corresponden precisamente a un desequilibrio financiero, más bien, están representadas por la aparición de mecanismos no explícitos de racionamiento de los bienes y servicios de salud. El aumento en los tiempos y las listas de espera, los denominados “biombos médicos” que se refieren a convenios ilícitos entre médicos y pacientes, las barreras administrativas para acceder a ciertas prestaciones, períodos recurrentes caracterizados por la falta de provisión de ciertos medicamentos, entre otras formas adicionales. Todas estas prácticas, carentes de transparencia, promueven la corrupción del sistema en general y ponen en una desventaja manifiesta a las personas más necesitadas.

La sostenibilidad depende, en última instancia, de un amplio conjunto de factores y consideraciones. Importa entre muchos otros: i) la eficiencia en el uso de los recursos asignados a la salud; ii) la gobernabilidad técnica, administrativa y política del sistema; iii) la consolidación del principio de solidaridad financiera; iv) el impacto de las transiciones demográficas y epidemiológicas; v) la capacidad por atender oportunamente las necesidades de inversión en equipo e infraestructura y; vi) la respuesta a los cambios en los procesos económicos y las transformaciones del mercado laboral.”



*No obstante lo anterior, la financiación y la sostenibilidad del Seguro de Salud, requiere el análisis en conjunto de múltiples actores, tanto internos como externos a la Institución, donde los niveles gerenciales en su conjunto deben tener un involucramiento activo, bajo el liderazgo de la Gerencia Financiera como principal gestora de los recursos institucionales, considerando el acompañamiento y el desarrollo de acciones por parte de los diferentes niveles técnicos que conforman la Caja. La Gerencia Financiera, en la presentación del documento “Desafío de la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud”, como una aproximación conceptual de la sostenibilidad financiera, señaló lo siguiente:*

*“La sostenibilidad financiera de un sistema de salud significa, en términos sencillos, la capacidad de la sociedad de garantizar a mediano y largo plazo, las múltiples atenciones de salud demandadas por los ciudadanos, cumpliendo con criterios de oportunidad, calidad y satisfacción”*

*Adicionalmente, en el citado documento sometido a conocimiento de la Junta Directiva, el 3 de agosto, 2017, en el artículo 19, de la sesión N° 8919, la Gerencia Financiera, señaló los principales ejes para el avance hacia el logro de la sostenibilidad financiera, a saber; 1) Implementación de buenas prácticas en la gestión, 2) rediseño del Modelo de Financiamiento, 3) Asignación de Recursos e Inversiones estratégicas y 4) la eficiencia de la gestión de los servicios.*

*En razón de lo expuesto, este Órgano de Fiscalización y Control presenta el análisis de los resultados financieros y presupuestarios, al 31 de diciembre 2016, así como el detalle de una serie de temas que a criterio de esta Auditoría, son importantes que sean de conocimiento de esa Junta Directiva y que forman parte de los procesos de fiscalización periódica que se realizan para proteger y resguardar los recursos públicos que nos han sido asignados y sobre todo garantizar a los usuarios la prestación de los servicios con eficiencia, calidad, accesibilidad y oportunidad.*

*El propósito del presente documento es continuar contribuyendo con la Administración Activa, en el establecimiento de estrategias a corto, mediano y largo plazo, que garanticen razonablemente, tanto la estabilidad, como la sostenibilidad de este Seguro, entendiéndose que estas medidas no deben ser permanentes, sino ser sujetas a evaluación y análisis para poder adaptarlas a los cambios en el entorno financiero, económico, social, demográfico, epidemiológicos, entre otros.*

## **II. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN FINANCIERA DEL SEGURO DE SALUD**

*Los estados financieros constituyen una representación estructurada de la situación financiera y de las transacciones llevadas a cabo por la Institución, con el propósito de suministrar información útil a la Administración para la toma de decisiones y representan un medio para la rendición de cuentas a la ciudadanía por los recursos que le han sido confiados.*

*Este Órgano de Fiscalización y Control para el presente análisis de la situación financiera consideró los estados financieros, el presupuesto y el flujo de efectivo del Seguro de Salud, como se muestra a continuación:*

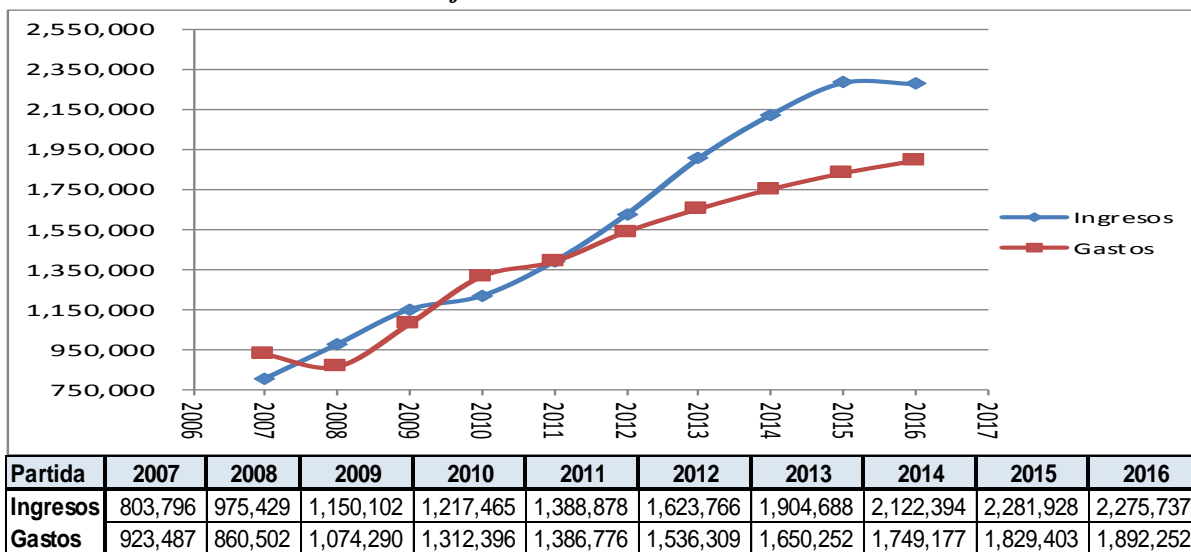
## 1. Análisis de los estados financieros al 31 de diciembre 2016

### a) Ingresos

A partir del 2011 cuando los ingresos se equipararon con los gastos, después de la pérdida presentada en el 2010, estos muestran una tendencia sostenida de crecimiento, en mayor medida al incremento que presentaron los gastos, salvo por el resultado al 31 de diciembre, 2016 (¢2, 278,586 millones), donde los ingresos en términos reales disminuyeron un 1.3% (¢23,681 millones) con respecto al resultado del 2015 (2, 302,267 millones). Las principales partidas de ingresos corresponden a “Cuotas Particulares” y “Productos por Servicios Médicos”, siendo esta última la que presentó una fuerte disminución del 2015 al 2016 en ¢145,084 millones.

La tasa de crecimiento de los ingresos en términos nominales y reales durante el período 2011 al 2016 fue de 10.38% y 7.54% respectivamente, y en el caso de los gastos fue de 6.41% nominal y de 3.68% real. En el siguiente gráfico se presenta el histórico de ingresos y gastos en términos nominales:

**Gráfico 1**  
**Seguro de Salud**  
**Histórico de ingresos y gastos**  
**Del 31 de diciembre 2007 al 31 de diciembre 2016**  
**Cifras en millones de colones**



Fuente: Elaboración propia, con base en los Estados Financieros suministrados por la Dirección Financiero Contable

### i. Cuotas particulares

Los ingresos por cuotas particulares del 2011 al 2016, han representado para el Seguro de Salud entre el 72% y el 81% del total de los ingresos. Estos han tenido un comportamiento variable, aunque analizados los últimos 5 años presentan un crecimiento en términos nominales y reales del 9.96% y 7.13%, respectivamente. Se muestra a continuación el detalle:

**Cuadro 3**  
**Seguro de Salud**  
**Ingresos por cuotas particulares**  
**Al 31 de diciembre del 2011 al 2016**  
**Cifras en millones de colones (año base, junio 2015)**

Año	Ingresos nominales	Variación relativa	Ingresos reales	Variación relativa real
2011	1,115,701		1,272,374	
2012	1,280,872	14.80%	1,397,161	9.81%
2013	1,407,430	9.88%	1,480,724	5.98%
2014	1,540,360	9.44%	1,541,539	4.11%
2015	1,663,986	8.03%	1,678,818	8.91%
2016	1,793,246	7.77%	1,795,492	6.95%

**Crecimiento** 9.96%

7.13%

Fuente: Elaboración propia con base en la información de los Estados Financieros.

Las principales partidas que componen los ingresos por cuotas particulares son: “Cuota Patronal Sector Privado”, “Cuota Trabajador Sector Privado”, “Cuota Patronal Gobierno Ministerios”, Cuota trabajador cuenta propia”, “Cuota Trabajador Gobierno Ministerios” y “Cuota Trabajador Sector Público”, en términos reales se obtuvo una variación relativa del 6.95% en los ingresos, pasando de ₡1, 678, 818 millones en el 2015 a ₡1,795,492 millones en el 2016, manteniéndose un ritmo de crecimiento menor al periodo anterior.

Es importante resaltar que la Auditoría a través de los diferentes productos emitidos ha señalado la necesidad de diversificar las fuentes de financiamiento del Seguro de Salud, por cuanto existe una fuerte dependencia sobre los ingresos por cuotas patronales, de trabajadores y el Estado, adicionalmente, estos ingresos se relacionan en forma directa con el comportamiento de indicadores económicos como el empleo y el crecimiento de la economía, convirtiéndose lo descrito como uno de los retos para contribuir con la sostenibilidad financiera del citado régimen.

El estudio efectuado por la Organización Panamericana de la Salud, editado en octubre 2003 y denominado “Gasto y financiamiento de la salud en Costa Rica: Situación actual, tendencias y retos”, señaló los principales retos que tiene a futuro el Seguro de Salud. A continuación se exponen algunos puntos:

“La piedra angular del sistema de salud costarricense es el seguro social, público y universal, administrado por la Caja Costarricense de Seguro Social y denominado en la actualidad seguro de salud. Precisamente, sus grandes virtudes tales como fácil acceso a los bienes y servicios brindados, independientemente de la condición de aseguramiento y una protección casi ilimitada de todas las necesidades de salud de los habitantes del país, junto con las presiones derivadas de las transiciones demográficas, epidemiológicas, tecnológicas y económicas, han provocado el cuestionamiento de su sostenibilidad financiera en el mediano y largo plazo. El diseño de una estrategia que permita robustecer las finanzas de este régimen, en particular, la generación de ingresos, debe constituirse en una preocupación nacional....”





Combatir más agresivamente la evasión y morosidad: La Ley de Protección al Trabajador, convierte en obligatoria la contribución de los trabajadores independientes al seguro de salud a partir del año 2006. El desafío para los administradores de este seguro, es diseñar, en los 40 próximos años, mecanismos financieros de aportación que reconozcan las particularidades propias de este tipo de empleo, pero sin crear incentivos económicos a la evasión. Gracias a esta misma ley, la CCSS cuenta en la actualidad, con mayores instrumentos y potestades legales para combatir la evasión y la morosidad. La aplicación práctica de facultades, tales como el cierre de negocios por la negativa sin fundamento del patrono de entregar información sobre sus trabajadores, es una necesidad. El impacto de esta medida puede tardar algún tiempo para evidenciarse, sin embargo, es indiscutible las potenciales ganancias que representa.

Evaluar el rol de financiador que cumple el Estado: El Estado incumple sus obligaciones financieras con el seguro social, al no pagar ni oportuna ni completamente sus adeudos. Esta situación no es sencilla de resolver, pues entre otras medidas, requiere establecer mecanismos legales de sanción para aquellos funcionarios y autoridades gubernamentales que no transfieran los fondos reglamentados a favor de la CCSS. No obstante, el obstáculo principal no sería promulgar una ley, sino su aplicación, pues es poco probable que la Presidencia Ejecutiva y una buena parte de los miembros de la Junta Directa de la CCSS, o bien, el jerarca del Ministerio de Salud, asuman una actitud contraria a la del Poder Ejecutivo.

Tampoco parece lógico exigir al Gobierno aportaciones mayores, cuando sus finanzas parecen encontrarse en la peor posición de los últimos años. Sin embargo, lo que no parece ser justo es que las aportaciones del Estado disminuyan, cuando el peso de la población subvencionada por éste ha crecido de manera sostenida y donde el gasto en salud en los próximos 20 o 30 años de ciertos grupos en riesgo social, tales como los adultos mayores, aumentará significativamente. La discusión más de fondo es ¿cómo y quién financia la atención de los pobres y grupos en riesgo social?

Ajustes en las modalidades de aseguramiento: La multiplicidad de niveles de contribución es un incentivo para evadir o eludir las responsabilidades con la seguridad social por parte de los agentes con capacidad contributiva. En consecuencia, es necesario establecer una cuota lo más uniforme posible para todas las modalidades contributivas del aseguramiento. De lo contrario, es predecible que continúe aumentando el número de trabajadores asalariados inscritos en el seguro voluntario, debido a que en términos globales tiene un costo casi de la mitad respecto al seguro de tipo obligatorio.

En esta misma dirección, debe proponerse una transformación de los mecanismos que se emplean para seleccionar los Asegurados por Cuenta del Estado. Dado los esfuerzos que desde hace algunos años viene realizando el Instituto Mixto de Ayuda Social, en la homologación de criterios y herramientas para identificar las personas y familias pobres que viven en el país, una posibilidad real es el uso del Sistema de Información Objetivo (SIPO) para elegir los beneficiarios de esta modalidad de aseguramiento.”



*En el documento denominado: “Comentario sobre la economía nacional” N° 08–2017, del 8 de setiembre, 2017, emitido por el Banco Central de Costa Rica, se indicó que de la coyuntura local, los indicadores señalan estabilidad macroeconómica, caracterizada por una inflación baja, ausencia de presiones futuras de inflación por la vía monetaria y un crecimiento económico que tiende a acelerarse, acompañado de mejores condiciones en el mercado laboral. No obstante, el deterioro fiscal introduce riesgos para esa estabilidad macroeconómica.*

*Otro aspecto que también va a repercutir paulatinamente en los ingresos para el Seguro de Salud, es el proceso de automatización del empleo. Durante el Foro Económico Mundial<sup>5</sup> de Davos de enero, 2016, los economistas calcularon que del 2016 al 2020 se perderán unos cinco millones de puestos de trabajo en todo el mundo por la que se bautizó como la "cuarta revolución industrial". Con una particularidad, esta revolución tendrá un impacto menor en las economías desarrolladas que en los mercados emergentes, que se verán afectados por la reducción de la ventaja competitiva de la mano de obra barata.*

*La capacidad de defensa del empleo depende de una doble dinámica, indica la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Por un lado, está la estructura productiva de los lugares de trabajo y por el otro el grado de adaptación a las nuevas tecnologías. Esto significa que cuánto menor es la interacción entre los empleados, más probable será que el hombre acabe siendo reemplazado. Lo mismo sucede con el grado de innovación tecnológica: en los países donde ya se apuesta por la digitalización y la innovación, será menor la probabilidad de que los trabajadores terminen siendo arrollados por el tsunami robótico.*

*En el periódico El Economista de México<sup>6</sup>, en artículo publicado el 6 de abril, 2017, intitulado “4 estrategias para combatir la automatización laboral”, se menciona entre otros aspectos, lo siguiente:*

“De acuerdo con un artículo de The Fast Company, éstas son [...] estrategias para combatir la automatización laboral:

## 2. Impuesto a los robots

Ahora mismo, las ganancias que un trabajador genera dentro de una fábrica están gravadas por distintos tipos de impuestos. Por el contrario, las ganancias que genera una máquina están libres de este tipo de obligaciones tributarias. Ésta es una de las razones por las que el magnate tecnológico Bill Gates cree que un impuesto específico a los robots es una buena idea.”

*Asimismo, en la nota denominada “¿Deberían pagar impuestos los robots?, publicada el 12 de agosto, 2017, en el sitio web Dinero, se mencionó al respecto:*

“[...] el concepto algo futurista de un "impuesto robot" es un tema real en Europa, aunque todavía algo lejos de convertirse en realidad. Un argumento establecido desde hace mucho tiempo es que los avances cada vez más rápidos en inteligencia artificial (IA) y en la automatización, la así llamada revolución robótica, provocaría un enormes desempleos [...]

Naturalmente, tales pronósticos dramáticos plantean muchas preguntas sobre el futuro de la humanidad, economía y mucho más. La pregunta más obvia es: ¿Quién pagará los impuestos cuando los robots y las computadoras estén haciendo todo el trabajo?”

<sup>5</sup> [https://economia.elpais.com/economia/2016/05/20/actualidad/1463769085\\_077235.html](https://economia.elpais.com/economia/2016/05/20/actualidad/1463769085_077235.html)

<sup>6</sup> <http://eleconomista.com.mx/tecnociencia/2017/04/06/4-estrategias-combatir-automatizacion-laboral>



*La automatización podría impactar al 52% de las ocupaciones<sup>7</sup> en el sector privado del país, según un informe de la firma McKinsey & Co. -que estima el potencial de automatización por ocupación a nivel global- y las estadísticas de la Caja de empleo por rama de actividad. El estudio además, indica que la automatización abarcaría el 53% de las ocupaciones en el comercio. En Costa Rica serían 95.000 puestos de los 180.000 que hay en esa actividad, según datos de la CCSS.*

*Es así como, con base en la estimación de esa firma, sobre el impacto potencial de la automatización en cada sector alrededor del mundo, y en los datos de la CCSS para el sector privado local, que la automatización alcanzaría a 475.200 puestos de trabajo.*

*En informes realizados por esta Auditoría sobre revisión y análisis de los estados financieros (ASF-413-2015 del 18 de diciembre, 2015, ASF-242-2016 del 23 de diciembre, 2016), se ha señalado que las finanzas muestran una mejoría y estabilidad en cuanto a la situación financiera, sin embargo, se debe mantener una estricta vigilancia en el comportamiento de los ingresos y los gastos. Además, que el comportamiento del crecimiento de las contribuciones preocupa, debido a que presentan mucha variabilidad, por ejemplo; para el 2012 los ingresos por cuotas particulares representaron el 78,88% de los ingresos, para el 2013 el 73,89%, 2014 el 72,58%, 2015 el 72,92% y para el 2016 el 78,80%.*

*En el citado informe ASF-242-2016, se señaló que a diferencia de los años 2013 y 2014 donde se presentó una desaceleración en su crecimiento, para el cierre a diciembre del 2015, reflejó un crecimiento en términos reales del 8,91% pasando de ¢1.541.539 millones en el 2014 a ¢1.678.818 millones en el 2015 y como se indicó anteriormente, para el 2016 pasó a ¢1, 795,492 millones.*

*Sobre la situación anterior, se le ha señalado a la Administración, la importancia de la diversificación de los ingresos, persistiendo el reto que tiene la Gerencia Financiera en explorar la posibilidad de nuevas fuentes de financiamiento, a fin de traer recursos frescos, o el análisis de alternativas por medio de la creación de nuevas rentas por parte del Estado, que lleguen a contribuir en la sostenibilidad del régimen de salud, por representar uno de los pilares fundamentales de la sociedad costarricense y ante la responsabilidad de mantener y mejorar los indicadores en salud alcanzados hasta el momento. Asimismo, se ha reiterado la necesidad de establecer procedimientos que permitan una estricta vigilancia en el uso eficiente de los recursos para satisfacer las aspiraciones ilimitadas de la sociedad y la judicialización de la salud.*

*Adicionalmente, uno de los procesos que dispone la institución para mejorar las finanzas institucionales es el Servicio de Inspección, el cual tiene bajo su responsabilidad verificar el cumplimiento de las obligaciones legales y reglamentarias relativas al correcto aseguramiento de los trabajadores dependientes e independientes, por lo que en aras de lograr esa cobertura contributiva y disminuir la evasión, la Dirección de Inspección ha incursionado en dos proyectos los cuales se detallan a continuación:*

- **Proyecto Costa Rica – Francia “Taller buenas prácticas para el control de la evasión”.**

*Con el propósito de potencializar los servicios de aseguramiento y fiscalización de la Caja, se elaboró un proyecto de cooperación con la Escuela Francesa Superior del Seguro Social, a fin de disponer de técnicas y herramientas para el control de la evasión y el uso de nuevas tecnologías para la mejora de los servicios, en el que se identifican los siguientes objetivos:*

<sup>7</sup> [http://www.elfinancierocr.com/tecnologia/McKinsey-CCSS-Cognitiva-IoT\\_Solutions-Agricien-automatizacion\\_0\\_1132686743.html](http://www.elfinancierocr.com/tecnologia/McKinsey-CCSS-Cognitiva-IoT_Solutions-Agricien-automatizacion_0_1132686743.html)



- a. *Coadyuvar a la modernización de la gestión del Servicio de Inspección, mediante la transferencia de nuevos conocimientos y experiencias de países desarrollados, en temas de innovación tecnológica y marco regulatorio.*
- b. *Capacitar a funcionarios del Servicio de Inspección de la CCSS en las buenas prácticas que permitan fortalecer la labor de fiscalización y controlar la evasión de las obligaciones con la Seguridad Social.*

*De la visita realizada por funcionarios de la Institución a Francia, se derivaron sesiones de trabajo, donde se analizaron temas relacionados con el control y lucha contra el trabajo ilegal, misión de los inspectores, cómo se lleva a cabo la inspección, la formación de la profesión del inspector, así como las estadísticas y los vínculos con el control, emitiéndose por la Administración el “Informe Actividad Proyecto”, donde se establecen como los principales logros los siguientes:*

- a. *Conocer el modelo de gestión utilizado por la Seguridad Social francesa en materia de afiliación, recaudación y control de las poblaciones sujetas a aseguramiento, así como conocer en detalle los mecanismos contra el fraude y la evasión social, el entorno económico nacional, perfil demográfico, composición familiar, uso de los servicios de salud, desempleo y las crecientes economías colaborativas.*
- b. *Lograr una capacitación de alto nivel que permitió fortalecer los conocimientos en materia de fiscalización y se identificaron temas de importancia en materia de evasión, recaudación y cobro de las obligaciones con la Seguridad Social, así como la selección y formación de los inspectores. Adicionalmente, analizar variables y manifestaciones del fenómeno de la evasión y los efectos sobre los regímenes de seguridad social en Francia.*

*En atención a las acciones evidenciadas para poder lograr una mayor cobertura contributiva y disminuir la evasión, es importante que la Gerencia Financiera y la Dirección de Inspección, continúen gestionando acciones concretas que permitan incorporar buenas prácticas como las obtenidas a través de esta capacitación en Francia y la búsqueda de otras alternativas considerando la experiencia de otros países o las sugerencias de organizaciones internacionales, que pudiesen ser aplicables en Costa Rica, con el propósito tener una mejor focalización y abordaje de los casos sujetos a contribuir con la Seguridad Social, así como, con el correcto aseguramiento de los trabajadores.*

*En este sentido, es criterio de esta Auditoría, que el papel que desempeña el servicio de inspección en la seguridad social, contribuye en la mejora de las condiciones de vida y de trabajo de los ciudadanos a través de un correcto aseguramiento, es decir, se convierte en una autoridad pública, con la finalidad de brindar una garantía razonable del cumplimiento de las leyes laborales que impulsan el trabajo digno, que de acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (OIT), se conceptualiza como toda actividad laboral adecuadamente regulada, retribuida y dotada de protección social, como factor esencial del progreso social y económico homogéneo y sostenible en las sociedades democráticas.*

*Por lo que la capacitación y las herramientas de trabajo de los inspectores deben estar en constante evolución, conforme los nuevos modelos de organización, producción y en las formas de trabajo, entre otros, con el objetivo de proteger y promover la protección social según las modalidades de aseguramiento y también en ser garante de los ingresos que por ley corresponden a la Institución.*

- ***Sobre el índice Compuesto de Indicios de Evasión (ICIE)***

*La Gerencia Financiera, en atención a la transformación que ha sufrido el mercado laboral, tanto en su estructura, como en su conformación, en coordinación con la Dirección de Inspección, ha ideado nuevas formas de trabajo para lograr determinar y validar relaciones laborales, entre las que se pueden citar; comercio electrónico, teletrabajo, crecimiento de actividades informales, subcontratación de servicios, entre otros.*



*De conformidad con lo expuesto, en el 2016, la Dirección de Inspección, elaboró un estudio geo – estadístico que tiene como finalidad implementar a nivel nacional una forma de trabajo focalizada y georreferenciada, que permite ubicar zonas donde los patronos muestran mayor incidencia de evasión patronal, a través de la utilización del Índice Compuesto de Indicios de Evasión (ICIE)<sup>8</sup>.*

*En el informe ASAAI-75-2017, del 07 de setiembre, 2017, denominado: “Estudio de carácter especial sobre la labor efectuada por el Área de Gestión Técnica de la Dirección de Inspección”, se determinó que el estudio geo – estadístico citado anteriormente, no se había logrado implementar a nivel nacional, con el agravante que la información que alimenta ese índice se va desactualizando con el tiempo, sin que se generen estrategias para direccionar a los Inspectores de Leyes y Reglamentos hacia esas zonas.*

*Al respecto, esta Auditoría le recomendó a la Gerencia Financiera que valorara la herramienta “Índice Compuesto de Indicios de Evasión” (ICIE), con el fin de que se determine la posibilidad de coordinar su implementación y uso a nivel nacional.*

*Adicionalmente, es necesario que la Gerencia Financiera continúe con los esfuerzos en el desarrollo estrategias efectivas para combatir las nuevas formas de empleo y los cambios en los sectores empresariales, de ahí la importancia de incorporar nuevas prácticas de fiscalización y aseguramiento, la capacitación de los inspectores, el uso de herramientas tecnológicas y el establecimiento de alianzas estratégicas para facilitar la gestión de empadronamiento y verificación del correcto aseguramiento.*

- **Sobre la conformación de un Consejo Permanente para la sostenibilidad financiera**

*Por otra parte, producto de los nuevos retos que debe enfrentar el Seguro de Salud, mediante el informe ASF-199-2016, se le ha solicitado al Cuerpo Gerencial, con la participación de la Dirección de Planificación Institucional y la Dirección Actuarial y Económica, que se analice la conveniencia de conformar un Consejo permanente o bien establecer una estrategia alternativa para vigilar la Sostenibilidad Financiera del Seguro de Salud, el cual tenga como objetivo, el diseño, ejecución y control de una política de sostenibilidad financiera, en el mediano y largo plazo.*

*El 18 de agosto, 2017, en el oficio GF-3017-2017, el Lic. Gustavo Picado Chacón, Gerente Financiero, señaló que se está trabajando en una propuesta, donde se plantea que el Consejo Financiero actual, asuma esas labores, analizando desarrollar una serie de lineamientos con nuevas funciones para este Consejo, dentro de las cuales se encuentra la revisión, control y seguimiento de la política de sostenibilidad que se diseñe. Paralelamente, la Gerencia Financiera, está elaborando las principales líneas de acción relacionadas con la política de sostenibilidad financiera del Seguro de Salud. En este sentido, es importante que la Gerencia Financiera, lo antes posible, implemente estos nuevos mecanismos que le permitan establecer un horizonte donde pueda prever posibles riesgos y cambios en el entorno que podrían afectar a la Institución, de manera que en forma oportuna adopte acciones en procura de garantizar la sostenibilidad de este seguro.*

<sup>8</sup> Para la construcción de ese índice se utilizaron, entre otros, los siguientes componentes; tasa de patronos inactivos morosos (TPIM), tasa de patronos activos morosos (TPAM), tasa de patronos subdeclarantes por salario mínimo (TPSS), tasa de patronos subdeclarantes por omisión de trabajadores (TPSO), tasa de trabajadores subdeclarados por salario (TTSS), entre otros.





*La sostenibilidad financiera es competencia de varios actores a nivel institucional, considerándose necesario la articulación de esfuerzos en este tema y que éstos sean consolidados en un único documento con visión integral y sistemática de los impactos que tiene el Seguro de Salud y su sostenibilidad, por lo cual esta Auditoría en el informe ASF-199-2016 del 07 de diciembre, 2016 “Sobre las acciones estratégicas lideradas por la Dirección de Presupuesto para el fortalecimiento del proceso presupuestario, la vinculación con la planificación institucional y su contribución a la sostenibilidad financiera de la Institución”, recomendó al Cuerpo Gerencial con la participación de la Dirección de Planificación Institucional y la Dirección Actuarial y Económica, analizar la conveniencia de conformarse en un Consejo permanente o bien establecer una estrategia alternativa para vigilar la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud, el cual tenga como objetivo, el diseño, ejecución y control de una política de sostenibilidad financiera, en el mediano y largo plazo y así exista una participación activa de las distintas Gerencias, en materia de la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud y que las políticas, estrategias y acciones que se emitan, se articulen a los procesos de planificación institucional y actuarial.*

*Adicionalmente en el Informe ASF-18-2017 se recomendó al “Consejo Permanente” enunciado anteriormente, que revisen si las estrategias incluidas en los actuales planes institucionales, son suficientes para garantizar la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud y se deberán determinar si las actividades mediante las cuales se pretende ejecutar dichas estrategias, se encuentran adecuadamente vinculadas y están garantizando la prevención de los riesgos que puedan afectar la “estabilidad y sostenibilidad financiera de la institución” e instaurar la forma en que se articulará las acciones que se requiere que cumplan cada uno de los actores, con fundamento en los retos determinados.*

*Cabe indicar además, que en el informe de Auditoría ASF-242-2016, se recomendó al Gerente Financiero que en el seno del Consejo Permanente de Sostenibilidad Financiera del Seguro de Salud, (requerido en el informe de Auditoría ASF-199-2016), se elaborara una propuesta relacionada con posibles nuevas fuentes de financiamiento, con el fin de asegurar su sostenibilidad y la diversificación de los ingresos; disminuyendo de esta forma la dependencia existente sobre las contribuciones por cuotas particulares. Entre los aspectos a considerar se indicaron:*

- a) Las necesidades futuras en los servicios de salud de acuerdo al perfil de morbi-mortalidad de la población, garantizando la igualdad, eficiencia y calidad en la provisión de los servicios, así como la demanda creciente de estos.*
- b) La infraestructura sanitaria necesaria para la provisión futura de los servicios.*
- c) El recurso humano necesario tanto médico como administrativo para los servicios de salud.*
- d) Proyecciones de ingresos según cada una de las propuestas realizadas y su impacto sobre las necesidades futuras en los servicios de salud y los gastos que estos conllevan.*
- e) Análisis sobre los cambios en la economía nacional, crecimiento, perspectivas de empleo, entre otros aspectos que sean importantes en la fundamentación de la propuesta.*
- f) Una vez elaborada la propuesta, se debe hacer de conocimiento de la Junta Directiva, con el fin de contribuir con la toma las decisiones pertinentes en procura de la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud.*

## **ii. Productos por Servicios Médicos**

*Los ingresos por el concepto de productos por servicios médicos, del 2011 al 2016 han representado en promedio el 9.26% del total de ingresos del Seguro de Salud, siendo para el 31 de diciembre, 2016, un total de ₡179,218 millones. Los principales rubros que lo componen se detallan a continuación:*



**Cuadro 4  
Seguro de Salud  
Detalle de principales partidas de ingreso servicios médicos  
Al 31 de diciembre 2016  
Cifras en millones de colones**

Nombre Cuentas Contables Detalle de Partida	Años				
	2014	2015	% variación	2016	% variación
Servicios Médicos Asegurados del Estado	98,145	253,234	15.02%	133,701	-47.20%
Atención Asegurados a Cargo del INS	17,567	18,662	6.23%	21,604	15.77%
Servicios Médicos a pensionados RNCP	13,531	14,303	5.71%	15,320	7.11%
Atención Pacientes Particulares	4,839	5,724	18.29%	7,505	31.11%
<b>Totales generales</b>	<b>134,082</b>	<b>291,923</b>	<b>118%</b>	<b>178,130</b>	<b>-39%</b>

*Fuente: Elaboración propia con base en la información de los Estados Financieros del Seguro de Salud*

La principal variación del período 2014-2016 se presentó en la partida de Servicios Médicos Asegurados del Estado, que se incrementó un 158.02% del 2014 al 2015, para disminuir un 47.20% del 2015 al 2016, debido a ajustes en los registros para reflejar el costo real de este concepto. Asimismo, se observa un crecimiento sostenido en la partida de Atención Asegurados a Cargo del INS y en los Servicios Médicos a pensionados del Régimen No Contributivo de Pensiones.

Adicionalmente, un cuarto rubro en importancia es la Atención Pacientes Particulares que en el periodo 2015-2016 se incrementó en 31.11%, pasando de ¢5,724 millones en el 2015 a ¢7,505 en el 2016, lo cual es consecuente con la aprobación e implementación de un marco normativo actualizado para el cobro de no asegurados con capacidad de pago y el desarrollo de una herramienta para la facturación y cobro de los servicios brindados a este grupo.

A continuación, se detallan las principales observaciones emitidas en torno a los servicios médicos de asegurados del Estado, asegurados a cargo del INS y la atención de pacientes particulares:

**Servicios Médicos Asegurados del Estado:** corresponde al costo de los servicios médicos que reciben los asegurados por el Estado. Esta partida está ligada a las cuentas por cobrar al Estado (Deuda del Estado), de ahí la importancia de que los fondos adeudados a la institución se paguen oportunamente para tener los recursos financieros disponibles para atender las necesidades de la institución.

**Deuda Estatal:** El Estado desde su dimensión como empleador, como en su condición de Estado propiamente, contribuye con la Seguridad Social por los siguientes conceptos: Patrono, Cuotas Complementarias, Trabajadores Independientes y Convenios Especiales, Cuotas Subsidiarias, Asegurados por el Estado (Indigentes), Ley Paternidad Responsable, Código de la Niñez y Adolescencia, Centros Penales, "Estado Como Tal", e Intereses por estas deudas. A la vez cubre otras obligaciones para el Financiamiento de Programas Específicos como son: Traslado funcionarios del Ministerio de Salud a la CCSS y Plan Nacional de Vacunación.

Las cuentas por cobrar al Estado al 30 de junio, 2017, ascendieron a ¢974.847 millones de los cuales ¢876,573 millones corresponden al Seguro Salud, y ¢98,274 millones al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, según información suministrada por el Área Contabilidad Financiera. Cabe indicar que, del total de los Activos del Balance de Situación, las deudas del Estado representan aproximadamente el 35%.



*Este tema adquiere mayor relevancia por la situación fiscal del país, donde el Estado dispone de menos recursos para el pago de sus obligaciones. Los resultados a julio 2017,<sup>9</sup> señalan un déficit acumulado del Gobierno Central de 2,9% (2,6% un año atrás), lo cual provoca que la razón de su deuda a PIB mantenga la trayectoria creciente y no sostenible, que compromete la estabilidad macroeconómica.*

*Este Órgano de Fiscalización y Control se ha pronunciado sobre el tema, específicamente en materia de los convenios realizados entre el Gobierno y la CCSS, con el objetivo de efectuar una gestión transparente, diligente y eficiente sobre el proceso de facturación, registro, conciliación y cobro de la deuda estatal, la fundamentación y razonabilidad del análisis de la masa salarial, base para el cálculo y registro de la facturación y cobro al gobierno por concepto de: cuotas complementaria y subsidiaria, Estado como tal, Asegurados por el Estado (atención población indigente), leyes especiales (Código de la Niñez y la Adolescencia, Atención por parte del Seguro de Salud de los Estudiantes sin Seguro, Atención en Salud de los Adultos Mayores y Mujeres Menores de Edad Embarazadas sin Seguro, Ley Paternidad Responsable), así como, sobre la importancia de la rendición de cuentas ante la opinión pública y terceros, y el continuar con las acciones desarrolladas en coordinación con el Gobierno Central para garantizar el pago de la deuda y que estos recursos contribuyan con el equilibrio financiero y la prestación de los servicios con oportunidad, calidad y eficiencia. (ASF-242-2016 del 23 de diciembre, 2016, ASF-413-2015, del 18 de diciembre, 2015).*

*En el informe ASF-084-2014 del 27-06-2014 “Evaluación referente a la información enviada por la Caja Costarricense de Seguro Social a la Dirección de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (DESAF) en relación con los registros de afiliados, estimación del costo y cobro por concepto de ejecución del programa de “asegurados por cuenta del estado” - gerencia financiera”. El objetivo general fue el “Evaluar la información remitida por la Institución a DESAF en relación con los registros de afiliados, estimación del costo y cobro por concepto de ejecución del programa de “Asegurados por Cuenta del Estado”.*

*El estudio evidenció que la Institución tiene en funcionamiento un sistema de información para estimar el costo por atención médica a personas en condición de aseguramiento por el Estado, el cual se origina en el “Módulo del Seguro por el Estado” del SIAC, cuyos registros automatizados permiten los aseguramientos por coberturas especiales del Estado y con ellos establecer mediante otras dependencias administrativas determinar el cálculos de costos, facturación, cobro y contabilización para dicho aseguramiento.*

*La revisión a la metodología actual para calcular el costo de atención médica a personas aseguradas por cuenta del Estado, fue aprobado por la Junta Directiva en el 2007. Esta metodología compuesta por tres variables para determinar dicho costo, evidencia que la segunda variable denominada “ingreso de referencia”, corresponde a un ingreso mínimo de los trabajadores independientes que cotizan a la Caja.*

*Sin embargo, no se logró establecer que ese ingreso mínimo se fundamentara en un estudio actuarial, ni tampoco que ese nivel de ingreso se ajusta a las necesidades de aquella población con aseguramiento a cargo del Estado, lo que pondría en duda que con ese ingreso se determinará apropiadamente mediante la aplicación de la metodología el costo de aseguramiento a cargo del Estado y con ello las cancelaciones que estaría realizando DESAF a la CAJA por dicho aseguramiento.*

*En el informe ASF-C-209-2014, del 31 de octubre, 2014, denominado “Informe sobre la revisión de los convenios de pago suscritos entre la Caja Costarricense de Seguro Social y el Estado-Ministerio de Hacienda”, en el cual se realizó una revisión y análisis de los convenios de pago suscritos del 2003 al 2013, además, de la verificación de los saldos de las deudas convenidas a mayo, 2014, se señalaron situaciones que debían ser analizadas técnica y legalmente por la Administración, con el fin de establecer que las sumas*

<sup>9</sup> [http://www.bccr.fi.cr/publicaciones/politica\\_monetaria\\_inflacion/Comentario\\_sobre\\_economia\\_nacional\\_08-2017.pdf](http://www.bccr.fi.cr/publicaciones/politica_monetaria_inflacion/Comentario_sobre_economia_nacional_08-2017.pdf)



adeudas por el Estado se hubieran atendido en su totalidad. Lo anterior, eventualmente podría implicar que la institución debiera recurrir a un proceso de conciliación con el Estado para verificar las cifras y supuestos utilizados en cada convenio para aclarar, depurar y definir los saldos que realmente se le adeudan a la Caja.

En el informe ASF-015-2017 del 21 de febrero 2017, “Auditoria de carácter especial relacionado con la suscripción del convenio para el pago de la deuda correspondiente a Leyes Especiales y Código de la Niñez y la Adolescencia” por un monto de US\$420.000.000,00 (cuatrocientos veinte millones de dólares) con Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF), se revisó la existencia de controles para la ejecución del convenio suscrito el 21 de abril, 2016, entre la Caja y el Ministerio de Hacienda.

El estudio realizado analizó los procesos implementados para el cumplimiento de los “Índices Ligados al Desembolso (ILD)”, los cuales deben alcanzar un porcentaje de ejecución, previamente establecido, para que el Banco haga los desembolsos respectivos para el abono de la deuda que mantiene el Estado con la CCSS. La revisión dejó manifiesta la ausencia de información relacionada con la designación de los responsables de las tareas insertas en los “Protocolos de Consecución y Verificación” que tienen como objetivo alcanzar los porcentajes establecidos en los ILD. Tampoco se evidenció la contratación de la Entidad de Verificación Independiente que constatará el cumplimiento de los indicadores antes de remitir la solicitud del desembolso al Banco. El pago de esta contratación la debe asumir el Ministerio de Hacienda en su calidad de deudor, según lo estipulado en el párrafo primero de la cláusula séptima del convenio suscrito entre la Caja y el Ministerio de Hacienda, por lo que las recomendaciones emitidas estaban orientadas a solucionar esas deficiencias.

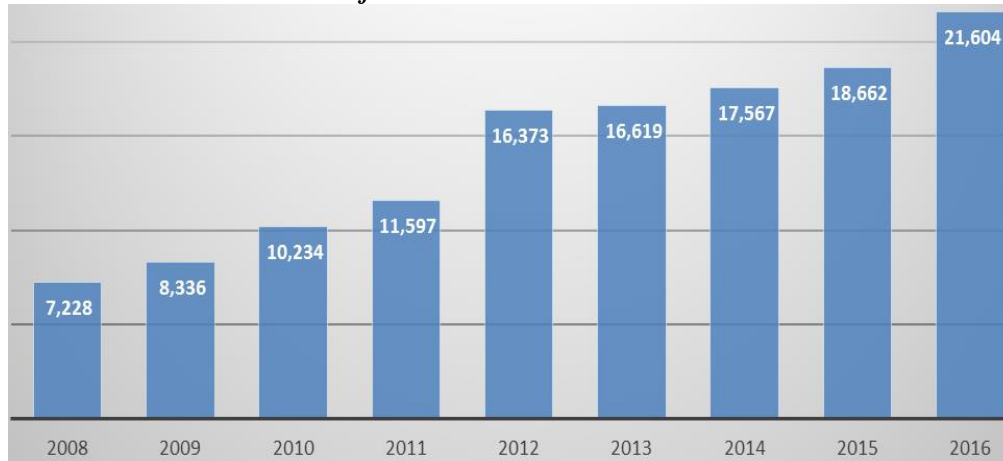
Además, sobre este mismo tema, mediante oficio 53276, del 20 de julio, 2017, se indicó que la Junta Directiva, ordenó la conformación de un Grupo Coordinador Institucional, que lidere las estrategias y acciones a implementar, a fin de que cada grupo de trabajo cumpla con dichos índices y se hagan efectivos los desembolsos previstos. En razón de lo anterior, se señaló que es criterio de este Órgano de Fiscalización y Control, que la Presidencia Ejecutiva debe darle seguimiento a lo expuesto por la Junta Directiva, en el Artículo 4 de la Sesión 8793, del 6 de agosto, 2015, y valorar el nombramiento formal de una figura que asuma la coordinación del proyecto, definiendo un mapa de riesgos potenciales, además, monitorear y solicitar rendición de cuentas de las estrategias y acciones desarrolladas, con la finalidad de cumplir con lo establecido en los índices que condicionó el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF) para el desembolso de los dineros adeudados por el Estado y el fortalecimiento de los procesos establecidos en dichos indicadores.

**Atención Asegurados a Cargo del INS:** Esta partida corresponde a los pagos que hace el Instituto Nacional de Seguros (INS), por los servicios médicos hospitalarios prestados a pacientes que están protegidos por pólizas de Riesgos del Trabajo o por la Póliza de Accidente de Tránsito.

Del total de ingresos de la partida por servicios médicos, los pagos realizados por el INS por el seguro de riesgos del trabajo y póliza de accidentes de tránsito, representaron el 12.05% al 31 de diciembre, 2016. Este rubro ha mostrado una importante evolución en los últimos 3 años, según se puede apreciar en el siguiente gráfico:



**Gráfico 2**  
**Seguro de Salud**  
**Atención asegurados a cargo del INS**  
**Cifras en millones de colones**



*Fuente:* Elaboración propia con base en la información de los Estados Financieros.

En los estudios realizados por esta Auditoría sobre este tema (ASF-225-2015 del 4 de setiembre, 2015, ASF-312-2015, del 19 de octubre, 2015), se han señalado avances importantes en la recaudación de ingresos por ese concepto, sin embargo, en aras de continuar mejorando los ingresos institucionales, se le ha solicitado a la Administración fortalecer lo referente a la recaudación por servicios médicos suministrados al INS. Además, se ha indicado que son necesarios mayores esfuerzos por parte de la Gerencia Financiera y de la Gerencia Médica, para que de forma articulada brinden el respaldo que las unidades locales requieren y en forma conjunta establezcan estrategias para lograr con eficiencia la identificación, facturación y recuperación de los costos que representa a la Institución la atención de pacientes por riesgos excluidos. (Oficios 49870 del 9 de febrero, 2016, 49748 del 19 de enero, 2016).

En el informe ASAAI-82-2013 del 09 de abril, 2013, denominado “Evaluación sobre la gestión de cobro de servicios médicos por concepto de riesgos excluidos”, se evaluaron aspectos relacionados con el marco regulatorio, sobre la facturación de los servicios médicos que ha brindado la Institución por concepto de riesgos excluidos, determinar la existencia de mecanismos de supervisión y de un sistema de información que permitiera generar el cobro de estos servicios, así como determinar si existían diferencias entre saldos de lo que adeuda el Instituto Nacional de Seguros y los registros que mantiene la Institución.

Producto de esa evaluación, se evidenció que a setiembre 2012 se registró una deuda del Instituto Nacional de Seguros con la CAJA de ¢17.900 millones, por concepto de convenio servicios médicos riesgos profesionales y convenio servicios médicos accidentes de tránsito, sin embargo, la Administración no tenía certeza de los saldos reales pendientes de pago. Además, se determinó que la Institución no disponía de normativa específica, ni manuales de procedimientos actualizados para regular y orientar la gestión cobratoria de los servicios médicos que brinda la Institución a las aseguradoras por concepto de riesgos excluidos y debilidades asociadas con servicios médicos no facturados. Por otra parte, no se disponía de un sistema automatizado mediante el cual se gestione el cobro de los servicios médicos que brinda la CAJA por concepto de riesgos excluidos.





*Al respecto se recomendó enviar la información correspondiente al desglose de facturas y centros de salud a los cuales se les debe aplicar los depósitos que ha efectuado el INS por el monto de €361 millones, del periodo abril 2011-agosto 2012, se garantice el cumplimiento y finalización del Plan de Trabajo establecido para conciliar y depurar las cuentas por servicios médicos brindados por concepto de riesgos excluidos, se logren facturar los servicios médicos que no se ha podido cobrar debido a que existen exámenes y procedimientos que no se encuentran contemplados en el modelo tarifario, así como servicios médicos a extranjeros que carecen de un documento de identificación que pueda ser validado.*

*Adicionalmente, que se diseñara un programa de supervisión y control para el macro proceso de recuperación de costos por atenciones de riesgos excluidos que brinda la Institución, así como, se diseñe un reglamento que regule la gestión de cobro de servicios médicos y se elabore un manual de normas y procedimientos, a fin de garantizar la estandarización de las actividades para gestionar el cobro de los servicios médicos por concepto de riesgos excluidos. Y que, una vez aprobada la reglamentación que emita la Institución en materia de riesgos excluidos, se plantee un requerimiento, para que de manera automatizada se puedan realizar en el Módulo Informático de Facturación de Riesgos Excluidos (MIFRE), las acciones tendientes al cobro de los servicios médicos facturados a través de ese sistema.*

*Es importante señalar, que la Gerencia Financiera en conjunto con la Gerencia Médica han trabajado en la implementación de las recomendaciones, emitiendo el Reglamento de Riesgos Excluidos, fortaleciendo el registro, control y depuración de los saldos y gestionando acciones para la mejora de la herramienta informática, así como la facturación de servicios médicos por estos conceptos.*

*En el informe ASS-90-2017, del 11 de setiembre, 2017, denominado: “Auditoría de carácter especial sobre la prestación de servicios de salud a pacientes producto de accidentes de tránsito”, se detalló que en cuanto a los costos de atención se evidencia que debido a los débiles sistemas de información, no se ha logrado documentar ante la Superintendencia General de Seguros, el monto real de atención que aporta el Seguro de Salud al Seguro Obligatorio de Automóviles, una vez que los pacientes agotan la respectiva póliza, lo cual es fundamental para la elaboración de los estudios técnicos que justifican el establecimiento de las primas del Seguro Obligatorio de Automóviles, aspecto que coadyuvara a que la Institución realice las acciones necesarias para proteger los recursos del Seguro de Salud, gestionando el cobro oportuno cuando incurre en costos asociados a riesgos excluidos.*

*Además, se mencionó que surge la inquietud sobre la funcionalidad de un Hospital del Trauma (INS), que no dispone de servicio de emergencias y labora en un horario administrativo, considerando que es la Caja como Institución pública—por mandato constitucional—, a quien se le asigna la prestación de los servicios de salud a la población del país, y que de acuerdo a la complejidad de la Red de Servicios de Salud, es quien finalmente atiende a todos los pacientes que sufren accidentes de tránsito, por cuanto ingresan en estado grave a los servicios de emergencias o agotan la póliza del Seguro Obligatorio de Automóviles, que como se logró documentar, es insuficiente para cubrir los costos de atención de los usuarios.*

*Asimismo, a criterio de esta Auditoría, la Administración Activa no puede continuar prolongando las acciones que son de suma urgencia y necesidad para la Institución por cuanto dicha situación es un factor que podría afectar en la sostenibilidad del Seguro de Salud y un impacto negativo en la prestación de los servicios, debido a los aspectos señalados en el informe ASS-90-2017, sin embargo no es posible determinar la dimensión de este problema debido a la carencia de herramientas de gestión y control en la identificación, seguimiento y monitoreo de los usuarios que acceden a los diferentes centros de salud producto de los accidentes de tránsito, escenario que presenta similitudes de acuerdo a la administración y gestión de atenciones en la Caja debido a riesgos del trabajo.*



En nota publicada en el periódico *El Financiero* del 19 de agosto, 2016, intitulada “Seguro obligatorio de automóviles aumentará ₡1.700 para carros y ₡3.000 para motos”, se informó que:

“El SOA es un seguro obligatorio que cubre en caso de lesión o muerte a las personas o víctimas de accidentes de tránsito.

Los montos de las primas definidos por la SUGESE permiten cubrir la totalidad del costo de las atenciones médicas de un 96,7% de personas lesionadas.

Tomás Soley, Superintendente de Pensiones, explicó que las proyecciones de la SUGESE con base en datos de la Caja (...) y el (...) INS permitieron proyectar que este año se dará un aumento en los accidentes y muertes en carretera. Los datos muestran que a agosto de este año se registra un aumento de 3.816 accidentes de tránsito con respecto al mismo mes del 2015.”

Con el fin de subsanar los aspectos mencionados anteriormente y asegurar que la Caja recupere los costos en los que incurre por la atención médica de las personas que sufren accidentes de tránsito, en el informe ASS-90-2017, se recomendó:

- *La posible presentación de un proyecto de ley para trasladar el uso, administración y cobertura del seguro de riesgo de accidentes de tránsito, los recursos del Seguro Obligatorio de Automóviles y el seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo a la Caja.*
- *Desarrollar una estrategia para la definición de una alternativa de solución de sistema informático que permita a las autoridades de la Institución brindar trazabilidad, seguimiento y control a los usuarios que son atendidos posterior al agotamiento de la póliza del Seguro Obligatorio de Automóviles, en los diferentes centros de salud de la institución, incorporando progresivamente aspectos como; costos de atención, incapacidades, pensiones por invalidez, listas de espera, entre otros, a fin de poder documentar ante la Superintendencia General de Seguros (SUGESE) para el próximo periodo, el costo real de atención de pacientes que han sufrido accidentes de tránsito y continúan siendo atendidos con recursos del Seguro de Salud.*

**Atención Pacientes Particulares:** Esta Auditoría en procura de fortalecer los ingresos institucionales, ha realizado una serie de evaluaciones en diferentes centros de salud de la Institución, emitiendo informes relacionados con la gestión de las oficinas de Validación y Facturación de Servicios Médicos, y específicamente con temas como la facturación a no asegurados<sup>10</sup>, en este sentido, se han señalado las siguientes debilidades:

- a) *No se está garantizando que se facture el 100% de los costos que representa para la institución las atenciones médicas brindadas a No Asegurados. Los controles existentes no facilitan ejercer constante, ágil y oportunamente un control cruzado del ingreso de pacientes no asegurados, las consultas, exámenes, hospitalizaciones y demás servicios médicos brindados, para su facturación.*
- b) *Existe el riesgo de no disponerse de un estricto control automatizado para la facturación de los servicios médicos brindados a este tipo de pacientes, pues la facturación manual, no coadyuva a lograr una gestión de cobro administrativo eficiente y dificulta el futuro cobro judicial.*

<sup>10</sup> ASF-246-2011, ASF-183-2013, ASF-12-2014, ASF-200-2015, ASF-225-2015, ASF-376-2015, ASF-413-2015, ASF-293-2015, ASF-318-2015, ASF-319-2015, ASF-186-2015, ASF-23-2016, ASF-32-2016, ASF-82-2016 y ASF-85-2016



- c) Otro de los riesgos evidenciados es la Administración que se hace de las cuentas por cobrar, principalmente considerando que la mayoría de deudores pertenecen a una población extranjera con inestabilidad social y económica, aspecto por el cual toman relevancia las debilidades de control descritas en relación con el proceso de cobro administrativo y los bajos porcentajes de recuperación de las deudas, mismos que reflejan poca eficiencia de la gestión cobratoria.
- d) No se está generando información estadística confiable, tanto por inconsistencias o errores en el arrastre de saldos por ser estos de elaboración manual, como por el hecho evidenciado de que no se factura el 100% de los servicios médicos brindados, lo que repercute también en la no disposición de estadísticas de costos reales invertidos en la atención de esta población.
- e) No se están registrando contablemente las cuentas por cobrar, lo que debilita el control al no estarse conciliando los saldos.
- f) Estos aspectos afectan la integridad, confiabilidad y calidad de la información que se registra en los estados financieros, y generan un riesgo para el Seguro de Salud, al no existir una seguridad razonable de que los costos de los servicios médicos brindados a este tipo de pacientes, estén siendo resarcidos oportuna y eficientemente.

Al respecto, se emitieron una serie de recomendaciones orientadas a mejorar el proceso de identificación, facturación, registro, control y conciliación sobre los servicios médicos brindados a no asegurados, destacándose las siguientes:

- Revisar y aprobar el "Manual de Normas y Procedimientos para la Facturación, Cobro y Recaudación de Servicios de Salud Personas No Aseguradas con Capacidad de Pago", con el propósito de actualizar el procedimiento vigente.
- Coordine la implementación de una campaña de concientización y capacitación para los funcionarios Validación y Facturación de Servicios Médicos, que comprenda entre otros, requerimientos de la factura para su legalidad, cómo gestionar y documentar eficientemente un proceso de cobro administrativo, conformación del expediente, competencia y responsabilidad de la ejecución de cobros judiciales, cómo llevar un auxiliar de cuentas por cobrar, importancia del registro contable y la conciliación de las cuentas, aplicación de normativa técnica en los procesos, responsabilidades y sanciones, entre otros.
- Valorar la sistematización y la implementación de una base de datos de No Asegurados integrada a nivel nacional, que contenga la facturación por cada paciente, el estado de la factura, el estado de cumplimiento del plan de pago, entre otros, independientemente del centro médico donde hubiese sido atendido. La finalidad es que al presentarse un No Asegurado a cualquiera de los centros médicos a solicitar atención, pueda identificarse las facturas pendientes y/o pagos atrasados, y se gestione el cobro respectivo pudiendo ser estas canceladas o abonadas desde cualquiera de las cajas disponibles en los distintos centros médicos. Valorar además la posibilidad de que esta base de datos esté en línea con SICERE para facilitar y ampliar las posibilidades de identificación de los deudores cuando estos cambien el estatus de No Asegurado a Trabajador Independiente o a cargo de un patrono.

El 31 de julio, 2017, en el oficio DCE-0181-07-2017, el Lic. Miguel Cordero García, Director de Coberturas Especiales, dirigido a esta Auditoría, sobre la facturación a pacientes no asegurados con capacidad de pago, en lo que interesa, indicó:

“Mediante la aprobación del “Manual de Normas y Procedimientos para la Facturación, Cobro y Recaudación de Servicios de Salud a Personas No Aseguradas con Capacidad de Pago”, quedó formalmente instaurada una norma que permite a la Administración de una manera ágil, proceder adecuadamente con la gestión de facturación, registro, control, recuperación y cobro de los recursos financieros destinados a la atención de dicho sector de la población.



Adicionalmente, ya se tenía desarrollada y lista para entrar en funcionamiento, la primera fase del “Módulo de Facturación de Servicios Médicos a Pacientes No Asegurados con Capacidad de Pago”, el cual permite facturar, registrar y llevar un control automatizado de toda la gestión asociada, y que vendrá a simplificar y a agilizar el desarrollo de las actividades en los Centros de Salud, así como a mejorar el sistema de control interno relacionado. La segunda etapa relacionada con el cobro administrativo y judicial, se encuentra en fase de desarrollo.

La implementación de este sistema ha permitido a la Administración, contar con una base de datos de No Asegurados integrada a nivel nacional, que contiene la facturación por cada paciente, el estado de la factura, el estado de cumplimiento del plan de pago, etc., independientemente del centro médico donde hubiese sido atendido.

La finalidad es que al presentarse una persona “No Asegurada” a cualquiera de los centros médicos a solicitar atención, puedan identificarse las facturas pendientes y/o pagos atrasados, y se gestione el cobro respectivo pudiendo ser éstas canceladas o abonadas desde cualquiera de las cajas disponibles en los distintos centros médicos.”

*Sin embargo, son necesarios mayores esfuerzos por parte de la Gerencia Financiera y de la Gerencia Médica, para que de forma articulada brinden el respaldo que las unidades locales requieren y en forma conjunta establezcan estrategias para lograr con eficiencia la identificación, facturación y recuperación de los costos que representa a la Institución la atención de pacientes por riesgos excluidos y la atención de pacientes no asegurados con capacidad de pago, aspectos que han sido abordados en diferentes informes, producto de evaluaciones realizadas en centros de salud de las distintas regiones del país (oficio 49870 del 9 de febrero, 2016).*

### **iii. Acciones estratégicas en la diversificación de ingresos y ampliación de la cobertura a grupos de específicos**

*La Gerencia Financiera, a través de sus instancias técnicas, se encuentra desarrollando una serie de proyectos orientados a poblaciones que históricamente han sido de difícil cobertura, así como hacia la protección familiar brindada por el Seguro de Salud, lo que representa en un horizonte de mediano plazo el mejoramiento de ingresos por estas nuevas modalidades de aseguramiento y/o por la redefinición conceptual que se visualiza, como se muestra a continuación:*

- **Protección Familiar, hacia la cobertura universal de aseguramiento**

*La inclusión de la protección familiar dentro de las formas de coberturas de los Seguros Sociales, en el caso Costa Rica, es inherente al modelo adoptado en los años cuarenta de Europa. En el sistema inglés de protección, del cual se toma la base doctrinaria para la construcción del modelo costarricense, se señala:*

“Con arreglo al sistema de seguro social, que es lo fundamental de este plan, todos los ciudadanos en edad de trabajar contribuirán, en sus respectivas Clases, con el pago de sus cuotas, en función de la seguridad que necesitan, y la parte relativa a la mujer casada estará comprendida en la cuota del respectivo marido”.<sup>11</sup>

<sup>11</sup>Artículo 20: “Plan Beveridge” elaborado por Sir William Henry Beveridge, Director de la Escuela de Economía de Londres el 20 de noviembre de 1942.





*En esa línea, se emitió el Reglamento Ejecutivo para operativizar la Ley Orgánica de octubre de 1943, en cuanto al Seguro de Enfermedad, dispuso:*

“Artículo 44. (...) Dicho seguro cubrirá las prestaciones correspondientes a los servicios médicos, hospitalarios, dentales, farmacéuticos y de maternidad para los asegurados y los subsidios en dinero para éstos, lo mismo que la parte correspondiente en los gastos de administración. Si de estudios estadísticos y actuariales se desprende que dichos servicios pueden ser extendidos a la familia del asegurado, la Caja procederá a hacerlo.”

“Artículo 107: La Caja podrá ampliar prudencialmente los beneficios de asistencia médica general a aquellas personas dependientes del asegurado, cuando lo estime oportuno.”

*La relevancia del componente del llamado hasta ese momento Beneficio Familiar, quedó de manifiesto con ocasión de la reforma introducida en la Constitución Política tendente a la Universalización del Seguro Social, el transitorio introducido señala en lo conducente:*

“La Caja Costarricense del Seguro Social deberá realizar la universalización de los diversos seguros puestos a su cargo, incluyendo la protección familiar en el régimen de enfermedad y maternidad, en un plazo no mayor de diez años, contados a partir de la promulgación de esta reforma constitucional”<sup>12</sup>

*A partir de la Universalización, se estable el concepto de una Protección y no de un Beneficio, aunque como se verá la extensión de los posibles supuestos de cobertura se fueron dando bajo el esquema de Beneficio, en este sentido, en el 2014, se realiza una reforma al Reglamento de Salud, específicamente en los artículos 10,12, y 13, y donde se considera el Manual Adscripción y Beneficio Familiar, y en el 2016 se incluye el aseguramiento de beneficio familiar al Programa de Simplificación de Trámites, orientado principalmente a la modificación de formularios para optar por dicho beneficio.*

*El 1 de febrero, 2016, la Junta Directiva aprueba el Plan Estratégico Institucional 2016-2018 cuyo objetivo central es: “Fortalecer la COBERTURA UNIVERSAL en salud de la población (...) con responsabilidad ambiental y sostenibilidad financiera”, adicionalmente, se le encomendó a la Gerencia Financiera el eje del Financiamiento, estableciendo entre otras estrategias, la redefinición del portafolio de servicios financieros en las Direcciones Regionales de Servicios Financieros y Red Nacional de Sucursales.*

*Estos aspectos están relacionados directamente con la cobertura y la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud, donde se encuentra el concepto de aseguramiento, tanto contributivo como no contributivo, presentándose en esta última modalidad, lo relacionado con el Beneficio Familiar que incluye cerca del 40% de la población registrada ante la Institución.*

*El tema de Beneficio Familiar, revistió un interés particular para las autoridades institucionales, por tal razón a finales del 2016, la Presidencia Ejecutiva indicó la necesidad de realizar un análisis integral de la figura de “Beneficio Familiar” en el marco general del proceso de cobertura universal conducido por la Gerencia Financiera.*

*Con el propósito de brindar una mejor comprensión sobre la cobertura administrativa del Seguro Social, se muestra el siguiente cuadro con el detalle de la condición de aseguramiento en el periodo comprendido entre 1944 y el 2016:*

<sup>12</sup> Ley N° 2738 del 12 de mayo de 1961.





*Cuadro 5*  
*Seguro de Salud*  
*Cobertura según condición de aseguramiento*  
*1944 - 2016*

Condición de aseguramiento	1944	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2016
Asalariados	3,6	7,3	7,6	11,7	19,1	18,0	18,7	24,5
Independientes, Voluntarios y Convenios Especiales	-	-	-	-	3,8	6,0	8,1	8,9
Asegurados Cuenta del Estado	-	-	-	-	-	9,2	11,0	8,6
Pensionados	-	-	0,1	0,2	3,0	4,6	4,6	7,4
Beneficiarios Familiares	-	-	7,7	35,2	49,9	45,6	48,0	44,2
No Asegurados	96,4	92,7	84,6	52,9	24,2	16,6	9,6	6,4
<b>Población total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

*Fuente: Gerencia Financiera*

*Se puede apreciar del cuadro anterior, la evolución en el aseguramiento de los diferentes grupos, siendo que en el caso de los asalariados la cobertura pasó de 3.6% en 1944 a 24.5% para el 2016, la cobertura de trabajadores independientes, voluntarios, y convenios especiales para el 2016 fue de 8.9%, asimismo, la población no asegurada pasó de 96.4% en 1944 a 6.4% para el 2016. Todo lo anterior, refleja el cambio sustancial y los importantes avances en la cobertura del Seguro de Salud.*

*Por otra parte, la cobertura contributiva general de la Institución es del 65.8%, que se puede desglosar en 70.2% patronos y 58% de trabajadores independientes, además, en términos de aseguramiento, según las diferentes modalidades, se alcanza el 93.6%.*

*Al respecto, la Gerencia Financiera se encuentra realizando un análisis integral de la cobertura de aseguramiento, trazando líneas de acción orientados a la Redefinición conceptual y en la propuesta de Reglamento para la Protección Familiar contributiva y no contributiva en la CCSS.*

*En relación con la temática de Protección Familiar, que se asocia con las formas de aseguramiento directo, el planteamiento técnico de la Dirección Jurídica y la Comisión SIMPLIT-MR (Comisión Simplificación de Trámites y Mejora Regulatoria), es continuar con la línea de aprobación que la Junta Directiva ha dispuesto en el alcance general, por lo que la propuesta de “Reforma para brindar Protección Familiar a la población asegurada”, conlleva una Redefinición conceptual y una propuesta de Reglamento para la Protección Familiar contributiva y no contributiva en la CCSS, así como, cambios importantes en aspectos organizacionales, operativos y tecnológicos.*

*Esta propuesta reglamentaria se encuentra sustentada en tres pilares fundamentales, a saber; a) cambiar el concepto de “Beneficio” por “Protección”, b) determinar una obligación contributiva, más allá que una dependencia económica y c) establecer al sujeto como un “posible protegido”, por lo que la citada propuesta involucra un rediseño del componente operativo y la construcción de herramientas de información que faciliten la tramitología y orienten el sistema hacia la simplificación y la mejora del proceso.*

*Los cambios propuestos por la Gerencia Financiera y sus instancias técnicas, se orientan a modificar la forma en que tradicionalmente la Institución estaba brindando la cobertura de aseguramiento, y principalmente sobre los beneficios familiares, sin embargo, se requiere brindar continuidad a la necesidad de ser más eficientes y de migrar a conceptos de mayor integralidad, donde se evalúen los beneficios otorgados a los usuarios, así como su correcto aseguramiento.*



Lo anterior, se visualiza como un reto para el cambio en el modelo de gestión y consigo lleva implícito la integración de los sistemas informáticos y plataformas tecnológicas disponibles, la revisión del correcto aseguramiento de los usuarios y evitar la evasión de las obligaciones, como estrategia para mejorar los ingresos y en el control de los gastos del Seguro de Salud.

- **Ampliación de la cobertura de las servidoras domésticas**

La trabajadora doméstica es aquella persona que ejecuta labores de limpieza, cocina, lavado, planchado y demás labores propias de un hogar o casa particular, incluido el cuidado no especializado de personas, sea como actividad principal o complementaria.

Sobre esta modalidad de aseguramiento es importante destacar que en la Conferencia Internacional del Trabajo N° 100, realizada en el 2011, se aprobó el Convenio 189 sobre el Trabajo Decente para las Trabajadoras y Trabajadores Domésticos, con el cual se marca el compromiso de los países miembros de la OIT de avanzar en el mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo de este importante segmento de la fuerza laboral.

Para el 2015, se retoman acciones a nivel institucional para ir desarrollando alternativas de aseguramiento para grupos de difícil cobertura, tanto para trabajadoras domésticas, como para trabajadores independientes con ingresos menores a la base mínima contributiva.

La Junta Directiva, en el artículo 10° de la sesión N° 8914, celebrada el 6 de julio, 2017, aprobó el Reglamento para la inscripción de patronos y el aseguramiento contributivo de las trabajadoras domésticas presentado por la Gerencia Financiera, en el que se incorpora una escala de Bases Mínimas Contributivas Reducidas, que tiene como propósito incentivar la cobertura contributiva de las trabajadoras domésticas mediante la reducción del costo del aseguramiento cuando los salarios de las trabajadoras son inferiores a la Base Mínima Contributiva, por medio de la aplicación de rangos de cotización definidos en función del salario y de porcentajes de dicha base.

El 11 de setiembre, 2017, en el oficio GF-3328-2017, el Lic. Gustavo Picado Chacón, Gerente Financiero, remite a la Junta Directiva Institucional, la propuesta de Escala de Bases Mínimas Contributivas Reducidas para Trabajadoras Domésticas, con vigencia a partir del 1 de octubre, 2017 y también expone los avances obtenidos en el proceso de implementación de esta modalidad, como se detalla a continuación:

“Nueva Modalidad de Aseguramiento Trabajo Doméstico  
Facturación del mes de agosto y hasta el 17 setiembre 2017<sup>13</sup>

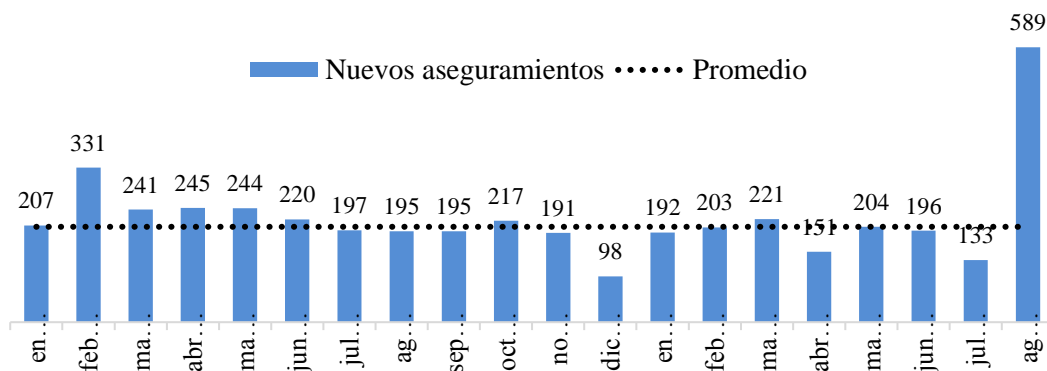
Región	Vía Web	A través del servicio de inspección	Total
<b>TOTAL</b>	<b>471</b>	<b>299</b>	<b>770</b>
Oficinas Centrales	156	153	309
Central	226	73	299
Norte	71	38	109
Atlántica	5	1	6
Brunca	6	6	12
Chorotega	7	28	35

Fuente: Gerencia Financiera

<sup>13</sup> El cuadro original consignado en el oficio GF-3328-2017 se actualiza con la información suministrada por la Gerencia Financiera al 17 de setiembre 2017.

...se evidencia un impacto positivo de casi tres veces lo que se observaba en un mes antes de implementada la nueva modalidad, así se evidencia en el siguiente gráfico:

**Gráfico 1. Evolución del aseguramiento mensual en el servicio doméstico  
Periodo 2016-2017**



Fuente: Dirección SICERE\*

En el citado oficio, sobre la estrategia de comunicación, indicó:

“Desde que la Junta Directiva aprobó el citado reglamento, este proceso se acompañó de una estrategia de comunicación integrada que ha sido liderada por la Dirección de Comunicación Organizacional con el respaldo de la Gerencia Financiera, se ha realizado una amplia cobertura de diversos medios: prensa, redes sociales, radio y televisión, y se continúa con su programación hasta el mes de octubre de 2017. Es importante destacar que, hasta el momento, no se ha efectuado ninguna erogación económica, ya que el diseño de la campaña se realizó sobre la base del “Publicity”, la abogacía y la gestión con diferentes públicos objetivos.”

Adicionalmente, señala la Gerencia Financiera que se encuentran programadas otras actividades como; participación en programas como Giros, en Malas Compañías, Buen día, y quioscos informativos en Centros Comerciales del Valle Central; así como conferencias abiertas para trabajadoras domésticas.

Esta Auditoría, es del criterio que la institución se encuentra realizando un esfuerzo importante para lograr la inclusión de un grupo que históricamente ha estado invisibilizado, en procura de otorgar protección a través del Seguro de Salud y el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, pero también es importante que la Gerencia Financiera a través de sus instancias técnicas realicen un monitoreo continuo sobre los resultados obtenidos versus los esperados, el pago oportuno del Estado en cuanto al subsidio del IVM y el control a través de los sistemas de información disponibles para evitar la evasión patronal de sus obligaciones utilizando esta modalidad de aseguramiento.

Es necesario que la Gerencia Financiera brinde un seguimiento periódico a indicadores que van ligados a la cobertura y la recaudación, asimismo, es relevante que continúe con el análisis detallado del comportamiento de esta nueva modalidad de aseguramiento, lo que permita de acuerdo a esos resultados, ajustar la escala de las Bases Mínimas Contributivas Reducidas y el proceso operativo, si se llegasen a evidenciar vacíos normativos, procediendo con las modificaciones reglamentarias que correspondan.



- **Ampliación de cobertura a recolectores de café**

*De los 81 cantones existentes en Costa Rica hasta el año 2016, en 53 se cultiva café, esta actividad generalmente se realiza en familia y presenta una alta rotación, es una fuente de trabajo del sector rural y sigue siendo un importante generador de divisas: En 2013 a 2016 generó un promedio de \$298.3 millones anuales (3.23% de las exportaciones) y representó el 7.49% del producto interno bruto agrícola.*

*Según estimaciones de la Gerencia Financiera los recolectores de café no asegurados, representa un costo de €2.503,8 millones por el uso de los servicios de la CCSS y está asociado a 45.445 productores (97.7% pequeños, 2.0% medianos y 0.3% grandes). También indica el citado despacho gerencial que el 41% de los recolectores son costarricenses, el 40% nicaragüenses y 19% son panameños (población indígena Ngäbe-Buglé).*

*La vulnerabilidad<sup>14</sup> de este sector se refleja en que el 45% se encuentra en condición de pobreza, 68% está en los primeros quintiles de ingresos, 80% posee un grado de enseñanza primaria, 19% secundaria y solamente un 1% estudios universitarios, según la Gerencia Financiera.*

*Al respecto, la Gerencia Financiera se encuentra desarrollando un proyecto para el aseguramiento de la población recolectora de café, considerando la propuesta operativa y financiera, con la participación interinstitucional (Ministerio de Hacienda, Icafe, Ministerio de Agricultura y Ganadería, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Dirección General de Migración y Extranjería), aspecto que se encuentra en proceso de negociación.*

*En forma general, el financiamiento sería bipartito (Icafe y el Estado), con una tasa contributiva del 15% por 5 meses, que les brindaría a los recolectores de café el acceso al Seguro de Salud (atenciones médicas, incapacidades y prestaciones económicas), en esta modalidad propuesta no se incorporaría al Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte ni el pago de otras instituciones.*

*La Institución, a través de la Gerencia Financiera, está trabajando en forma preliminar en la elaboración del Convenio Aseguramiento de Recolectores de Café, la propuesta de Reglamento para el Aseguramiento de Recolectores de Café y el desarrollo operativo de los Requerimientos en los sistemas CCSS (EDUS – SICERE).*

*Estas propuestas se encuentran alineadas con la necesidad de ampliar la cobertura contributiva a sectores altamente vulnerables y que históricamente se encuentran desprotegidos por no cumplir los requisitos en otras modalidades del aseguramiento contributivo y la dificultad de acceso a las zonas productivas, la poca información de los recolectores, así como, las condiciones socioeconómicas que los lleva a evadir el pago de la Seguridad Social para conservar el dinero y poder sobrellevar los gastos en periodos donde no hay cosecha de café.*

*Por lo que es relevante el seguimiento de la Gerencia Financiera a las acciones pendientes de realizar para poder presentar una propuesta formal a la Junta Directiva, máxime considerando que se encuentra próximo el inicio de la cosecha de café (noviembre, diciembre, enero y febrero) y con ello el aumento de la cantidad de recolectores.*

<sup>14</sup> Fuente: Dirección Actuarial y Económica con Encuesta de Hogares del Instituto Nacional de Estadística y Censos del año 2016; el Censo de Población del año 2011 y se complementa con la información del Censo Agropecuario del año 2014.



En este sentido, esta Auditoría Interna considera conveniente que estas nuevas modalidades de aseguramiento propuestos para poblaciones específicas, presenten la fundamentación técnica, legal y financiera como respaldo de estas innovaciones, valorando los riesgos y anticipándose a situaciones que podrían comprometer la estabilidad financiera de la Institución.

**iv. Sobre la Morosidad Patronal y de Trabajadores Independientes**

Las cuentas por cobrar se clasifican y agrupan según su naturaleza contable, considerando si son de corto o largo plazo, estas cuentas están sujetas a estimaciones de incobrabilidad, las cuales sirven para revelar el importe recuperable de las mismas. El monto determinado en la estimación es registrado en cuentas de gasto denominadas “Gastos por estimación incobrables”.

En relación a la morosidad acumulada de patronos y Trabajadores Independientes, la misma asciende a los ¢384,000 millones, de conformidad con la revisión de los “Informes mensuales de morosidad Patronal” e “Informes de Morosidad Trabajadores Independientes”, específicamente de los periodos: marzo 2015, marzo 2016 y marzo 2017, los cuales fueron elaborados por la Dirección de Cobros. A continuación, se presentan los siguientes datos de la morosidad total acumulada de patronos y trabajadores independientes, obtenidos del SICERE y los informes anteriormente referidos:

**Cuadro 6**  
**Seguro de Salud**  
**Morosidad acumulada patronos y Trabajadores Independientes**  
**Periodo: marzo 2015, 2016 y 2017**  
**Cifras en millones de colones**

Tipo de Deudor	Al I Trimestre 2015	Al I Trimestre 2016	Al I Trimestre 2017	Diferencia 2015-2016 Absoluta	%	Diferencia 2016-2017 Absoluta	%
Patronos	166,652.00	187,953.00	220,470.00	21,301.00	13%	32,517.00	17%
Trabajadores Independientes	106,942.00	135,274.00	163,530.00	28,332.00	26%	28,256.00	21%
<b>Total</b>	<b>273,594.00</b>	<b>323,227.00</b>	<b>384,000.00</b>	<b>49,633.00</b>	<b>18%</b>	<b>60,773.00</b>	<b>19%</b>

Fuente: “Informes mensuales de morosidad Patronal” e “Informes de Morosidad Trabajadores Independientes” y elaboración propia.

Del cuadro anterior se desprende, que la morosidad acumulada total al I trimestre del 2015 de patronos y trabajadores independientes fue de ¢273.594 millones, aumentando al I trimestre 2016 en ¢323,227, es decir, un incremento del 18% que corresponde a un monto de ¢49.633 millones. De marzo 2016 a marzo 2017, la morosidad acumulada aumentó en 19%, que corresponde a ¢60.773 millones.

Según el documento denominado “Informe de Morosidad: Patronal, Trabajadores Independientes y del Estado, I Trimestre 2017” emitido por la Dirección de Cobros, la deuda acumulada de patronos y trabajadores independientes, ascendió a ¢384.000 millones. Del monto adeudado se detalla que ¢220.470 millones (57%) corresponde a los patronos y los restantes ¢163.530,00 millones (43%) a los trabajadores independientes

Además, existen 70.403 patronos morosos, el 81% correspondiente a 56.969 patronos se encuentran inactivos con una deuda de ¢146.881 millones y el restante 19% de 13.434 patronos en condición activa con un pendiente de pago de ¢73.589 millones.







*En cuanto a los trabajadores independientes, se registra un total de 149.394 morosos, quienes adeudan a la Seguridad Social ¢163.530 millones, de ese total, el 67% correspondiente a 100.628 Trabajadores Independientes se encuentran activos, con una deuda de ¢130.665 millones y el restante 33%, equivalente a 48.766 se encuentran inactivos con un pendiente de pago de ¢32.865 millones.*

*Al respecto, este Órgano de Fiscalización y Control ha reiterado que la gestión cobratoria de cuotas obreras patronales, ley de protección al trabajador y trabajadores independientes, requiere de oportunidad y eficiencia de las acciones de cobro administrativo y judicial, de ahí la importancia del análisis de estrategias innovadoras y la generación de mecanismos que permitan cumplir con el citado objetivo.*

*Es importante indicar, que los ingresos provenientes de las cuotas obrero-patronales y de trabajadores independientes son indispensables para brindar servicios eficientes a los usuarios de la Institución, por lo tanto, se requieren estrategias que contribuyan a minimizar el riesgo de no recuperar las sumas adeudadas debido a una gestión cobratoria inoportuna; siendo prioritario el fortalecimiento del proceso de gestión de cobro en sus diferentes fases, considerando además aspectos como; los costos en los que se incurre al enviar deudas a cobro judicial y la razonabilidad de los casos trasladados a los abogados externos.*

*En el Informe ASAAI-61-2015 del 3 de marzo, 2015, referente a la “Evaluación de la gestión efectuada por la Administración Activa para la cancelación de costas procesales a los abogados externos contratados por la Institución”, se evidenciaron debilidades en los pagos de estos conceptos, recomendándose la necesidad de analizar la factibilidad de acceder al Sistema de Consulta en Línea del Poder Judicial, como mecanismo para verificar las acciones judiciales que sustentan el cobro de las costas procesales a la Institución y monitorear el avance en estas gestiones de cara a mejorar la recuperación de los montos por cuotas obrero- patronales.*

*En el informe ASAAI-91-2016 del 28 de julio, 2016 sobre la “Auditoria Operativa de la Gestión Cobratoria efectuada a los Trabajadores Independientes”, se evidenció que no se ha logrado gestionar el cobro judicial del 80.71% del total de la deuda de trabajador independiente, equivalente a ¢128,189 millones, así como, el 95.17% de la deuda, equivalente a ¢34,528 millones de la morosidad de trabajador independiente acumulada proveniente del 2015.*

*De la revisión de las adecuaciones de pago por facturas de adeudos de trabajador independiente, se determina que la administración realiza las gestiones correspondientes para su formalización, sin embargo, para una muestra selectiva de casos se determina un índice de arreglos finalizados con la cancelación de la deuda de 2.67% y en el 28% el deudor se encuentra al día, mientras que para los convenios de pago el 6.67% fue finalizado con el pago de la deuda y al día está el 28.33%.*

*Esta auditoría recomendó a la Administración analizar la eficacia de la gestión de cobro de los adeudos de los trabajadores independientes, ante la existencia de una deuda acumulada ¢128,189 millones que no ha sido trasladada a cobro judicial, las limitaciones, disposición de recursos, la figura de trabajador independiente, así solicitado en informe ASAAI-027-2013, así como, la adopción de las acciones pertinentes para mejorar la gestión cobratoria. Además, realizar un estudio de la factibilidad de utilizar nuevos mecanismos para mejorar las actividades de cobro, como el traslado de la cartera de cobros mediante convenios a cooperativas, asociaciones solidaristas o bancos, previo análisis de aspectos técnicos y legales.*



*Mediante el oficio de Auditoría 60186 del 3 de agosto, 2016, se efectuó un monitoreo de la Gestión Cobratoria Institucional, destacándose los 10 patronos activos (físicos y jurídicos) con mayor pendiente de pago, (octubre 2015-a marzo 2016), los diez trabajadores independientes activos con mayor pendiente de pago, (octubre 2015-a marzo 2016); casos en cobro judicial tramitados con un valor menor al peritaje, casos en cobro judicial a personas difuntas, deuda de los funcionarios de la CCSS, morosidad de los profesionales en medicina inscritos en el Programa de Medicina Mixta de la Caja, además se le instó a la Administración continuar realizando esfuerzos, con el fin de disminuir los adeudos patronales y de trabajadores independientes.*

*En el informe ASF-207-2016, se revisaron los procedimientos y registros que se utilizan para la gestión cobratoria de la cuota de seguro social de trabajadores independientes y asegurados voluntarios. Este estudio reveló que la subcuenta 130-52-0 “Cuenta por Cobrar Trabajadores Independientes en Cobro Judicial”, desde enero 2015 presenta un saldo contrario al normal por la suma de ¢706 millones, saldo que mensualmente fue incrementándose y en diciembre 2015, cerró con ¢1.482 millones. Adicionalmente, se determinó que la Dirección de Cobros y la Subárea Contabilidad Operativa, no realizan labor conjunta para determinar y controlar los saldos que reflejan las cuentas por cobrar a los particulares (130-50-4 y 130-51-2 y derivadas), lo anterior, considerando que la Dirección de Cobros y la red de Sucursales (Direcciones Regionales de Sucursales), no reciben, ni conocen los movimientos (saldos) que afecta el SICERE para cada una de esas cuentas.*

*En el Informe ASAAI-219-2016 del 15 de diciembre, 2016 “Estudio de Auditoría de la eficacia y eficiencia en la gestión de cobro judicial, cierre de negocios por mora y administración de bienes embargados”, se detectó que en materia de cobro judicial los casos presentados ante los tribunales presentaron un bajo porcentaje de recuperación, a pesar de que la Institución logró certificar la mayoría de la deuda por esa vía, lo cual, obedece a una serie de circunstancias que están interfiriendo, originadas en el ámbito interno como externo. Además, se detectó que la Administración no dispone de indicadores de eficiencia que permitan evaluar los procesos de cobro judicial y de cierre de negocios por mora, debido a que uno de los insumos requeridos para elaborar ese tipo de indicadores es el costeo de procesos, que para el cobro judicial en el nivel central está desactualizado y para las Direcciones Regionales de Sucursales no existe.*

*Se evidenció además 1.722 casos para cobro judicial, presentados ante los Tribunales, que actualmente se encuentran pendientes de reasignación a un abogado externo. Además, la Administración no ha logrado resolver oportunamente discrepancias con el Ministerio Público respecto la presentación de retenciones indebidas correspondientes a patronos jurídicos, lo que provoca que ese ente solicite ante el Juzgado Penal de San José, sobreseimientos definitivos a los procesos de retención indebida, situación que expone a la Institución al archivo de la causa por falta de prueba, imposibilidad del cobro de las cuotas obreras por la vía penal y atraso en la presentación de las nuevas denuncias.*

*En cuanto al proceso de cierre de negocios por mora, se evidencian plazos considerables en cuanto a su ejecución, lo cual obedece tanto a factores internos como externos, sin dejar de mencionar que en ocasiones el proceso resulta fallido, debido a que el patrono no se localiza. Además, se tuvo conocimiento que la Administración ha trabajado en una propuesta de mejora a ese proceso desde finales del 2012, sin que a la fecha se haya logrado aprobar e implementar.*

*Al respecto, se recomendó, en lo que interesa; elaborar un estudio de factibilidad de las opciones existentes para efectuar el cobro en vía judicial, que permita orientar la toma de decisiones respecto a si procede o no continuar con la contratación de terceros para gestionar la cartera de cobro, con el propósito de mejorar el proceso de recuperación de los montos de cuotas obrero-patronales.*



*En el informe ASAAI-61-2017 del 4 de julio, 2017, denominado “Estudio de carácter especial sobre la gestión efectuada por la Administración Activa para el cálculo de honorarios producto de los casos tramitados judicialmente en el ámbito institucional”, se determinó la existencia de inconsistencias relacionadas con el cálculo de honorarios, observándose casos donde se le cobraron sumas incorrectas al patrono o trabajador independiente, recomendándose la revisión de los casos que presentaron estas inconsistencias, para lo cual, se debía disponer de la asesoría legal, a los efectos de que se adopten las decisiones correspondientes, asimismo, se requirió agilizar la atención del requerimiento que permita disponer de un módulo en el Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE), para el control del pago de honorarios a los abogados externos.*

*El Lic. Luis Diego Calderón Villalobos, Director de Cobros, indicó que a través de una serie de propuestas innovadoras, definición de metas y acciones operativas de la gestión ordinaria tendientes al fortalecimiento del control y la evaluación de la gestión cobratoria, se estableció el documento denominado “Estrategia para el control de la morosidad 2016-2020”, el cual tiene como objetivo establecer las líneas de acción para el fortalecimiento del cobro administrativo y judicial, así como los lineamientos y mecanismos a implementar por parte de las Direcciones Regionales de Sucursales, la Dirección de Cobros y sus respectivas dependencias, para incentivar la recuperación de los adeudos y de esa forma contribuir con la sostenibilidad financiera de la Caja. Dentro de estas acciones estratégicas se destacan las siguientes:*

- *Implementar un nuevo modelo de gestión para el cobro judicial Civil y Penal, en el sentido de optimizar la gestión judicial, es decir, efectuando análisis de los casos que se envían a los tribunales y que no tienen ninguna posibilidad de recuperación, saturando los juzgados y aumentando los costos operativos.*
- *Análisis integral de la figura del trabajador independiente, considerando que los últimos años la morosidad de esa modalidad de aseguramiento ha tenido un crecimiento exponencial.*
- *Externalización de los servicios para la mejora en la oportunidad de la gestión cobratoria, con mecanismos como la notificación de avisos a través de correos de Costa Rica, fortalecimiento de la gestión de los abogados externos y análisis de los procesos que podrían someterse a este modelo.*
- *Medición de indicadores de resultados y evaluación de la gestión cobratoria.*
- *Establecer un protocolo para la captura y actualización de datos de contacto e implementar un aplicativo en el SICERE para tal efecto, esto considerando que un aspecto fundamental en el desarrollo de una gestión cobraría eficiente es la ubicación del patrono y los trabajadores independientes.*
- *Desarrollar un estudio de viabilidad técnica que identifique cuáles servicios de cobros se podrían brindar por aplicativos APPS.*

*La Gerencia Financiera, a través de sus entes técnicos, debe diseñar y desarrollar estrategias orientadas a mejorar la eficiencia y eficacia de la gestión de cobro administrativo y judicial, para estos efectos es importante mencionar que existen mayores posibilidades de recuperación de la deuda, en vía administrativa, cuando se implementan los mecanismos de cobro en forma oportuna (notificación de la deuda, cierre de negocios, formalización de acuerdos de pago), por otra parte, en el caso del cobro realizado por la vía judicial, en los últimos años no se ha logrado obtener resultados satisfactorios, por múltiples factores internos como externos, pero principalmente potenciado por las tendencias evasoras de los patronos y trabajadores independientes (sin bienes registrados, no localizables), lo que ha impedido en muchos casos la recuperación de los adeudos.*



Además, la Gerencia Financiera, la Dirección de Cobros y las Direcciones Regionales de Sucursales deben valorar que los procesos judiciales presentan costos fijos asociados a las diligencias que realizan los abogados externos, por este motivo se debe incorporar elementos para la valoración de la razonabilidad y posibilidad real de recuperación, previo a trasladar los casos a los profesionales en derecho responsables de iniciar las gestiones en los tribunales.

Adicionalmente, la Gerencia Financiera y la Dirección de Cobros como ente rector institucional, deben proponer la implementación de mecanismos innovadores para impulsar que las acciones cobratorias sean más efectivas para los patronos y los trabajadores independientes, destacando que para este último grupo se debe hacer un análisis integral para el rediseño y conceptualización de esta figura desde su aseguramiento, facturación y cobro.

### b) Gastos

A través del desarrollo del presente documento se ha observado el comportamiento de diferentes indicadores en salud, economía, y financieros, donde existe una concordancia en la necesidad para el Seguro de Salud de enfrentar una serie de retos para propiciar la estabilidad y sostenibilidad, y así poder brindar mejores servicios a los usuarios de este régimen, en este sentido, los apartados relacionados con los gastos desde le perspectiva financiera y presupuestaria hacen énfasis en buscar mayor eficiencia, eficacia y en que las erogaciones sean de calidad, es decir, agreguen valor a la gestión institucional, la rendición de cuentas y el uso responsable de los recursos públicos.

Las principales partidas de gastos del Seguro de Salud son “Servicios personales”, “Consumo de Materiales y Suministros” y “Aportes y Contribuciones”, del 2011 al 2016 estos tres rubros han representado en promedio el 69.52% sobre el total de ingresos.

El rubro de “Servicios personales” creció del 2015 al 2016 un 3.42%, “Consumo de Materiales y Suministros” creció un 10.78% y “Aportes y Contribuciones” creció un 3.63%, según se muestra en el siguiente cuadro:

**Cuadro 7**  
**Seguro de Salud**  
**Detalle de principales partidas de gasto**  
**Al 31 de diciembre 2014, 2015 y 2016**  
**Cifras en millones de colones**

Nombre Cuentas Contables	AÑOS				
	2014	2015	% Variación	2016	% Variación
Gastos					
Servicios Personales	920,167	985,418	7.09%	1,019,120	3.42%
Consumo de Materiales y Suministros	236,724	259,237	9.51%	287,194	10.78%
Aportes y Contribuciones	200,244	216,017	7.88%	223,863	3.63%
<b>Totales generales</b>	<b>1,357,136</b>	<b>1,460,673</b>	<b>7.63%</b>	<b>1,530,177</b>	<b>4.76%</b>

Fuente: Elaboración propia con base en la información de los Estados Financieros.

**Servicios Personales:** Dentro de los rubros que integran la partida de “Servicios Personales” las que han presentado mayor incremento tanto en el 2015 como en el 2016 son “Guardias Médicos” “Tiempo Extraordinario” y “Disponibilidades Médicos”, para el cierre al 31 de diciembre, 2016, los tres representaron el 21,52% del crecimiento total del gasto en “Servicios Personales”. En términos absolutos la Caja ha incrementado en los últimos 2 años el gasto en estas partidas en ¢18.207 millones.







*El rubro que integra la partida de “Servicios Personales” que presentó uno de los incrementos relativos más importantes fue el denominado: “Programa Cirugía Vespertina” (cuenta contable 900-80-7), con un crecimiento del 2015 al 2016 del 73% (¢1,317 millones en el 2015, ¢2,282 millones en el 2016). Sobre este aspecto el Lic. Sergio Gómez Rodríguez, Director de Presupuesto, señaló que existen oportunidades de mejora en la coordinación y valoración financiera, previo a la aprobación de estos proyectos.*

*Los esfuerzos que realiza la Institución en procura de la atención de las listas de espera son importantes, sin embargo, los mismos deben realizarse alineados con estrategias que permitan el control y planificación de los recursos financieros, garantizando que exista la disponibilidad de los fondos para poder atender las diversas obligaciones que surjan, alineado a su vez, con el cumplimiento de objetivos e indicadores previamente definidos y medibles, sin dejar de lado, que este tipo de programas podrían constituirse en medidas paliativas al problema de fondo, el cual debe analizarse en su justa dimensión para buscar alternativas sostenibles operativa y financieramente a largo plazo.*

*En el tema de los gastos, el informe ASF-218-2016, revela que se muestra una estabilidad basada en la adopción de medidas para controlar los principales disparadores del gasto, especialmente el de las remuneraciones, mediante una política de creación de plazas selectiva y destinadas a la prestación de servicios de salud en diversas comunidades del territorio nacional, los incrementos salariales se han apegado estrictamente a los decretados por el Gobierno Central, en los últimos años tampoco se han hecho estudios grupales de puestos.*

*Sin embargo, de acuerdo a los resultados expuestos en el informe precitado ASF-218-2016, en el período 2013-2015, las partidas relacionadas con personal sustituto y tiempo extraordinario son las que muestran mayor porcentaje de crecimiento en el período estudiado, dado lo anterior, se le ha recomendado a la Administración, en este informe y otros oficios emitidos por este Órgano de Fiscalización y Control, evaluar los riesgos en los disparadores del gasto por este concepto y que se establezca una estrategia que permita analizar el comportamiento y las tendencias del gasto de estas partidas, a efectos de que se realice un estudio profundo de este tema, donde se visualice históricamente, cuál ha sido el comportamiento de estos gastos en los principales centros responsables de dichos incrementos.*

*Este Órgano de Fiscalización ha sido reiterativo sobre la importancia de establecer indicadores de productividad que permitan determinar el rendimiento del funcionario durante la jornada extraordinaria, así como el establecimiento de planes que permitan reducir los pagos por estos conceptos, al constituirse desde el punto de vista legal una modalidad excepcional y que no debe adoptar el carácter de permanente. Sin embargo, esta Auditoría no ha tenido conocimiento de políticas o lineamientos que estén orientados a disminuir los montos asignados, sino que la práctica es que cada año se presupuesten y ejecuten montos fijos de tiempo extraordinario*

*No obstante, esta Auditoría Interna a través de diferentes productos ha realizado observaciones a los Niveles Gerenciales, Dirección de Presupuesto y Dirección Administración y Gestión de Personal, enfocadas a la ejecución de análisis de las partidas variables (tiempo extraordinario), con el fin de evaluar los riesgos en los disparadores del gasto por este concepto, y que se establezca una estrategia que permita evaluar el comportamiento y las tendencias del gasto de estas partidas, a efectos de que se realice un estudio profundo de este tema,*





*Es importante que la Administración Activa analice el comportamiento histórico de las partidas de servicios personales, con la finalidad de identificar aquellos centros médicos y administrativos que presenten los incrementos más significativos, adicionalmente, en lo que respecta a la creación de plazas, debe garantizarse que estas cumplan con todos los requerimientos técnicos para su creación, es decir, los estudios de recursos humanos, financieros, presupuestarios, actuariales, legales, entre otros, que permitan un mejor control del gasto en el corto, mediano y largo plazo.*

*Adicionalmente, se han realizado observaciones para que se elaboren mecanismos, que permitan garantizarle a la Institución, que la asignación de recursos para las labores que se desempeñan en la jornada ordinaria y extraordinaria, estén estrechamente relacionados con indicadores de rendimiento y productividad, de esta forma podría determinarse si el rendimiento del funcionario es consecuente con la atención que se brinda en los diferentes establecimientos de salud.*

*Es importante señalar, que en el tema de la creación de plazas, si bien es cierto se ha disminuido considerablemente, y las que se han creado en su mayoría, están relacionadas con la atención directa a los usuarios, es fundamental que la aprobación del incremento de las plazas, se sustente en un diagnóstico que permita determinar que las misma realmente responden a necesidades prioritarias de la institución y asimismo establecer los mecanismos a efectos que si se crean plazas para reducir el tiempo extraordinario, los niveles superiores, -Gerencia Financiera, Gerencia Médica, Director de Presupuesto-, estén vigilantes de que finalmente los montos que se asignan a esta jornada excepcional de atención, realmente se disminuyan, aspecto que esta Auditoría no ha tenido conocimiento que se le brinde el respectivo seguimiento.*

• **Consumo de Materiales y Suministros:**

*Como se indicó anteriormente, la partida de “Consumo de Materiales y Suministros”, representa uno de los principales rubros de gastos del Seguro de Salud, que, para el cierre al 31 de diciembre, 2016, representó el 12.62% sobre el total de los ingresos (¢287.194 millones). Esta partida ha crecido de forma importante en los últimos dos años con porcentajes de 9.51% del 2014 al 2015 (¢22,513 millones) y 10.78% del 2015 al 2016 (¢27,957 millones). Está compuesta principalmente por:*

**Cuadro 8**  
**Seguro de Salud**  
**Detalle de principales partidas de gasto consumo materiales y suministros**  
**Al 31 de diciembre 2013, 2014, 2015 y 2016**  
**Cifras en millones de colones**

Detalle partida	AÑOS						
	Nombre Cuentas Contables	2013	2014	2015	% Variación	2016	% Variación
Medicamentos		99,383	111,050	116,886	5.26%	122,495	4.80%
Instrumental Médico y de Laboratorio		21,354	26,180	32,560	24.37%	39,287	20.66%
Productos Químicos		24,293	24,194	29,577	22.25%	33,302	12.60%
Instalaciones Acc. Materiales Médicos Quirúrgicos Odontológicos		18,925	21,095	23,908	13.33%	28,090	17.49%
<b>Totales generales</b>		<b>163,955</b>	<b>182,519</b>	<b>202,930</b>	<b>11.18%</b>	<b>223,174</b>	<b>9.98%</b>

Fuente: Elaboración propia, con base en la información de los Estados Financieros del Seguro de Salud.



*La partida con mayor representatividad en el gasto es la adquisición de medicamentos, con egresos por el orden de ¢122,495 millones en el 2016, presentando variaciones estables que no han sido superiores al 6% anual, por otra parte, el instrumental médico y de laboratorio, presenta un mayor crecimiento relativo en los últimos dos periodos, producto de la adquisición y renovación, así como la incorporación de nuevas técnicas quirúrgicas en los centros hospitalarios.*

*Asimismo, es importante señalar que en entrevista realizada por esta Auditoría al Lic. Sergio Gómez Rodríguez, Director de Presupuesto, este mencionó las dificultades que se presentan a nivel presupuestario cuando se introducen nuevos procedimientos quirúrgicos, debido a que el gasto en insumos médicos se incrementa, y previo a la implementación de estas nuevas técnicas quirúrgicas que van a demandar otro tipo de instrumental e insumo médico, no se realiza el respectivo análisis financiero para conocer cuántos recursos deben destinarse.*

*Cabe indicar que lo mencionado por el Lic. Gómez Rodríguez, forma parte de la problemática de la judicialización de la salud, así como la creación de nuevas especialidades por centros hospitalarios y la actualización de las diferentes técnicas quirúrgicas.*

### **Contratación Administrativa**

*La contratación administrativa, es un proceso fundamental en la continuidad de la prestación de los servicios de la Institución y en el cual están involucrados importantes recursos asignados a la compra de bienes y servicios, de ahí la relevancia de que este proceso sea eficiente, oportuno, se ajuste estrictamente al marco legal aplicable y se realicen esfuerzos para el diseño de estrategias tendientes contribuir con la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud.*

*En este sentido, esta Auditoría Interna ha emitido una serie de productos en el periodo 2015-2016<sup>15</sup>, señalando oportunidades de mejora para que la Administración Activa fortalezca los procesos de planificación y programación de los procedimientos de compra, la definición de cantidades de bienes adquiridos, la ejecución contractual, la recepción y almacenamiento de productos tanto a Nivel Central y Local de la Caja.*

*Sobre la planificación y programación de adquisiciones<sup>16</sup>, se han evidenciado debilidades en los procesos de supervisión y control de la actividad contractual, por cuanto la Administración Activa no implementa actividades de seguimiento que le permitan mantenerse vigilante de las fechas de vigencia de contratos en ejecución, o que están próximas a finalizar su periodo contractual, esto en aras de ser oportunos en la gestión de los nuevos trámites de contratación necesarios para brindar continuidad a la prestación de los servicios y minimice hacer procesos reactivos que no favorecen un análisis exhaustivo en procura de los intereses institucionales.*

<sup>15</sup> ASAAI-72-2015, ASAAI-124-2015, ASAAI-139-2015, ASAAI-144-2015, ASAAI-173-2015, ASAAI-176-2015, ASAAI-178-2015, ASAAI-204-2015, ASAAI-221-2015, ASAAI-235-2015, ASAAI-247-2015, ASAAI-286-2015, ASAAI-305-2015, ASAAI-391-2015, ASAAI-393-2015, ASAAI-410-2015, ASAAI-426-2015, ASAAI-046-2016, ASAAI-086-2016, ASAAI-115-2016, ASAAI-109-2016, ASAAI-083-2016, ASAAI-215-2016, ASAAI-240-2016.

<sup>16</sup> En el Nivel Central corresponde a las Áreas y Subáreas Adscritas a la Dirección de Aprovechamiento de Bienes y Servicios, mientras que en el Nivel Local corresponde a los Servicios Usuarios que integran los Centros de Salud, así como a las Subáreas Adscritas al Área de Gestión de Bienes y Servicios.



*Al respecto, se recomendó a la Administración Activa analizar los tiempos promedio de respuesta que le conlleva formalizar un nuevo trámite de compra, desde la presentación de requisitos previos hasta la fecha de entrega pactada, ya que estos procesos pueden tardar aproximadamente hasta cuatro meses o más, si se trata de un procedimiento de contratación directa de escasa cuantía, siete meses en una licitación abreviada y de ocho meses o más de un año para una licitación pública.*

*En el tema de ejecución contractual se ha evidenciado debilidades en las Áreas de Planificación de Bienes y Servicios Institucionales, así como, en las unidades usuarias de los centros de Salud, a saber; aplicación de modificaciones unilaterales, contratos adicionales, suspensiones de contrato y rescisiones por mutuo acuerdo, principalmente originados por una estimación inapropiada de las cantidades de bienes adquiridos y el tipo de entrega definido, generando, en algunos casos, desabastecimiento o sobreabastecimiento de bienes, así como recurrir constantemente a la Contraloría General de la República, para que autorice contrataciones urgentes, o modificaciones contractuales de los contratos vigentes, por haber considerado indicadores históricos ajenos a la realidad, sin sustento en consumos reales derivados de inventarios cotejados por las Unidades de Planificación de Bienes y Servicios.*

*Este Órgano de Fiscalización y Control, también ha evidenciado la necesidad de que las unidades usuarias de los Centros de Salud, y las Áreas de Gestión y Planificación de Bienes y Servicios Institucionales fortalezcan la gestión de ejecución contractual, en aspectos relacionados con la aplicación de prórrogas facultativas de contratos a proveedores, en algunos casos, se efectúan automáticamente, sin disponer con oportunidad de la autorización del Administrador del contrato, de estudios de mercado, de análisis de incumplimientos que impidan continuar el contrato y de certificación de disponibilidad presupuestaria, estos aspectos pueden provocar; que se continúe la ejecución de adquisiciones de productos que no son necesarios, indemnizaciones a proveedores a causa de rescisiones contractuales por mutuo acuerdo, pago de bienes y servicios a precios superiores a los actuales de mercado y modificaciones presupuestarias por no disponer de recursos para esas erogaciones.*

*Asimismo, se ha identificado oportunidades de mejora en las Sub-Áreas de Almacenamiento y Distribución, en los procesos de solicitud, recepción, almacenaje y despacho de los bienes que se adquieren, por cuanto se toman atribuciones de requerir y recibir productos de forma definitiva sin consentimiento o solicitud expresa de los servicios especialistas (usuarios), además, se ha constatado que se preparaban pedidos sin respetar el orden de caducidad, puesto que efectuaban el almacenaje de bienes en cajas tanto fuera y dentro de estantería, sin identificar su nombre, fecha ingreso, caducidad y sin guardar un orden por categorías de productos; incrementando con estas acciones el riesgo de que ocurran pérdidas patrimoniales por vencimiento y deterioro de bienes, derivadas de una mala rotación de inventarios.*

*En razón de lo anterior, es fundamental que la Administración Activa, fortalezca el sistema de control interno que impera en torno los procesos de planificación y programación de los procedimientos de compra, definición de cantidades de bienes adquiridos, ejecución contractual, recepción y almacenamiento de productos, con el propósito de propiciar prácticas que mejoren la gestión de la actividad contractual que les concierne, en aras de garantizar el uso eficaz y eficiente de los recursos económicos de la institución.*



### **Plan integral de fortalecimiento de la cadena de Abastecimiento**

La Junta Directiva, en atención del informe del Equipo de Especialistas<sup>17</sup>, en el artículo 10° de la sesión N° 8545, celebrada, el 10 de noviembre, 2011, solicitó a la Gerencia de Logística la elaboración y presentación de un Plan Integral de Fortalecimiento de la Cadena de Abastecimiento, considerando el alcance de las recomendaciones de los especialistas y otras acciones pertinentes sobre la temática.

En atención a la instrucción de Junta Directiva, la Gerencia Logística implementó desde el 2012, una serie de actividades relacionadas con la normalización y gestión de los procesos de abastecimiento de bienes y servicios, la optimización del modelo de almacenamiento y distribución institucional, así como la implementación de soluciones tecnológicas integradas a las actividades contractuales, y para brindar continuidad al Plan Integral de Fortalecimiento de la Cadena de Abastecimiento, incluyó en el Plan Estratégico Institucional 2015-2018<sup>18</sup>, las siguientes actividades:

a) **Normalización de los Procesos de la Cadena de Abastecimiento institucional:** Tiene como propósito normalizar, regular y estandarizar los procesos y procedimientos de la actividad de abastecimiento institucional; homologar las funciones y perfiles de puestos<sup>19</sup>, capacitar a las unidades de compra autorizadas en la normativa institucional en materia de abastecimiento, de conformidad con las herramientas informáticas disponibles; desarrollar proyectos de consolidación de bienes y servicios de uso común; evaluar la gestión de abastecimiento (planificación, adquisición, ejecución contractual, almacenamiento y distribución), fomentando el aprovechamiento de economías de escala y de tipo procesal en pro de mejorar los sistemas de trabajo existentes en el ámbito institucional; implementar sistemas de comunicación y coordinación oportuna intergerenciales e interinstitucionales para mejorar la gestión del abastecimiento de la Caja.

b) **Implementación de Soluciones Tecnológicas Integradas:** busca implementar el SIGES en las Unidades de Adquisición de Bienes y Servicios Locales, así como en los distintos Servicios que conforman los centros de salud, a efectos de dar trazabilidad a los inventarios desde el ingreso del producto hasta su despacho final; también desarrollarlo como un sistema de compra electrónica de manera que permita conducir la contratación administrativa de conformidad a los procedimientos estandarizados según la normativa vigente, a través de una plataforma Web, utilizando el certificado de firma digital como herramienta tecnológica e impulsar la utilización de los cubos de información de existencias, consumos y compras, desarrollados a partir de la integración de los sistemas SIGES, SIFA y SICS, con el objetivo de fortalecer la toma de decisiones de programación, adquisición, ejecución contractual y almacenamiento y distribución; así como, contar con herramientas para la consolidación de insumos de uso común en la Red de Servicios Institucional.

c) **Gestión de Abastecimiento de Bienes y Servicios:** pretende implementar un sistema de control que permita medir los resultados de la gestión realizada en los procesos de Programación, Adquisiciones, Control de Calidad, Almacenamiento y Distribución, asociados a los indicadores de buena gobernanza, para la toma de decisiones correspondientes; realizar el proceso de programación, adquisición y ejecución contractual, en el sistema electrónico definido a nivel institucional; desarrollar procedimientos de compra utilizando modalidades novedosas de entrega, desde la programación de la compra se contemplen los procedimientos de control que garanticen la sana ejecución contractual en la red de servicios; implementación de las acciones que permitan ajustar los presupuestos de despacho de las unidades ejecutoras al consumo real de los diferentes insumos.

<sup>17</sup> Recomendaciones número 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45 y 46.

<sup>18</sup> Apartado de Gestión Logística y Abastecimiento

<sup>19</sup> Se debe valorar la necesidad de profesionalizar el recurso humano y homologar perfiles de puestos disímiles como oficinistas, secretarías, asistentes técnicos administrativos, técnicos administrativos y puestos profesionales, para minimizar la alta rotación de personal y reducir los errores procedimentales en materia de contratación administrativa.



d) **Optimización del Modelo de Almacenamiento y Distribución Institucional:** se orienta al mejoramiento continuo de la infraestructura de la Cadena de Abastecimiento mediante el desarrollo del Centro Logístico para el almacenamiento y distribución de bienes e implementación del proyecto de Hospitales Centinela, para la continuidad del servicio ante situaciones de emergencia, así como en la implementación de estrategias en el proceso de aliste, despacho y distribución, que permitan mejorar la oportunidad y eficiencia en el abastecimiento de los bienes de la red de salud.

La Caja, dentro de las alternativas para el control y revisión del gasto, tiene una importante oportunidad en las partidas de materiales y suministros, las cuales representan una parte significativa del gasto para el Seguro de Salud, es decir, no sólo se deben enfocar los esfuerzos en la búsqueda de nuevas fuentes de financiamiento, sino en la utilización de nuevas herramientas tecnológicas y mecanismos de eficiencia en la gestión, que permitan maximizar el uso de los recursos, su control y por ende una optimización del gasto, que podría eventualmente representar ahorros sustanciales para la institución.

#### **Adquisición de medicamentos NO – LOM y mejora en el control de las diferencias de inventario de Suministros**

El 4 de enero, 2017, en el oficio 68579, esta Auditoría presentó ante las autoridades institucionales, el análisis sobre los montos invertidos en medicamentos No LOM y en tránsito, así como el impacto financiero en el Seguro de Salud, señalando:

“En la Institución existen medicamentos esenciales: definidos como “los medicamentos que satisfacen las necesidades prioritarias de la salud de la mayoría de la población”, son aquellos fármacos que están incluidos en la Lista Oficial de Medicamentos, cuya inclusión se da posterior a un análisis sistemático individualizado y la aplicación de una serie de criterios, dentro de los que se incluyen los relacionados con la sostenibilidad financiera, efectividad y costo, entre otros. Para la atención de patologías de grupos minoritarios, se crea el concepto de un sistema de formulario terapéutico abierto, que permite la adquisición y utilización individualizada de medicamentos y se genera un mecanismo complementario para la gestión formal de un medicamento no incluido en la LOM (no LOM), para lo cual se debe cumplir con los procedimientos institucionales y utilizar los formularios pertinentes, según lo establecido en la normativa LOM; la autorización es potestad del Consejo Central Farmacoterapia o del Comité Local de Farmacoterapia, cuando así le sea asignado.

La Institución invirtió ₡29,213 millones en la adquisición de medicamentos No LOM y en tránsito, en el 2015 y primer semestre del 2016”

Adicionalmente, en el citado oficio se indicó:

“..el acceso a los medicamentos es parte primordial en una Institución prestadora de Servicios de Salud como la CCSS, lo cual representa un reto en el presente y en el futuro, en el entendido que la complejidad de las enfermedades, la tecnología sanitaria, la ampliación de la cobertura y la sostenibilidad financiera de este tipo de prestación debe ser *analizada* por la Administración del Seguro de Salud, principalmente para prever posibles situaciones que afecten negativamente en el mediano y largo plazo.





La compra de medicamentos No LOM se ha convertido en una situación recurrente en la Institución, por los montos y cantidades, mostrando que el principio de excepcionalidad cada vez se va desvirtuando en la adquisición de este tipo de fármacos, lo cual ha sido señalado reiterativamente por este Órgano de Fiscalización y Control, desde el abordaje clínico del paciente, así como el impacto en las labores administrativas y financieras de la Institución.

Si bien es cierto como se ha señalado por esta Auditoría (Informe ASS-132-2014) existe un ente técnico como la Dirección de Farmacoepidemiología y sus áreas adscritas, que deben fortalecer las labores de planificación, análisis y proyección ante decisiones del Comité de Farmacoterapia o de esa Dirección, siendo que la adquisición de medicamentos es variable por periodos.

La Gerencia de Logística a través de sus instancias técnicas realiza esfuerzos para la consolidación y trámite de adquisición de los medicamentos que se definan en la Lista Oficial de Medicamentos, sin embargo, se sigue evidenciando que los centros hospitalarios continúan efectuando procedimientos de compra para adquirir fármacos similares, en periodos idénticos y que debido a la necesidad impostergable, muchas veces son ordenes por mandato judicial, asumen riesgos en cuanto a la calidad, precios e inclusive en la negociación con estos grandes proveedores.

Preocupa a esta Auditoría las Políticas de Medicamentos, la autorización recurrente por parte del Comité de Farmacoterapia, la medición de la calidad de los fármacos adquiridos, el impacto desde el punto de vista clínico en los pacientes y los montos que se invierten en los medicamentos No LOM, por lo que estos elementos deben valorarse por la Administración para evitar que afecten la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud, por lo que a partir del análisis que se realice se deben proponer y presentar las acciones pertinentes ante el Consejo de Sostenibilidad Financiera solicitado en la recomendación N°1 del informe ASF-199-2016, para definir una línea de acción en el uso eficiente de los recursos en el mediano y largo plazo.”

*En razón de lo anterior, la Ing. Dinorah Garro Herrera, Gerente de Logística, el Lic. Gustavo Picado Chacón, Gerente Financiero y la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médico, emitieron oficio GL-45.023-2017/GF-0803-2017/GM-AUDC-19755-2017, del 09 de marzo, 2017, mediante el cual le trasladaron a la Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal, Presidenta Ejecutiva en ese momento, el documento: “Propuesta de acciones estratégicas y operativas para afrontar los riesgos de la adquisición de medicamentos NO LOM”.*

*El oficio señala que las estrategias propuestas son resultado del desarrollo de la Política de Medicamentos a nivel Institucional, además, que las iniciativas y acciones que se han estado desarrollando coadyuvaran a la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud, sin embargo, a la fecha esta Auditoría no ha recibido acciones posteriores a la elaboración de la citada propuesta.*

*Sobre el tema de Suministros y Medicamentos, la Auditoría Interna mediante oficio 53202-2017, del 6 de julio, 2017, indicó sobre el inventario al 2016, que el valor contable de los suministros y medicamentos a nivel institucional fue de ₡74,098 millones, en el que se presentó un faltante del 1.9% que representa ₡1,462 millones y un sobrante de 2.5% correspondiente ₡1,849 millones a nivel nacional. En relación al faltante institucional, el 77.5% se origina en el Área de Almacenamiento y Distribución (ALDI) para un total de ₡1,133 millones, de los cuales quedaron pendientes de justificar ₡958 millones, el restante 22.5% distribuido en los diferentes centros de trabajo de la institución, fueron presentadas las justificaciones y se encuentran en análisis por parte de la Dirección Financiero Contable.*



*El 29 de agosto, 2017, en el oficio SCAS-0300-2017, la Subárea de Contabilidad de Activos y Suministro, indicó que, para el inventario de Suministros y Medicamentos del 2017, en el Área de Almacenamiento y Distribución la diferencia de inventario (faltante), presenta un saldo de ₡487 millones, por lo que debe presentar un informe con los justificantes que respalden las citadas diferencias, en el plazo máximo hasta el viernes 3 de noviembre, 2017.*

*Al respecto la Dirección de Aprovisionamiento de Bienes y Servicios y el Área de Almacenamiento y Distribución (ALDI) han señalado reiteradamente la necesidad de un sistema informático integrado y la determinación del margen de tolerancia considerando los volúmenes de inventario que maneja la citada área.*

*Sobre las oportunidades de mejora en el proceso de los inventarios, se señaló que es importante que la Gerencia de Logística, en coordinación con las instancias técnicas pertinentes, establezca un plan de trabajo que permita el fortalecimiento de la gestión administrativa y contable de los inventarios, proponiendo las acciones necesarias para cumplir con dicho objetivo, la integración de los sistemas informáticos para la realización de los inventarios, y el fortalecimiento de las competencias técnicas en materia contable del Área de Almacenamiento y Distribución, entre otros aspectos.*

## **2. Análisis del presupuesto, gastos administrativos y flujo de efectivo del Seguro de Salud**

- **Análisis general del comportamiento presupuestario**

*El estudio del análisis presupuestario, al igual que los datos mostrados en los Estados Financieros, revelan que el comportamiento de los ingresos y egresos totales del Seguro de Salud, durante el período 2015 y 2016, muestra una mejoría y estabilidad en cuanto a la situación financiera de este Seguro, producto de una reducción en el comportamiento de los egresos, que podría estar siendo impactado por un mayor control en los incrementos de los salarios de los trabajadores, ajustándose a los decretos emitidos por el Gobierno Central en esta materia, asimismo, la creación selectiva de plazas, aspecto que ha llevado a la Administración a un mayor control y reflexión en la ejecución del gasto.*

*En los ingresos recibidos versus gastos realizados, se observa que en las contribuciones no muestran una tendencia al crecimiento, sino que se mantiene con una estabilidad de un período a otro, aspecto que de acuerdo a las justificaciones brindadas por la Administración Activa se deben al comportamiento de la economía del país, por lo que se apuesta a un ajuste de parte de las unidades ejecutoras a los niveles de ingresos esperados; y si eso no fuera suficiente, se deben buscar otras alternativas de crecimiento por medio de la creación de nuevas rentas por parte del Estado, tal y como lo ha propuesto la Gerencia Financiera y que ha reiterado este Órgano de Fiscalización y Control en este y otros productos de Auditoría.*

*Un aspecto fundamental y que evidencia el periodo de mejoría en el Seguro de Salud, es la creación de reservas de contingencias por el orden de ₡22.8 mil millones, para cubrir eventuales riesgos epidemiológicos (Zika, Ebola, Diarreas), riesgos naturales (terremotos, huracanes), riesgos antrópicos (incendios, robos, manifestaciones sociales) y riesgo de liquidez (en el corto plazo el efectivo disponible será insuficiente para cumplir los compromisos de operación). También se definieron las diferentes provisiones que debe enfrentar dicho régimen en el corto y mediano plazo, tales como; las provisiones salariales (salario escolar, aguinaldo, pago de bisemanas) y las referidas a los diferentes proyectos de inversión que se tienen previstos en el Portafolio de Inversión.*



Además, en el informe ASF-199-2016 se indicó que es de alta relevancia la definición y la presentación de las propuestas para la Política de Sostenibilidad Financiera del Seguro de Salud, en cuanto a las líneas estratégicas de financiamiento, asignación de los recursos y mejora de la eficiencia de este seguro, siendo importante el rol activo del Cuerpo Gerencial y los entes técnicos. Es importante considerar que en el artículo 19° de la sesión N°8919 celebrada el 3 de agosto, 2017, se menciona la presentación por parte de la Gerencia Financiera del informe denominado “El desafío de la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud”, sesión en la cual se acordó que en un plazo de hasta dos meses, se debía preparar una propuesta de Política-plan y las acciones concretas para el fortalecimiento este seguro.

En este sentido, se debe considerar los elementos del entorno que enfrenta el país y que no son ajenos a la realidad institucional, como los problemas de liquidez del Gobierno de la República, el endeudamiento creciente y la calificación del riesgo país, así como el debate generalizado sobre la incorporación de una reforma fiscal, aspectos que podrían repercutir en el pago oportuno de las obligaciones con la Seguridad Social, las condiciones que se ofrecen sobre las inversiones y directamente sobre los ingresos por contribuciones producto de cambios en la economía como las actividades informales, la reducción de la inversión de grandes compañías por el aumento de los costos fijos y hasta el posible traslado de operaciones de empresas a otros países, por lo que la Gerencia Financiera y el resto del Cuerpo Gerencial no solo deben orientar sus esfuerzos a una Política de Sostenibilidad Financiera, sino a mantener una restricción o control exhaustivo sobre partidas que podrían considerarse como disparadores del gasto y en mejorar la eficiencia en el uso de los recursos.

También se debe mejorar la cultura financiera de la Institución, este aspecto es fundamental que sea analizado desde los centros ubicados en el nivel local hasta la Administración Superior de la Caja, en el sentido que la aprobación de nuevos beneficios, programas, apertura de servicios, ampliación de las jornadas, deben estar acompañados de criterios económicos y financieros que permitan en forma organizada la planificación de los recursos y la visualización del impacto de cada decisión en el corto, mediano y largo plazo, por lo que es impostergable que se definan lineamientos en este sentido y que sean aplicables en concordancia con la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud.

Es conveniente reiterar a la Gerencia Financiera y la Dirección Actuarial y Económica sobre la necesidad de continuar con el análisis de otras fuentes alternativas que ayuden a fortalecer las finanzas del Seguro de Salud, buscando disponer en el menor plazo posible de medidas concretas que permitan contribuir a la sostenibilidad en el corto, mediano y largo plazo, haciendo las propuestas técnicas, administrativas y legales que correspondan.

- **Análisis presupuestario al 31 de diciembre 2016**

El Seguro de Salud, al 31 de diciembre, 2016, obtuvo ingresos por ₡2, 259,508 millones, (incluyendo los recursos de vigencias anteriores). En cuanto a los egresos, se ejecutó la suma de ₡1936,921 millones, para una diferencia de ₡322,587 millones, como se muestra a continuación:



**Cuadro 9**  
**Seguro de Salud**  
**Comportamiento presupuestario**  
**Al 31 de diciembre 2015 y 2016**  
**Cifras en millones de colones**

Ingresos				
Partida	Presupuesto modificado 2016	Real		% Variación real 2016/2015
		2016	2015	
Contribuciones al Seguro de Salud	1,612,166	1,587,421	1,491,457	6.4%
Ingresos no Tributarios	75,688	103,857	105,987	-2.0%
Transferencias corrientes	282,522	246,148	165,825	48.4%
<b>Total Ingresos Corrientes</b>	<b>1,970,377</b>	<b>1,937,426</b>	<b>1,763,268</b>	<b>9.9%</b>
<b>Ingresos de Capital</b>	<b>644</b>	<b>1,289</b>	<b>514</b>	<b>150.7%</b>
Financiamiento Externo	6,000	6,678	14,036	-52.4%
Recursos Vigencias Anteriores	278,303	314,115	215,806	45.6%
<b>Total Ingresos Financiamiento</b>	<b>284,303</b>	<b>320,794</b>	<b>229,842</b>	<b>39.6%</b>
<b>Total de Ingresos</b>	<b>2,255,324</b>	<b>2,259,508</b>	<b>1,993,625</b>	<b>13.3%</b>
Egresos				
Partida	Presupuesto 2016	Real		% Variación real 2016/2015
		2016	2015	
Remuneraciones	1,232,813	1,146,507	1,106,276	3.6%
Servicios	191,557	140,451	134,099	4.7%
Materiales y Suministros	294,861	280,758	253,474	10.8%
Inetreses y Comisiones	6,704	5,272	1,515	247.9%
Activos Financieros	221,874	159,906	30	532919.0%
Bienes Duraderos	111,391	72,869	61,630	18.2%
Transferencias Corrientes	142,346	127,583	118,900	7.3%
Amortización	3,973	3,576	3,585	-0.3%
Cuentas Especiales	49,805	-	-	0.0%
<b>Total Egresos</b>	<b>2,255,324</b>	<b>1,936,921</b>	<b>1,679,510</b>	<b>15.3%</b>
<b>Diferencia ingresos - Egresos</b>	<b>(0)</b>	<b>322,587</b>	<b>314,115</b>	<b>2.7%</b>

Fuente: Elaboración propia, con base en el informe de liquidación presupuestaria.

Los ingresos percibidos por el Seguro de Salud a diciembre, 2016, crecieron 13.3% ₡265,883 millones en relación con el 2015, mientras los egresos lo hicieron en 15.3% ₡257,411 millones.

Las contribuciones a la seguridad social registraron la suma de ₡1, 587,420 millones, de los cuales el 55.4% provino del sector privado y el 44.6% del sector público. Este grupo con respecto a lo presupuestado presentó una menor recaudación en ₡24,745 millones, por lo que es importante señalar que la desaceleración del crecimiento de los ingresos es un aspecto que debe ser de vigilancia constante por parte de las autoridades institucionales.

Los ingresos no tributarios, que registraron ₡103,856 millones, están compuestos mayoritariamente en un 52.4% (₡54,466 millones) por la venta de bienes y servicios, y en un 39.4% (₡40,963 millones) por los ingresos de la propiedad que incluyen, entre otros, ₡17,629 millones relacionados con la deuda del Gobierno Central, y ₡1,386 millones correspondientes a la DESAF, ligados a la deuda por la atención de los asegurados por el Estado. Este grupo de ingresos presentó un incremento en relación al presupuesto de ₡28.168 millones.

El cumplimiento del presupuesto en transferencias corrientes fue de un 87.1%, presentando una diferencia de ₡36,374 millones con respecto al presupuesto de ₡282,522 millones (₡246,148 millones ejecutado).



*En un análisis general del presupuesto, este Órgano de Fiscalización y Control ha señalado una serie de observaciones sobre algunas partidas deben ser objeto de vigilancia por la Administración Activa:*

- **Servicios Personales**

*Según los datos estadísticos de la Dirección de Administración y Gestión de Personal, la Caja Costarricense de Seguro Social dispone a agosto, 2017, de 54.675 trabajadores en sus distintas dependencias a nivel nacional.*

*En cuanto a los Egresos la principal partida presupuestaria fue la de remuneraciones con una ejecución de ₡1,146,507 millones representando una diferencia de ₡86,306 millones con respecto al monto presupuestado de ₡1,232,813 millones.*

*En remuneraciones destaca el rubro “Retribución por años de servicio (₡182,635.8 millones que representa 15.9% del total de remuneraciones) y “Tiempo Extraordinario” (₡135,049 millones con una participación del 11.8% de la citada partida).*

*La Institución aplicó, en periodos anteriores al 2011, una política expansiva al empleo con 1.500 plazas, en el 2008 se aprobaron 2.880 plazas, por citar un ejemplo, posteriormente se controló para que la creación sea entre 450 y 460 plazas cada año, es decir, se pasó a una política denominada selectiva de empleo para servicios de salud, médicos, especialistas y algún otro personal, restringiendo la aprobación de plazas administrativas y del nivel central.*

*En el 2016 se crearon 623 plazas (27 más que las creadas en el 2015), con un costo de ₡7,687 millones, 599 se destinaron al programa Atención Integral en Salud y 24 al Programa de Conducción Institucional, según la Gerencia Financiera el 27.3% de las plazas se destinó a las áreas de salud (170), 25.7% centros hospitalarios regionales y periféricos (160) y 25.5% hospitales nacionales y especializados (159), es importante hacer énfasis, tal y como ya fue señalado en este documento, en que la creación de plazas, sea el resultados de diagnósticos técnicos, que justifiquen ampliamente la necesidad real, en procura favorecer la prestación de los servicios, en términos de calidad, eficiencia y oportunidad.*

*Esta Auditoría, mediante oficio 55504 del 26 de febrero, 2016, realizó un estudio sobre el análisis del comportamiento presupuestario de las partidas fijas, específicamente sobre los pluses salariales de la Institución en el período 2014-2015, en ese momento se señaló:*

*“En el análisis del comportamiento del gasto por Partidas Servicios Personales Fijas (Remuneraciones), se observa un crecimiento del 6%, lo que en términos absolutos representa ₡41,037 millones (...)*

*Del comportamiento presupuestario se observa un crecimiento del 5% en la subpartida 2001 “Sueldos para cargos fijos” y un 7% en la subpartida 2003 “Aumentos Anuales” que representan el 64% (₡26,246 millones) de la variación del gasto en el periodo 2014-2015.*

*Los sueldos para cargos fijos, dietas, servicios especiales, salario escolar y el salario adicional (décimo tercer mes) para un 58% del total del gasto de Partidas Fijas que ascienden al orden de ₡455,597 millones, es decir el restante 42% corresponde a pluses o beneficios salariales originados por diferentes vías jurídicas (Leyes, Acuerdos de Junta Directiva, entre otros).”*





*Adicionalmente, en el citado oficio se indicó:*

“De conformidad con lo descrito, esta Auditoría ha señalado de manera reiterativa la urgente necesidad de analizar el tema de pluses salariales, a efectos de adoptar las acciones que sean necesarias para el establecimiento de una política salarial a mediano y largo plazo, que considere la protección de los derechos de los trabajadores, pero bajo un marco de austeridad y racionalización de los recursos institucionales.

La adopción de decisiones y cambios en aras de definir una política salarial, se convierten en un aspecto impostergable para la Administración de los Seguros Sociales, considerando el escenario económico del país, la demanda de los distintos sectores y la sostenibilidad financiera de los servicios tutelados por la Institución, para lo cual requieren que se promuevan acuerdos y consensos de los diferentes actores sociales, políticos y económicos, a efectos de tomar las decisiones inmediatas sobre aquellos pluses salariales que no están asociados a reserva de Ley y en aquellos otros que si lo están, es conveniente crear los espacios políticos y de concertación social que permitan plantear la viabilidad de promover las reformas que sean necesarias, para evitar un desequilibrio financiero que podría presentarse en el mediano plazo, el cual no solo afectaría a los distintos grupos ocupacionales, sino también la prestación de los servicios de salud a la sociedad costarricense, dimensionando en dicha viabilidad los efectos que podría ocasionar estas reformas.

De manera que, resulta un desafío para el Estado y la CCSS, por su complejidad e importancia para la población, gestionar mediante la activa participación de las Gerencias Administrativa, Financiera y Médica, con la asesoría de las unidades técnicas ( Dirección de Administración y Gestión de Personal y Dirección Jurídica) la implementación de los ajustes técnicos pertinentes que coadyuven en el fortalecimiento de la prestación de los Servicios de Salud y la utilización eficiente del presupuesto en torno a las remuneraciones de cargos fijos y sus pluses. En este sentido, las diferentes acciones deben considerarse como un factor de éxito, la participación de distintos actores políticos y sociales, entre ellos: El Estado mediante la activa participación del Poder Ejecutivo, Asamblea Legislativa y Poder Judicial, considerando en este particular, las implicaciones financieras que conllevan las sentencias judiciales y que impactan de manera directa la estabilidad financiera del seguro de salud, así como el resto de actores claves en el proceso de concertación, tales como; Sindicatos, organizaciones gremiales, trabajadores y patronos, que permitan impulsar los proyectos de Ley o Reformas Legales que debe ejecutar la Asamblea Legislativa, ante el riesgo inminente de afectación de la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud, en caso de no emprenderse los ajustes estructurales que se requieren para una sana gestión financiera de dicho Régimen.”

*Del análisis efectuado se evidenció la existencia de 12 conceptos salariales (pluses) aprobados desde hace más de 15 años, entre ellos Peligrosidad, Disponibilidad a Jefaturas Administrativas, Zonaje, Asignación para Vivienda, Sobresueldo del 15% de Tecnologías Médicas, Incentivo Especial para la Vivienda, entre otros, este Órgano de Fiscalización y control ha tenido conocimiento que se ha estado trabajando en analizar el origen, naturaleza, fundamento legal y técnico de estos conceptos, lo cual es de alta prioridad, con el fin de establecer las acciones pertinentes en pro de la sostenibilidad de la institución.*

*Por lo anterior, se indica en el citado oficio que es recomendable que la administración active revise el impacto económico actual, a mediano y largo plazo de estas remuneraciones considerando la sostenibilidad financiera de la institución, analizando entre otros aspectos los salarios más altos y su pertinencia, así como la procedencia y necesidad de incurrir en estas erogaciones (pluses), y con base en los resultados obtenidos, se adopten las acciones pertinentes.*

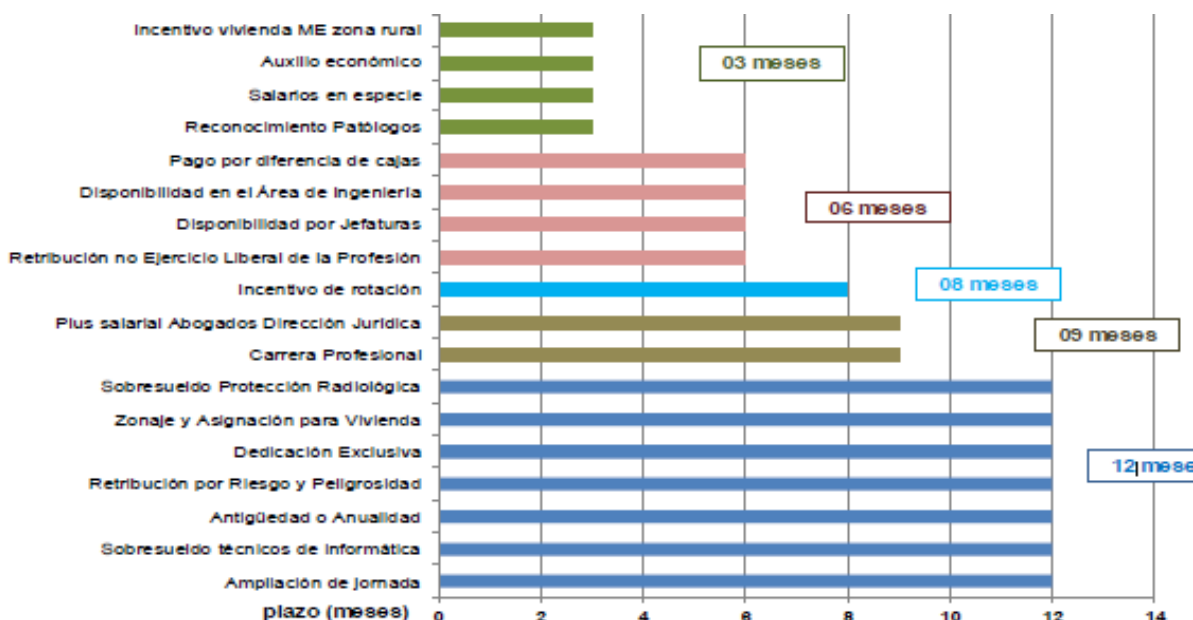
*Es deseable que entre las opciones o propuestas que se analicen, se considere la modalidad de salario único para los nuevos funcionarios que ingresen a laborar a la institución.*

*Coherente con lo anterior, la administración debe analizar y plantear las actividades para disponer de un sistema de información de recursos humanos, el cual fortalezca el control de la gestión en general, y en particular otorgue garantía de la procedencia, legalidad y exactitud de las transacciones de la planilla salarial.*

*El 12 de julio, 2017, en el oficio DAGP-0937-2017, el Lic. Walter Campos Paniagua, Subdirector de la Dirección de Administración y Gestión de Personal, dirigido a esta Auditoría, en atención del oficio 55404, del 26 febrero, 2016, “Sobre el análisis del comportamiento presupuestario de las partidas fijas y los pluses salariales de la sostenibilidad financiera de la Institución”, indicó:*

“Producto de la revisión efectuada, y por la naturaleza jurídica de ciertos pluses, se recomendó en algunos casos mantenerlos. Asimismo, con respecto a 18 pluses, se consideró la pertinencia de tomar las siguientes decisiones: "mantener, actualizar y ajustar", y en otros 'suprimir" el o los pluses...

..Al respecto es importante mencionar que, desde la fecha indicada, se ha venido trabajando en los requerimientos técnicos y jurídicos contenidos en el plan de trabajo propuesto, estableciendo como fecha máxima para finalización del estudio el 23 de febrero del 2018, esto según el cronograma que se presenta a continuación:





En conclusión, queda evidenciado, que la Dirección Administración y Gestión de Personal, ha acatado lo señalado por ese ente auditor, desarrollando diversas gestiones en cuanto al tema de pluses salariales, (...), en aras de garantizar la sostenibilidad financiera de la Institución y a su vez la satisfacción del interés público, entendiendo que nuestros Seguros Sociales, tienen un impacto directo en la democracia costarricense.”

*Es importante que la Administración del Seguro de Salud continúe con el desarrollo de las actividades necesarias para proponer los cambios pertinentes desde el punto de vista técnico y jurídico en procura de contribuir con la sostenibilidad financiera del citado régimen, el fortalecimiento de la prestación de los servicios y que las políticas salariales que se definan respondan a un equilibrio entre los intereses de la Institución como patrono y sus trabajadores.*

*Por lo que es relevante que la Gerencia Financiera, la Gerencia Médica y la Gerencia Administrativa, deben ostentar el liderazgo y coordinar con las otras Gerencias para analizar y proponer a la Junta Directiva los cambios de carácter estructural fundamentales en el tema de pluses salariales, en procura de la sostenibilidad financiera de la Institución en el corto, mediano y largo plazo.*

*En ese orden de ideas, este Órgano de Fiscalización y Control a través del informe ASAAI-180-2016 efectuó un análisis integral del tema de recursos humanos desde el punto de vista operativo, cuyos principales aspectos se resumen en continuación:*

*Se evidenciaron debilidades en los aspectos relacionados con la planificación de los recursos humanos a nivel institucional, lo anterior, ya que no están claramente definidas las responsabilidades de los actores involucrados en el proceso, adicionalmente, la dependencia encargada a nivel Institucional (Subárea de Planificación de Recursos Humanos) ve limitada su labor al concentrarse en aspectos operativos, a esto debe sumarse que la Institución no dispone de soluciones tecnológicas que coadyuven al análisis y procesamiento de datos, lo cual incrementa el riesgo para la administración activa de no estimar adecuadamente la necesidad de recursos necesarios para la prestación de los servicios de salud.*

*Sobre el desarrollo de un sistema de Información automatizado de recursos humanos a nivel institucional, se determinó que pese a los esfuerzos e iniciativas que se han propuesto en los últimos años la Institución carece de una herramienta tecnológica que integre los procesos sustantivos de recursos humanos, ante esto, la administración activa debe procurar que las alternativas que se pretendan desarrollar en ese sentido no sean una solución aislada, sino que reúna todos los aspectos necesarios para integrar el quehacer de recursos humanos.*

*Otro de los temas más relevantes que ha sido de conocimiento de la Junta Directiva en los últimos años, está relacionado con la implementación de indicadores de desempeño laboral, no obstante, a pesar que la administración activa ha diseñado una estrategia, no se ha logrado avanzar en su implementación, por ende, la institución no dispone de una metodología que le permita medir la productividad de sus funcionarios, situación que tiene repercusiones en muchos aspectos, pero principalmente en el costo de los servicios de salud y su efecto en la sostenibilidad financiera de la Institución.*

*En cuanto a la organización de recursos humanos a nivel institucional, preocupa a esta Auditoría que desde agosto del 2013 la Junta Directiva aprobó la propuesta presentada por la Gerencia Administrativa y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), denominada “Modelo de Organización y Gestión en Recursos Humanos para la Caja Costarricense de Seguro Social”, e instruyó efectuar las acciones necesarias para implementar el citado modelo, sin embargo, no se evidencian acciones suficientes por parte de la administración activa para cumplir el mandato del citado órgano colegiado.*



*Sobre la actualización del marco normativo del quehacer de recursos humanos, la Institución dispone de más de 1700 documentos (manuales, reglamentos, circulares, entre otros) lo que dificulta los procesos sustantivos de las unidades de gestión, y la supervisión y fiscalización, ocasionado disparidad de criterios y poca estandarización en la ejecución de las actividades diarias.*

*Los procesos de reclutamiento y selección de personal en la CCSS, están regulados por diferentes normativas, lo que genera que muchos grupos ocupaciones tengan sus particularidades al momento de efectuar los nombramientos, en ese sentido, no se observan las instrucciones o procedimientos generales que indiquen como debe aplicarse la norma, situación que permitiría un ordenamiento del proceso y estandarización, de manera que cualquier persona que tenga interés de laborar para la Institución conozca las condiciones en las que será reclutado y seleccionado.*

*Sobre estos aspectos, esta Auditoría ha emitido a través de sus estudios, las recomendaciones respectivas, dentro de las cuales se propone diseñar una estrategia para el mejoramiento del Proceso de Planificación de Recursos Humanos, por otro lado, se requirió a la Gerencia Administrativa brindar seguimiento a los proyectos que involucran soluciones tecnológicas en materia de recursos humanos.*

*Además, se le solicitó a la Dirección de Administración y Gestión de Personal efectuar un plan de trabajo para la revisión, actualización, depuración de la normativa de recursos humanos, asimismo, se requirió a esa instancia definir procedimientos estandarizados para los procesos de reclutamiento y selección de personal.*

- **Proyecto Desarrollo de las Funciones estratégicas de Recursos Humanos en la CCSS**

*A solicitud de la Junta Directiva, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) presentó en julio de 2011, los resultados del "Informe sobre el Estado de Situación Financiera del Seguro de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social", documento en el que se identificaron las causas de la crisis financiera de la Institución, las distorsiones en la estructura de costos y en el crecimiento desordenado de algunos de sus componentes, principalmente el de recursos humanos.*

*A raíz del citado informe, la Junta Directiva acordó convocar a un equipo de cuatro personas, destacadas en el ámbito nacional, a fin de que efectuaran un análisis integral del informe de la OPS, de tal forma que pudieran recomendar acciones para la atención de la situación financiera del Seguro de Salud.*

*Este grupo de trabajo presentó en setiembre del 2011, el "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". El informe ofreció a la Junta Directiva un total de 81 recomendaciones en materia de ingresos, gastos y gestión institucional. De ellas, 48 (59%), están relacionadas con la gestión de recursos humanos, específicamente, dotación de personal, remuneración (pluses, aumentos, vacaciones, cesantía), planificación, puestos, productividad, horarios, reestructuración, entre otros.*

*En este contexto, la Gerencia Administrativa en coordinación con la Dirección de Administración y Gestión de Personal, y con el aporte de expertos de la OPS, en agosto del 2012 prepararon un diagnóstico sobre el desarrollo estratégico de los recursos humanos, (Informe de Misión Exploratoria sobre la Gestión de Recursos Humanos en la Caja de Seguro Social- Costa Rica).*



*Los resultados de dicho diagnóstico refieren la necesidad de abordar de forma integral la revisión y definición del modelo de gestión en recursos humanos, las políticas y desafíos en materia de empleo, la planificación, la remuneración, la información y gestión, así como el análisis organizacional y funcional entre otros aspectos.*

*Este diagnóstico fue conocido por la Junta Directiva de la CCSS en el artículo 8 de la sesión N° 8592 del 23 de agosto del 2012. El órgano colegiado acordó instruir a la Gerencia Administrativa y la Dirección de Administración y Gestión de Personal, que en coordinación, y con el apoyo de la representación de la OPS, prepararan un proyecto de trabajo para el desarrollo integral de las funciones estratégicas de recursos humanos, teniendo presente los objetivos y propósitos institucionales. El proyecto debía de incluir objetivos, productos, el plan de acción y su presupuesto.*

*En cumplimiento de lo anterior, la Junta Directiva recibe y aprueba en el artículo 38 de la sesión N° 8630 del 21 de marzo, 2013, el “Proyecto de Desarrollo Integral de las Funciones Estratégicas de Recursos Humanos de la CCSS”.*

*La Presidencia Ejecutiva mediante oficio P.E.25.921-15, de abril, 2015, presentó a la Junta Directiva para revisión y aprobación la "Propuesta Readecuada e Integrada del Proyecto de Desarrollo Integral de las Funciones Estratégicas de Recursos Humanos", la cual contenía el desarrollo de los siguientes componentes:*

- 1. Rol y posicionamiento del CENDEISSS y Gestión del conocimiento.*
- 2. Gobernanza y Competencias.*
- 3. Componente: Modelo de Gestión de las Personas.*

*La fecha de finalización para el Proyecto se estimó para el 31 de diciembre, 2017.*

*Es importante destacar, que cuatro años después de la aprobación del Proyecto, la Institución aún no dispone de un sistema de gobernanza, y tampoco ha logrado el fortalecimiento de las funciones médico y administrativas para desarrollar la gestión de recursos humanos, por otro lado, persiste la gestión de recursos humanos centralizada en la administración operativa, y el sistema de remuneraciones sigue orientado a la satisfacción del “cliente interno”, y por último pero no menos importante, no se ha desarrollado un sistema de información de recursos humanos. Es decir, los temas incluidos como medulares en el análisis efectuado por la Organización Panamericana de la Salud aún no han sido solucionados en su totalidad por la administración activa, tal y como fue señalado por esta Auditoría en el informe ASAAI-180-2016.*

- ***Servicios personales variables (tiempo extraordinario)***

*Se observa mediante una proyección del gasto a diciembre, 2017, que las partidas de servicios personales (variables) presentarían un aumento del 20% en el 2015-2017, lo que en términos absolutos representa ₡39.481 millones, como se muestra en el siguiente cuadro:*



**Cuadro 10**  
**Seguro de Salud**  
**Proyección del comportamiento del gasto**  
**por partidas de Servicios Personales (variables)**  
**a nivel institucional, al 31 de diciembre 2015, 2016 y proyectado al 2017**  
**Cifras en millones de colones**

Partida	Gasto 2015	Gasto 2016	Gasto 2017*	Variación 2015-2016		Variación 2016-2017	
				Absoluta	%	Absoluta	%
<b>Partidas Variables</b>							
2021 Tiempo Extraordinario	38,182.72	41,872.78	48,409.01	3,690.06	10%	6,536.23	16%
2023 Guardias Médicas	35,680.89	37,897.92	42,339.43	2,217.03	6%	4,441.51	12%
2024 Disponibilidades Médicos	18,821.23	20,172.41	21,634.36	1,351.18	7%	1,461.95	7%
2025 Días Feriados	5,188.54	5,426.03	5,562.04	237.49	5%	136.00	3%
2026 Guardias Méd. Residentes	11,455.31	11,841.80	12,664.59	386.49	3%	822.79	7%
2027 Extras Corrientes Médicos	4,971.13	5,418.84	6,537.27	447.71	9%	1,118.43	21%
2035 Compensación Vacaciones	278.35	240.47	249.87	-37.88	-14%	9.40	4%
<b>Subtotal</b>	<b>114,578.18</b>	<b>122,870.25</b>	<b>137,396.57</b>	<b>8,292.07</b>	<b>7%</b>	<b>14,526.32</b>	<b>12%</b>
<b>Otras Partidas Variables</b>							
2002 Sueldos de Pers. Sustituto	32,644.90	35,104.29	39,863.07	2,459.40	8%	4,758.78	14%
2015 Remuneración p. Vacacion	8,388.45	9,554.36	10,892.14	1,165.91	14%	1,337.78	14%
2022 Recargo Nocturno	29,381.37	29,544.42	33,048.91	163.06	1%	3,504.49	12%
2043 Prog de Cirugía Vespertina	2,170.97	3,048.15	5,444.21	877.18	40%	2,396.06	79%
<b>Subtotal</b>	<b>72,585.68</b>	<b>77,251.23</b>	<b>89,248.33</b>	<b>4,665.55</b>	<b>6%</b>	<b>11,997.11</b>	<b>16%</b>
<b>Total</b>	<b>187,163.86</b>	<b>200,121.48</b>	<b>226,644.90</b>	<b>12,957.62</b>	<b>7%</b>	<b>26,523.42</b>	<b>13%</b>

\* Gasto real al 30 de julio 2017, proyectado al 31 de diciembre 2017

Fuente: Sistema Integrado Institucional de Presupuesto (SIIP) y elaboración propia

La subpartida 2021 “Tiempo Extraordinario”, en el periodo 2015-2017, aumentaría en un 26%, lo que representa ₡10,226 millones, mostrando crecimientos del 10% (2015-2016) y proyectado del 16% (2016-2017).

La subpartida 2002 “Sueldo personal sustituto” presentaría un aumento (2015-2017) en un 22%, representando en términos absolutos ₡7,218 millones, lo que constituye un incremento del 8% en el 2015-2016 y 14% en el 2016-2017, sobre este rubro presupuestario esta Auditoría ha emitido una serie de observaciones sobre el monitoreo y el análisis de los factores que inciden en este comportamiento (incapacidades, permisos, vacaciones acumuladas).

La subpartida 2023 “Guardias Médicas” mostraría un crecimiento (2015-2017) de un 18%, lo que generaría un egreso de ₡6,658 millones, con un aumento del 6% en el 2015-2016 y un 12% proyectado para el periodo 2016-2017.

La subpartida 2024 “Disponibilidades Médicos” presentaría un crecimiento de un 14% (₡2,813 millones) en el período 2015-2017, incrementando 7% por cada período. Sobre este aspecto particular se ha indicado a la Administración la necesidad de establecer mecanismos de rendición de cuentas y evaluación de los resultados de los montos erogados por este concepto.

En el informe ASF-313-2014 “Análisis del comportamiento presupuestario de las partidas variables de servicios personales (tiempo extraordinario) a nivel institucional en el periodo 2010-2014, Seguro de Salud”, en el cual se realizó un análisis deflactado del gasto, se concluyó:



“La partida de tiempo extraordinario en sus distintas modalidades es un mecanismo utilizado por la Administración del Seguro de Salud para atender las necesidades de cobertura y continuidad de la prestación de los servicios de salud que brinda la Institución, sin embargo, en criterio de este Órgano de Fiscalización y de la misma Contraloría General de la República en sus distintos pronunciamientos se ha destacado que este concepto de tiempo extraordinario debe ajustarse al principio de excepción y eventualidad, de modo que se utilice exclusivamente en aquellos casos de trabajos eminentemente ocasionales y que no puedan ser ejecutados durante la jornada ordinaria por el personal que se dispone para ello.”

*Además, en el citado informe se señaló:*

“En el caso de tiempo extraordinario por guardias y disponibilidades médicas, se deben de analizar los problemas de fondo y principales riesgos que ocupa la institución, tales como; la planificación del recurso humano, la conveniencia de mecanismos modernos de pago, así como la identificación de modelos innovadores que coadyuven al logro de los objetivos del Seguro de Salud.”

*Este Órgano de Fiscalización y Control en relación al pago, control y fiscalización de las partidas de servicios personales (variables) ha sido reiterativo sobre la importancia del fortalecimiento del control interno en esta temática, entre las cuales se encuentran:*

- *Importancia del control y monitoreo de las ejecuciones presupuestarias de estas partidas variables.*
- *Revisión y control de los rubros de partidas variables, a través de los sistemas de información y controles operativos disponibles (revisión de nómina salarial por centro de salud y unidades administrativas, roles, marcas, producción) y la supervisión de jefes de servicio sobre el cumplimiento de la jornada contratada.*
- *Fundamentación y razonabilidad de los rubros incluidos en las partidas personales variables.*
- *La necesidad del establecimiento de indicadores de productividad que permitan determinar el rendimiento del funcionario durante la jornada extraordinario y lograr un mayor beneficio para el asegurado.*
- *Análisis de indicadores de comportamiento operativo y financiero de los rubros de servicios personales (variables) a nivel institucional, así como de los centros de salud.*
- *Fortalecer las medidas de control a través de instrumentos que permitan monitorear la productividad, el cumplimiento de los objetivos de efectuar tiempo extraordinario y promover buenas prácticas en el uso de las partidas variables que permita la optimización de los recursos.*
- *Revisión de los mecanismos de pago que actualmente utiliza la Caja, incluyéndose la regulación y alcances.*
- *Política salarial que permita reducir los pagos por estos conceptos, a efectos que, mediante un proceso articulado, se convierta en una “modalidad excepcional” tal y como lo establece el ordenamiento jurídico.*

*Es importante señalar que en el año 2015 la Institución gastó ₡187,163 millones, monto que aumentó para el 2016 en un 7%, es decir ₡12,957 millones, situación que continúa aumentando para el 2017, debido a que según la proyección del gasto realizada al 31 de diciembre, 2017, las partidas de Servicios Personales (variables) aumentarían hasta en un 13% respecto al 2016, un monto de más por ₡26,523 millones.*

*En anteriores productos de la Auditoría Interna, se ha abordado el tema del gasto de tiempo extraordinario, en los cuales se ha señalado que la Institución debe revisar los procesos de formación de especialistas, el análisis estructural del pago por este concepto y la normativa que la rige. Además, de considerar aspectos de productividad y eficiencia, así como la valoración de mecanismos innovadores que permitan un mejor control y administración de los recursos del Seguro de Salud.*



*Esta Auditoría ha concluido a través de sus evaluaciones, que el tiempo extraordinario en la Institución mantiene una tendencia de crecimiento constante, sin embargo, no se puede obviar que los servicios de salud que ofrece la Caja la obligan a mantener la atención en los establecimientos 24 horas, 7 días a la semana, 365 días a año, por ende, la administración activa asume la responsabilidad de establecer los mecanismos de control y lineamientos pertinentes para utilizar sus recursos de la forma más eficiente, eficaz y económica posible, en concordancia con los objetivos del Sistema de Control Interno.*

*En este sentido, le corresponde a la Gerencia Financiera, a través de la Dirección de Presupuesto, así como en coordinación con las distintas Gerencias, establecer las estrategias de control que sean necesarias para que las unidades ejecutoras puedan brindar una justificación adecuada y fundamentada de los gastos por estos conceptos, lo cual incluye el control, monitoreo y perfeccionamiento del sistema de control interno sobre esta temática, en procura de garantizar el uso eficiente y que se oriente a contribuir con la prestación de los servicios en forma oportuna y de calidad, en los casos donde exista una necesidad real, ya sea de la aprobación de la jornada extraordinaria en sus diferentes modalidad y/o la sustitución de un puesto.*

- **Partidas de Servicios**

*El grupo “Servicios” en el 2016, presentó un gasto de ¢140,451 millones (ejecución del 73.3% de los recursos asignados), representando un 7.29% de los egresos del Seguro de Salud. Para efectos del presente análisis se detallan los rubros de “Servicios de gestión y apoyo”, “Servicios Públicos”, “Mantenimiento” y “alquileres”, los cuales son obligaciones que la institución contrae, generalmente, mediante contratos administrativos con personas físicas o jurídicas, públicas o privadas, que comprende entre otros, los pagos por el arrendamiento de edificios, terrenos y equipos, servicios públicos, servicios de mantenimiento y reparación, comerciales y financieros, así como la contratación de diversos servicios de carácter profesional y técnico.*

*En cuanto a la partida “Servicios de Gestión y apoyo”, tuvo una ejecución del 85.7% de los recursos asignados, equivalentes a un gasto de ¢55,321.9 millones, dentro de las subpartidas más representativas se encuentran: “Servicios Médico y de laboratorio”<sup>20</sup> con ¢39,014.2 millones (90.1% de ejecución) y “Servicios generales” con ¢14,925.9 (95.4% de ejecución).*

*Los servicios públicos ejecutaron el 53.9% (¢21,313 millones), sin embargo, se observa el incremento en partidas como telecomunicaciones que podría obedecer a los proyectos relacionados con los sistemas de información y las plataformas necesarias para la conectividad en los diferentes centros de salud, como se detalla a continuación:*

---

<sup>20</sup> Comprende las erogaciones por concepto de servicios profesionales y técnicos para realizar trabajos en el campo de la salud, cuando la unidad ejecutora no cuente con recurso humano y tecnológico para prestar el servicio. Para la formulación de esta subpartida se debe demostrar la necesidad por medio de Estudios de Relación Costo Beneficio y Costo efectividad, entre otros. Asimismo, para el inicio de este tipo de contrataciones, las unidades de salud deben contar con el visto bueno de la Gerencia Médica. En los contratos suscritos por servicios continuos, se debe presupuestar el monto correspondiente en cada periodo presupuestario.

**Cuadro 11**  
**Seguro de Salud**  
**Gastos por servicios públicos**  
**Periodo 2015-2017**  
**Cifras en millones de colones**

Subpartida	Gasto 2015	Gasto 2016	Gasto 2017*	Variación 2015-2016		Variación 2016-2017	
				Absoluta	%	Absoluta	%
2122_Telecomunicaciones	3,949.68	5,572.07	7,443.90	1,622.39	41%	1,871.82	34%
2124_Servicios de correo	196.78	223.45	275.12	26.67	14%	51.67	23%
2126_Energía eléctrica	12,085.43	12,891.30	10,764.41	805.87	7%	-2,126.89	-16%
2128_Servicios de agua	3,114.91	2,485.93	2,480.34	-628.98	-20%	-5.59	0%
<b>Total general</b>	<b>19,346.80</b>	<b>21,172.75</b>	<b>1,746.98</b>	<b>1,825.95</b>	<b>9%</b>	<b>-19,425.77</b>	<b>-92%</b>

(\*) Corresponde a gasto acumulado al 31-07-2017.

Fuente: Elaboración propia. Sistema de Institucional Integrado de Presupuesto, julio, 2017.

El 28 de setiembre, 2017, mediante el oficio 53886, esta Auditoría remitió el análisis del comportamiento de los Servicios Públicos (Telecomunicaciones, Energía Eléctrica y Servicio de Agua) a nivel institucional, en lo que interesa, se indicó:

- La Administración Activa de las distintas unidades ejecutoras de la Institución, deben ser proactivas en el control y conciliación de los gastos, para lo cual es necesario que acaten los distintos lineamientos en el uso de energéticos, se identifiquen las causas de los comportamientos crecientes (aumento de tarifas o consumos), con el propósito de que los recursos se orienten a contribuir con la mejora en la prestación de los servicios, considerando aspectos como la eficiencia, eficacia y la economía de las operaciones.
- Asimismo, se requiere que la Institución considere dentro de los nuevos proyectos de construcción y remodelación de infraestructura, la utilización de tecnologías eficientes, se controle el posible impacto ambiental y que sean concordantes con criterios de sostenibilidad económica.

El mantenimiento y reparación tienen un gasto inferior al 65% de lo presupuestado, aspecto que llama a la reflexión de la Administración del Seguro de Salud, considerando las múltiples necesidades que tienen los centros de salud en esta temática, por lo que se deben analizar las causas y establecer los planes de mejora correspondientes para fortalecer este importante proceso.

El detalle de la ejecución de las partidas de mantenimiento se muestra a continuación:

**Cuadro 12**  
**Seguro de Salud**  
**Gasto partidas de mantenimiento**  
**Partidas 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157 y 2159**  
**Periodo 2012-2017**  
**Cifras en millones de colones**

Año	Gasto	% Ejecución Gasto	Saldo
2012	14,299.14	86.99%	2,138.60
2013	18,704.25	82.23%	4,040.91
2014	21,110.90	87.72%	2,954.33
2015	23,466.61	73.55%	8,438.80
2016	24,879.56	64.81%	13,510.97
2017	(*) 11,032.61	22.99%	36,956.69
<b>TOTAL</b>	<b>113 493,06</b>	<b>62.52%</b>	<b>31,083.60</b>

Fuente: Elaboración propia. Sistema de Institucional Integrado de Presupuesto, julio, 2017.

(\*) Corresponde a gasto acumulado al 31-07-2017.



*Para el periodo 2012-2016, el gasto efectuado en las partidas de mantenimiento refleja una tendencia al alza (números absolutos), considerando que para los periodos terminados entre diciembre 2012-2016, presentan incrementos promedios anuales en el gasto de ¢2.645 millones con respecto a las erogaciones que se han presentado en el ejercicio presupuestario anterior.*

*El 29 de agosto, 2017, en el oficio 53644, dirigido a las autoridades institucionales, sobre el análisis del comportamiento de la ejecución de las partidas de mantenimiento a nivel institucional, se señaló:*

“...el gasto efectuado en las partidas de mantenimiento refleja una tendencia al alza (números absolutos), considerando que para los periodos terminados entre diciembre 2012 y diciembre 2016, presenta incrementos promedios anuales en el gasto de ¢2.645,1 millones con respecto a las erogaciones que se han presentado en el ejercicio presupuestario anterior.

...las partidas de mantenimiento analizadas presentan incrementos porcentuales que oscilan entre el 5.00% y un 38.37%, entre los ejercicios presupuestarios, al respecto se observa que en el 2012 la asignación para dicho grupo de partidas fue de ¢16.437,7 millones y la suma asignada en el presupuesto del presente año es de ¢47.989,3 millones, según se consignó, esto podría considerarse positivo puesto que la Institución está invirtiendo más recursos en el mantenimiento de equipos e infraestructura.

...otro aspecto que llama la atención, es el hecho de que los porcentajes de ejecución del gasto con respecto a la asignación total (en el periodo analizado) presenta una tendencia (constante) hacia la baja, dado que en el 2012 el porcentaje de ejecución de dicho grupo de partidas, alcanzó un 86.99% y a diciembre 2016 fue de 64.81%, lo cual es preocupante dado que se planifican recursos para el mejoramiento de los activos (propiedad, planta y equipo) institucionales, sin embargo, posteriormente no se ejecutan para el fin que fueron presupuestados.

Adicionalmente, se analizó el comportamiento presupuestario de cada una de las partidas de Mantenimiento a nivel Institucional al 31 de julio 2017, determinándose que a nivel global posee una asignación de ¢47.989,3 millones, de los cuales se aprecia que acumula un gasto de ¢11.032,6 (22.99%), además, dispone en reserva de crédito un monto de ¢10.345,4 millones (21.56%) y un saldo disponible de ¢26.611,2 millones (55.45%)...”

*En cuanto al rubro de la subpartida 2102 “Alquiler de edificios, locales y terreno”, en el 2016, el Seguro de Salud gastó ¢8,409 millones, presentando un ritmo de crecimiento importante, llamando la atención de que podría orientarse a lo experimentado en periodos 2013 y 2014 donde los egresos fueron superiores a los ¢9,000 millones. Además, en el 2017 se asignaron ¢10,927 millones, un aumento de 2% con respecto al 2016 y a junio 2017, se ha ejecutado un 32% del total de la asignación para un total de ¢3,450 millones.*

*Al respecto, esta Auditoría emitió el oficio 53151 del 29 de junio, 2017, donde se realiza un análisis general del comportamiento del gasto de alquileres, en el periodo comprendido en el 2011 – 2017, se indicó:*

“el tema sobre el aumento en la partida de alquileres es permanente, así evidenciado al determinarse que las solicitudes de arriendo son constantes y específica para ciertas unidades programáticas, situación que se mantendría en el tanto que la institución no sea autosuficiente en la infraestructura requerida para el otorgamiento de los servicios médicos y administrativos.





Por lo anterior, es importante que los niveles Gerenciales, Direcciones y Unidades en general, valoren la anterior situación, debido a que este comportamiento es reiterativo a lo largo del periodo valorado, con el objetivo de proponer una solución alternativa que contenga o disminuya esa tendencia. Lo anterior, en atención del uso eficiente de los fondos públicos, cumplimiento de las disposiciones institucionales sobre restricción y contención del gasto, de manera que se realicen estudios técnicos que garanticen las mejores condiciones para la prestación de los servicios tanto administrativos como médicos, en el marco de una estricta y adecuada administración de los recursos institucionales.”

*En este sentido, es necesario que la Gerencia Financiera en conjunto con la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, establezca los principales lineamientos para que las unidades solicitantes de arrendamientos de edificios cumplan con la presentación de las necesidades reales, se realice un análisis exhaustivo de los costos y se valoren alternativas como la construcción para resolver las necesidades en materia de infraestructura, alineado con criterios de costo – beneficio, integralidad y sostenibilidad.*

• **Bienes Duraderos (Infraestructura, maquinaria y equipo)**

*Bienes Duraderos presentó una ejecución del 65.4%, lo cual representó el 3.8% (¢72,869 millones) de los egresos del Seguro de Salud, sin embargo, a este grupo de partidas esta Auditoría en distintos oficios e informes ha señalado la relevancia de establecer acciones para mejorar la capacidad de ejecución de los recursos asignados, principalmente en la eficiencia de la ejecución de los proyectos de infraestructura y equipamiento.*

*Destacan en las subpartidas “Equipo sanitario, de laboratorio e investigación” con ¢26,932. 5 millones (75.5% de ejecución anual) y “Edificios” con ¢20,191.2 millones (76.1% de ejecución), sobre estos gastos de inversión esta Auditoría ha emitido las siguientes observaciones:*

- **Maquinaria y equipo**

*De acuerdo con la información extraída del Sistema Institucional Integrado de Presupuesto, en las Partidas Presupuestarias de Maquinaria y Equipo a nivel institucional (Seguro de Salud), la asignación y gasto por estos conceptos de diciembre 2012 a diciembre 2016 y agosto 2017, registra los siguientes montos:*

**Cuadro 13**  
**Seguro de Salud**  
**Gasto partidas de maquinaria y equipo**  
**Partidas 2305, 2310, 2315, 2320, 2330, 2340, 2350, 2360, 2380, 2390 y 2392**  
**Periodo 2012-2017**  
**Cifras en millones de colones**

<b>Año</b>	<b>Asignación Total</b>	<b>Gasto*</b>	<b>% Ejecución Gasto</b>
2012	26,626.77	12,633.85	47,45%
2013	27,922.40	17,209.00	61,63%
2014	34,660.51	19,590.72	56,52%
2015	45,528.62	26,977.80	59,25%
2016	58,793.17	44,799.59	76,20%
2017	73,362.40	18,486.90	25,20%
<b>TOTAL</b>	<b>266,893.87</b>	<b>139,697.85</b>	<b>52,34%</b>

(\*) Corresponde a gasto acumulado al 31-08-2017.





*Fuente: Elaboración propia. Sistema de Institucional Integrado de Presupuesto, agosto, 2017.*

*El 14 de setiembre 2017, en el oficio 53793, esta Auditoría dirigida a las autoridades institucionales, sobre el comportamiento de la ejecución de las subpartidas de maquinaria y equipo del Seguro de Salud, indicó:*

“Al 05 de setiembre 2017, la Caja Costarricense de Seguro Social dispone de 575.668 activos registrados según “Sistema Contable de Bienes Muebles”, los cuales poseen un valor inicial de ¢335.710,0 millones. Al respecto, se observa que el 47% de los activos (270.254) con un valor de ¢251.338,1 millones se concentran en 5 subcuentas contables según la naturaleza de cada bien mueble, asimismo, se destaca del cuadro siguiente, que un 9% de los activos (48.949) corresponden a la subcuenta de Equipo Médico Quirúrgico, considerando que poseen un valor inicial de ¢139.679,0 millones, es decir un 42% del total de activos registrados por la institución.

Lo anterior, principalmente por cuanto el equipo médico quirúrgico comprende la compra de bienes muebles requeridos para las labores sustantivas en hospitales y centros de salud, laboratorios, centros de investigación y de protección ambiental, así como el mobiliario necesario para la instalación de ese equipo. Se incluye aquel equipo y mobiliario médico quirúrgico, como equipos para cirugías, equipos para exámenes y diagnósticos de enfermedades y para el tratamiento de las mismas. Además, contempla el equipo que se utiliza en los laboratorios sanitario, industrial, agroindustrial, de investigación y otros.

...esta Auditoría ha emitido sendos informes y oficios (productos) en los cuales se ha evidenciado una serie de generalidades en el manejo de los activos en los centros de salud y la importancia de la vigilancia constante del patrimonio institucional, de los cuales se destacan los siguientes aspectos:

- En los inventarios anuales de activos 2015, 2016 y 2017 se evidenció que pese a invertirse alrededor de tres meses en la toma física, se detectan activos declarados como faltantes.
- Existen equipos obsoletos sin que haya un adecuado proceso de renovación o sustitución.
- Se realizan diagnósticos para la adquisición y/o sustitución de equipos claves para la prestación de los servicios, sin embargo, se subejecutan los recursos presupuestarios o se reintegran al nivel central.
- Se ha evidenciado equipos que funcionan, pero no tienen el debido uso, en algunos casos por la carencia de personal para cumplir esa función, situación que podría exponer los bienes en riesgo de rezago tecnológico.
- Existen activos que no disponen de oportunos mantenimientos (preventivo y correctivo).
- Se ha evidenciado Bienes Muebles en estado de abandono, custodiados en bodegas.
- Se ha detectado activos que se mantienen en bodega, carentes de efectuar la gestión que corresponda (oportuna), exponiendo tales recursos a que se acumulen y/o que se presenten rotaciones inadecuadas, además de que pueda originarse abusos, sustracciones y pérdida de los mismos...”

*Adicionalmente, sobre la ejecución presupuestaria, en lo que interesa se mencionó:*

➤ *Las asignaciones en las partidas de bienes duraderos analizadas presentan incrementos porcentuales que oscilan entre el 25% y un 31%, entre los ejercicios presupuestarios, observándose que en el 2014, la asignación para dicho grupo de partidas fue de ¢34.660,5 millones y la suma asignada en el presupuesto del presente año es de ¢73.362,4 millones, según se consignó, situación que podría considerarse positiva puesto que la Institución ha destinado año a año más recursos para la dotación y/o renovación de este tipo de activos.*



- *Los montos y porcentajes de ejecución y/o gasto con respecto a las sumas que han sido asignadas para este grupo de subpartidas, evidenciándose que para el periodo 2014-2016, el gasto efectuado en las partidas de bienes duraderos muestra una tendencia al alza, considerando que en diciembre 2014, lo ejecutado fue de ₡19.590,72 millones y en diciembre 2016 el gasto en ese grupo de subpartidas fue ₡44.799,59 millones, es decir, presentó incrementos promedios anuales en el gasto de ₡12.604,4 millones (52%), con respecto a las erogaciones efectuadas en el ejercicio presupuestario anterior.*
- *Para el presente ejercicio presupuestario (2017), a nivel nacional, se dispone de ₡73.362,4 millones autorizados en dichas subpartidas y según consulta en el Sistema de Institucional Integrado de Presupuesto, al 31-08-2017, únicamente han sido utilizados ₡18.486,9 millones, es decir, que se ha ejecutado un 25% de las cifras aprobadas por el nivel central para ser invertidas en las necesidades que plantearon los diferentes centros médicos y Unidades administrativas.*
- *El propósito de que las Gerencias y los centros de trabajo de la Institución analicen periódicamente el comportamiento de las partidas de bienes duraderos, principalmente para continuar con los esfuerzos en la recuperación y reemplazo del rezago existente de bienes (maquinaria y equipo), con el fin de que las unidades sean dotadas de las herramientas necesarias para brindar los diferentes servicios que ofrece la institución, considerando la relevancia y el impacto que presenta de frente a la prestación de los servicios a los usuarios institucionales.*
- *Es responsabilidad de la Administración Activa establecer los mecanismos pertinentes para monitorear la ejecución y control de los recursos asignados a cada centro, siendo necesario revisar periódicamente el avance en los planes de compra de equipo y maquinaria, así como el análisis de la capacidad instalada para la ejecución de los recursos, lo cual contribuirá en identificar las causas de las subejecuciones y se adopten oportunamente las medidas administrativas que correspondan.*
- *Es importante mencionar que este Órgano Fiscalizador, ha señalado ante la administración activa mediante los informes ASF-411-2015 y ASF-218-2016, entre otros la importancia de que se valore implementar una serie de medidas y/o mejores prácticas administrativas, que le permitan a la administración analizar distintas estrategias, instrumentos financieros u otras opciones de contratación pública, que brinden mayor eficiencia en el desarrollo de la infraestructura y equipamiento de la institución.*

*El informe ASF-218-2016, reveló que en el rubro de los “Bienes Duraderos” se presentó una ejecución presupuestaria de un 61.1% en el 2014, un 65.7% en el 2015 y de un 19.7% al 30 de setiembre 2016, los cuales de acuerdo a lo observado por esta Auditoría en diferentes informes y oficios realizados, esta situación se debe fundamentalmente a debilidades en la capacidad de gestión en la ejecución de los proyectos previstos para cubrir las necesidades primordiales de los diferentes centros médicos, en cuanto a infraestructura y equipamiento, aunque se debe señalar, que las autoridades superiores de la Caja están conscientes de la necesidad de fortalecer la capacidad institucional en el desarrollo de los proyectos de infraestructura y compra de equipo, ya se han buscado mecanismos viables de contratación administrativa y formas más eficientes y eficaces de ejecutar los proyectos, con el fin de disminuir la brecha de gestión de los proyectos de infraestructura, tal y como fue mencionado en el caso del Fideicomiso.*

#### **- Infraestructura**

*La Caja tiene definida como misión proporcionar los servicios de salud en forma integral al individuo, la familia y la comunidad, y otorgar la protección económica, social y de pensiones, conforme la legislación vigente. Para el cumplimiento de lo anterior, requiere de la adecuada infraestructura y de una modernización paulatina de esta, acorde con los avances tecnológicos a nivel mundial y la normativa de salud aplicable, así como con criterios financieros para su sostenibilidad en el tiempo.*



*En este sentido, la Institución ha realizado esfuerzos para la dotación de más y mejores infraestructuras en aras de satisfacer las necesidades de la población y en dotar de mejores equipos para el diagnóstico, prevención y tratamiento de los distintos padecimientos y enfermedades de la población. Para lo anterior, ha requerido la inversión de importantes recursos económicos en la dotación y recuperación de edificaciones acordes con las últimas tendencias en salud a nivel mundial.*

*La Institución en el periodo 2014-2016 ha finalizado la construcción de 27 proyectos con un costo de €64.121 millones y un área de construcción de 69.071 m<sup>2</sup> entre los cuales se pueden destacar: Remodelación Servicio de Urgencias y Rehabilitación planta de tratamiento de aguas residuales Hospital Ciudad Neily; Construcción y equipamiento de la Sede de Área de Salud de Parrita; Renovación y Modernización de las Salas de Operaciones del Hospital Nacional de Niños; Equipamiento e Infraestructura para el Servicio de Mamografía en la Red de la CCSS. Clínica Dr. Ricardo Jiménez; Reconstrucción Sede de Área de Salud de Nandayure, Guanacaste; Reconstrucción Sede EBAIS Cartagena, Guanacaste; Construcción y equipamiento Sede Área de Salud Mora-Palmichal; Rehabilitación para la Puesta en Marcha del Hospital Monseñor Sanabria de Puntarenas; Servicio de Nutrición y Ropería Hospital Dr. Rafael Angel Calderón Guardia, Edificio de Hospitalización Hospital La Anexión de Nicoya; Salas de Cirugía Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega, San Ramón, entre otros.*

*Para el 2017 se estarían finalizando 8 proyectos de gran importancia con un costo de €23.367 millones y un área de 18.791 metros cuadrados, entre los que destacan están: Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos; Reforzamiento Estructural Hospital la Anexión de Nicoya; Adquisición de Sistema de Angiografía y readecuación del Servicio de Hemodinamia Hospital Dr. Rafael Angel Calderón Guardia, Servicio de Urgencias Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla, Pérez Zeledón.*

*En total en el periodo 2014-2017 se han invertido €87.488 millones en la construcción y restructuración de 87.417 metros cuadrados. Además, de conformidad con el Portafolio Institucional de Proyectos de Inversión en Infraestructura y Tecnologías 2017-2021, se proyecta una inversión de €841.683 millones en el quinquenio, cuyos recursos se distribuyen en dos grupos de proyectos: Gestión interna por un monto de €504.488 millones y gestión de fideicomiso por €337.194 millones.*

*Para los proyectos de Gestión Interna se destinarán €325.362 millones en Infraestructura Hospitalaria; €41.672 millones en la construcción de Sedes de Área €23.851 millones, en Sedes de EBAIS; €18.345 millones en proyectos Administrativos y Logísticos; €56.922 millones se invertirán en Equipo Médico y €38.336 millones en proyectos de Ingeniería ambiental, seguridad y equipamiento industrial.*

*En los proyectos de Gestión del Fideicomiso se invertirán €271.792 millones en Sedes de Área; €11.850 millones en la construcción de Sucursales; €13.552 millones en el Centro de Almacenamiento y Distribución y €40.000 millones en la construcción del proyecto de Torre de Cuidados Críticos para el Hospital Nacional de Niños (Torre Esperanza).*

*Esta programación responde al cumplimiento del Artículo 1° de la sesión de Junta Directiva N° 8150, en el Apartado III del documento: “Una CCSS renovada hacia el año 2025”, en el cual se instruye la “priorización” de los proyectos de inversión determinados por las direcciones técnicas competentes y conforme el Plan Institucional de Inversiones.*

*En cuanto a los montos a destinar a inversiones se tiene lo resuelto por la Junta Directiva, en el artículo 5° de la sesión N° 8572, celebrada el 12 de abril de 2012, que indica:*





"Por tanto, (...) respecto de la recomendación número 60 del "Informe del equipo de especialistas nacionales nombrado para el análisis de la situación del Seguro de Salud", la Junta Directiva ACUERDA aprobar el porcentaje de inversión física y tecnológica en al menos un 2% de los ingresos por contribuciones del SEM (Seguro de Salud), mientras se estabiliza la situación financiera de la Caja y una vez que se mejore la situación financiera se logre destinar al menos un 6% del SEM dentro de las posibilidades reales de la Institución, razón por lo cual este índice será monitoreado periódicamente por esta Junta Directiva."

*La institución de conformidad con el Área de Gestión de Aseguramiento de Bienes, dispone de 1.106.938 m<sup>2</sup> de construcción como patrimonio inmobiliario, con un valor estimado de \$1,342 millones, de los cuales el 62% corresponde a Hospitales, el 21% a Clínicas, el 6% a Sedes de EBAIS, 5% Edificios Administrativos, 3% Áreas de producción, 2% Sucursales, 1% a otras edificaciones; además, por año se destina para el alquiler de edificio un monto aproximado de \$17.7 millones (diecisiete millones setecientos mil dólares). En cuanto a edificios destinados a brindar servicios de salud se tiene un aproximado de 752,836 m<sup>2</sup>, por lo que se observa el alto impacto que tiene la infraestructura como un medio para mejorar la prestación de los servicios de salud, de ahí la importancia de mantener estas edificaciones en buen estado.*

*La Auditoría a través de los diferentes estudios realizados ha señalado la necesidad que la Gerencia Financiera, la Médica y la de Infraestructura y Tecnologías refuercen varios aspectos de la gestión de proyectos así como, en la planificación para la dotación de infraestructura de salud a las diferentes comunidades del país, lo anterior debido a la magnitud de los recursos empleados y por invertir, por lo que es clave que las decisiones adoptadas se acompañen de una visión integral de las necesidades de la institución, considerando también la disponibilidad de recursos financieros y el impacto en el corto, mediano y largo plazo. Además, que una adecuada planificación y priorización de proyectos beneficia primeramente a los asegurados y mejora la prestación de los servicios de salud, al disponer de nuevas tecnologías en materia de salud en menor tiempo, que sean consistentes con principios de eficiencia, eficacia y economía.*

*La Auditoría Interna ha evidenciado aspectos de riesgo que pueden comprometer el desarrollo de los proyectos en cada una de sus etapas, como se detalla a continuación:*

- **Planificación inadecuada en el desarrollo de proyectos de infraestructura:** se ha evidenciado la Ausencia de un plan de proyecto o información insuficiente de éste, ausencia de cronograma y la no consideración de las lecciones aprendidas en obras anteriores, carencia de estudios de caracterización de oferta y demanda y proyecciones de necesidades y servicios inadecuadas, ausencia de criterios técnicos estandarizados y extensos plazos en la planificación de los proyectos y elaboración de estudios de necesidades.
- **Diseño inadecuado de especificaciones técnicas y planos:** este aspecto limita cumplir con lo establecido en la fase de planificación, debido entre otros aspectos a: carencia de un programa funcional; falta de revisión y coordinación entre las unidades responsables de elaborar el programa funcional y el diseño; ausencia de criterios técnicos estandarizados, supervisión deficiente por el responsable del área de diseño; ausencia de estudios técnicos (estudio de suelos, hidrología, geotécnico, ambiental, topografía, visita de campo, visado municipal, uso de suelo, disponibilidad de servicios básicos, alineamientos, entre otros), además, incongruencia en el diseño con respecto a los resultados de estudios básicos y técnicos; incumplimiento de normativa nacional e internacional en infraestructura hospitalaria; ausencia de revisión, aprobación y validación del anteproyecto por las unidades competentes.





- **Construcción inadecuada e inoportuna de los proyectos, en desapego a las especificaciones y planos:** Esto limita satisfacer las necesidades institucionales en materia de infraestructura, lo anterior debido entre otros aspectos a: falta de pericia del personal de trabajo; falta de revisión de planos y especificaciones técnicas por el Área de Construcción en coordinación con el Área de Diseño; supervisión inadecuada por el equipo de proyecto; mecanismos de control insuficientes; incumplimiento de normativa nacional e internacional para la ejecución de proyectos; debilidades en la inspección de las áreas civil, arquitectónica, mecánica, eléctrica, ambiental y seguridad ocupacional.
- **Recepción inadecuada e inoportuna de las edificaciones:** en varios proyectos se ha evidenciado un en desapego al pliego cartelario en el momento de recibir las obras, lo cual afecta la puesta en marcha de la infraestructura para la prestación de los servicios, lo anterior debido a: retrasos en la entrega definitiva de las obras por el contratista; recepción de obra con deficiencias constructivas y/o componentes incompletos, carencia de servicios básicos (agua, electricidad, etc.) para el funcionamiento del inmueble; deficiencia en la inspección para la recepción definitiva de las obras; falta de recursos (humano, financiero, equipo médico, entre otros.).

En el informe ASAAI-199-2012 “Informe sobre la Ejecución de Proyectos de Infraestructura en la Caja Costarricense de Seguro Social”, sobre la planificación de proyectos de infraestructura, se ha señalado que el 72,29% del plazo de ejecución de un proyecto lo constituye la fase de elaboración del perfil y diseño, el proceso de contratación representa aproximadamente el 15,17% y la ejecución el 11,03%. En promedio un proyecto de construcción en la Institución se desarrolla en 14 años, de los cuales 10 están asociados a los procesos previos a la contratación, aspectos que generaron un incremento en los costos del proyecto, y gastos indirectos como contratación de servicios a proveedores para satisfacer la demanda de los asegurados.

Adicionalmente, los extensos plazos de ejecución de proyectos entre la elaboración del programa funcional, estudios de necesidades y la construcción del edificio (14 años en promedio), y la desactualización de la información de estos documentos, ocasionaron una subutilización de la infraestructura al reducirse las proyecciones y demanda poblacional hasta en un 40%. Estas situaciones afectan la imagen de la Institución y la oportunidad en la atención de los servicios de salud, asimismo, encarece los costos de las obras.

En el informe ASAAI-16-2017 “Evaluación sobre la gestión de proyectos de obra pública en infraestructura hospitalaria de la Caja Costarricense de Seguro Social”, se evidenció la necesidad que la Administración desarrolle una metodología institucional para la priorización de proyectos en la elaboración del Portafolio Institucional de Inversión en Infraestructuras y Tecnologías, además revela la necesidad de fortalecer los procesos de identificación, definición, priorización planificación y desarrollo de proyectos para la dotación de recursos físicos y tecnológicos y la ausencia de una unidad que administre y oriente la gestión de proyectos.

En cuanto a la fase de planificación se encontraron inconsistencias y debilidades atribuidas principalmente a la fragmentación del proceso, ya que los estudios de prefactibilidad están a cargo de instancias independientes con priorizaciones de sus actividades y metodologías de cálculo distintas del recurso a dotar que ocasionan largos periodos de discusión intergerencial en la definición de la proyección del recurso físico. En algunos proyectos se identificó que no se realizan todos los estudios necesarios de prefactibilidad o bien los realiza una sola de las unidades a cargo, esta situación tiene particular sensibilidad en la definición de los alcances para el diseño y ejecución, con eventuales riesgos de inadecuado dimensionamiento o insuficiencia de la base instalada para el cumplimiento de los objetivos institucionales.



*Por otra parte, el estudio revela que la metodología establecida para incluir proyectos al Portafolio Institucional, no es efectiva, o se ha dejado de lado y se ha incurrido en la práctica de conformar la cartera de proyectos por situaciones de urgencia y no motivados por una identificación oportuna y priorizada de las inversiones. Además, se evidencia la necesidad de fortalecer los procesos de identificación, definición, priorización, planificación y desarrollo de proyectos para la dotación de recursos físicos y tecnológicos.*

*En la fase de ejecución de proyectos, existen debilidades en el proceso de construcción de varias edificaciones, en algunos casos se omitió el registro de la información contenida en las solicitudes de cambio de obra, al evidenciarse la ausencia de costos y análisis de cotizaciones del contratista, así como firmas de aval del jefe de proyecto, o aprobación de las instancias técnicas responsables de la planificación del proyecto, por tanto no existe la documentación suficiente, competente y técnica que justifique la solicitud del cambio, generando un impacto económico a la institución.*

*En cuanto a la recepción de las obras se evidenció la existencia de un vacío normativo debido a que no se ha normado el proceso de recepción definitiva y entrega a la Unidad Usuaría del nuevo edificio en el caso de que esta última no reciba el inmueble por deficiencias constructivas, debido a que se carece de un lineamiento que permita definir los procedimientos a efectuar y los actores involucrados.*

*En cuanto a la estimación presupuestaria, el informe ASAAI-41-2014, evidenció que en varios proyectos la estimación de la cuantía del negocio no coincide con los presupuestos detallados de los proyectos ni con las ofertas adjudicadas, observándose diferencias desde un 15.4% hasta un 47.8%, entre la estimación de la cuantía y el presupuesto del proyecto y una diferencia con las ofertas presentadas de hasta un 62.6 % mayor. Lo anterior debido al uso de metodologías de estimación de costos imprecisas para infraestructura hospitalaria como la del Ministerio de Hacienda y la no ejecución de un adecuado presupuesto detallado del proyecto que permita cuantificar con mayor detalle el costo final de las obras.*

*En cuanto a la planificación y puesta en marcha de las edificaciones, esta Auditoría determinó en el informe ASAAI-135-2014 “Informe sobre el proyecto de construcción del Centro de Atención Integral en Salud de Siquirres”, debilidades en la coordinación y estimación de requerimiento de recurso humano para la puesta en marcha de las edificaciones, evidenciando que en el Centro de Atención Integral de Salud de Siquirres al momento del inicio de las funciones no dispondría del 28% de los funcionarios requeridos, lo anterior debido a la descoordinación entre Gerencias y a la ausencia de un equipo intergerencial que administre y oriente la gestión de la totalidad del proyecto*

*En la ejecución de proyectos, el mismo informe señala debilidades en el cumplimiento de la normativa de accesibilidad al espacio físico para personas con limitaciones físicas o desplazamiento asistido, lo anterior debido a deficiencias en la supervisión en la fase de diseño, revisión y ejecución, generando que no se ajustaran los planos constructivos a los requerimientos de la “Ley 7600” y la “Guía de accesibilidad para todos de la Caja Costarricense de Seguro Social” en aspectos como; el ancho de puertas, altura, tipo y características de agarraderas y llavines, accesorios de rampas, señalización, servicios sanitarios. Así mismo, se deben a la falta de actualización de la Guía institucional citada.*

*Los resultados de las evaluaciones de la Auditoría además, responden a la necesidad Institucional de que las acciones que se giren por parte de la Administración a partir de las recomendaciones planteadas, sean dirigidos a satisfacer las necesidades de los usuarios y el mejoramiento en la prestación de los servicios de salud, asimismo, garantizar la seguridad de los usuarios y funcionarios de los distintos edificios institucionales, asimismo, se orienten esfuerzos para exigir el cumplimiento de los términos contractuales a todos los proveedores institucionales, previo a la etapa de recepción definitiva y entrega de cada uno de los proyectos y que se realice una valoración de los riesgos asociados a los hechos evidenciados, a efectos de adoptar acciones que permitan la protección, eficiencia y eficacia en la administración de los recursos institucionales.*



*Es necesario fortalecer los procesos de identificación, definición, priorización, planificación y desarrollo de proyectos para la dotación de recursos físicos y tecnológicos a la Institución, por lo que es necesario valorar la integración de un equipo de trabajo intergerencial en el desarrollo de proyectos desde su planificación hasta la puesta en marcha de las obras, donde se establezca la participación de cada una en las distintas etapas de los proyectos y se definan las responsabilidades de los actores en el proceso que se ejecute, con el propósito de que estas trabajen en un acompañamiento continuo y paralelo y no como unidades independientes con dilución de responsabilidades y con cronogramas de trabajo disímiles donde no se logra la integración de los proyectos.*

*Además, es importante que las acciones efectuadas por la Gerencia Financiera, la Gerencia Médica y la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, dispongan una visión integral de las necesidades en infraestructura como un medio para el fortalecimiento de la prestación de los servicios, en este sentido se debe valorar la introducción de elementos de sostenibilidad a cada obra que se planifique, principalmente por los montos destinados para inversión en obra pública que se tiene previsto en los próximos años (Portafolio Institucional de Proyectos de Inversión en Infraestructura y Tecnologías 2017-2021 y el Fideicomiso), visualizando los costos en sus distintas etapas (antes, durante y después) y el uso eficiente, equilibrado y optimizado de los recursos financieros en el corto, mediano y largo plazo.*

- **Transferencias corrientes**

*Los recursos asignados a estas partidas se destinan a satisfacer necesidades públicas de diversa índole, sin que exista una contraprestación de bienes, servicios o derechos a favor de quien transfiere los recursos los cuales se destinan a personas, entes y órganos del sector público, privado y externo para financiar fundamentalmente subsidios, subvenciones, cuotas organismos internacionales, prestaciones, pensiones, becas, indemnizaciones entre otros. Estas erogaciones se rigen por las disposiciones jurídicas que las autoricen.*

*Las transferencias corrientes incorporaron ₡127,582 millones, con una ejecución del 89.6% de los recursos asignados, la partida prestaciones representa el 98.6% del gasto, de los cuales ₡91,836.7 millones corresponden a la subpartida “otras prestaciones a terceras personas (Pago de subsidios por enfermedad y maternidad)” y ₡33,987.5 millones al rubro de “Prestaciones legales”.*

*En el período 2014-2015 en el comportamiento de los Subsidios y ayudas económicas, se observa un crecimiento del 15% (₡11 mil millones), presentando egresos en el 2015 por ₡88,251 millones, de los cuales 68% corresponde a incapacidades de enfermedad (40 mil millones en población general y 20 mil millones en empleados).*

*De acuerdo con el comportamiento del gasto por subsidios de enfermedad de la población general y de trabajadores de la CCSS, se observa que del período 2015 al 2016 se presentó un incremento del gasto por ₡ 1,713 millones, considerando las dos partidas señaladas anteriormente, según lo siguiente:*



**Cuadro 14**  
**Seguro de Salud**  
**Comportamiento del gasto a nivel Institucional**  
**Por subsidios de población general y empleados CCSS**  
**Período 2015-2016**  
**Cifras en millones de colones**

Partida	2015		2016		Incremento del Gasto 2015-2016	
	Asignación	Ejecución	Asignación	Ejecución	Absoluta	Relativa
2610 Subsidio por incapacidad	41,343	39,474	43,852	40,297	822	2%
2612 Subsidio enfermedad empleados CCSS	20,475	19,769	23,389	20,660	891	5%

Gasto real: Considera el gasto al 31 diciembre, 2015 y 31 diciembre, 2016

Fuente: Sistema Integrado Institucional de Presupuesto y elaboración propia.

El incremento del gasto del período 2015 al 2016 en la partida presupuestaria 2610 “Subsidios por incapacidad” fue de un 2% (¢822 millones) y en la partida 2612 “Subsidio enfermedad empleados de la CCSS” el incremento es de un 5% (¢89 millones). El mayor incremento absoluto presentando en la partida 2612 de Subsidio empleados CCSS, corresponde a los hospitales Tony Facio, Dr. Máx Peralta Jiménez, y San Vicente de Paul, según se muestra en el siguiente cuadro:

**Cuadro 15**  
**Seguro de Salud**  
**Centros médicos con mayor gasto**  
**Por subsidios de población general y empleados CCSS**  
**Período 2015-2016**  
**Cifras en millones de colones**

Centro Médico	Periodo		Variación	
	2015	2016	Absoluta	Relativa
2101 Hospital Calderón Guardia	5,027	5,042	14	0%
2102 Hospital San Juan de Dios	4,759	4,995	235	5%
2104 Hospital México	4,322	4,090	-231	-5%
2205 Hospital San Rafael de Alajuela	2,270	2,098	-171	-8%
2208 Hospital San Vicente de Paul	2,209	2,364	154	7%
2306 Hospital Dr. Max Peralta Jiménez	1,405	1,513	108	8%
2501 Hospital Monseñor Sanabria	1,293	1,327	34	3%
2502 Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	1,117	1,281	163	15%
2601 Hospital Dr. Tony Facio	1,309	1,489	180	14%
<b>Sub total PP 2610 Subsidios por Incapacidad</b>	<b>23,716</b>	<b>24,203</b>	<b>487</b>	<b>2%</b>
2101 Hospital Calderón Guardia	2,106	2,051	-54	-3%
2102 Hospital San Juan de Dios	1,801	1,879	78	4%
2104 Hospital México	1,953	1,790	-162	-8%
2205 Hospital San Rafael de Alajuela	953	922	-31	-3%
2208 Hospital San Vicente de Paul	766	848	81	11%
2306 Hospital Dr. Max Peralta Jiménez	348	442	93	27%
2501 Hospital Monseñor Sanabria	717	741	24	3%
2502 Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	679	738	58	9%
2601 Hospital Dr. Tony Facio	612	746	133	22%
<b>Sub total PP 2612 Subsidios enf. Empleados CCSS</b>	<b>9,939</b>	<b>10,161</b>	<b>222</b>	<b>2%</b>
<b>Total General</b>	<b>33,655</b>	<b>34,365</b>	<b>709</b>	<b>2%</b>

Gasto real: Considera el gasto al 31 diciembre, 2015 y 31 diciembre, 2016

Fuente: Sistema Integrado Institucional de Presupuesto y elaboración propia.





*Algunas de las causas de los aumentos en los montos que se cancelan por incapacidades de enfermedad, se podrían fundamentar en el crecimiento de los salarios de los trabajadores, el aumento del número de cirugías producto de la estrategia para disminuir las listas de espera en la Institución lo que incrementa el otorgamiento de incapacidades, mayor número de consultas y la atención de las estancias. Sin embargo, estos factores se deben identificar y monitorear por parte de cada centro de salud, a través de las Comisiones Evaluadoras de Incapacidades y apoyados en los sistemas de información disponibles como el Cubo de Información de Incapacidades, el Sistema Registro, Control y Pago de Incapacidades y los sistemas de información local que los hospitales y áreas de Salud dispongan.*

*Con base en lo anterior, esta Auditoría periódicamente analiza el comportamiento presupuestario de las partidas que componen el rubro de Transferencias corrientes (subsidios) del Seguro de Salud, donde en los últimos tres períodos ha emitido los informes ASF-162-2014, ASF-026-2015 y ASF-218-2016 en los cuales ha evidenciado, oportunidades de mejora en aspectos tales como:*

- *Que la Gerencias Financiera, Administrativa y Médica determinen la conveniencia técnica y operativa de la revelación de información del gasto en forma separada del subsidio y el beneficio a empleados CCSS.*
- *Análisis de las causas de crecimiento del gasto por unidad ejecutora y de los asegurados y trabajadores de la Institución que presentan incapacidades mayores a los 365 días.*
- *Que la Gerencia Médica a través de la Comisión Nacional de Incapacidades, continúe realizando el monitoreo constante de las incidencias por incapacidades de los funcionarios.*
- *Fortalecer los mecanismos de control en relación con el otorgamiento, pago, control y fiscalización de las incapacidades, así como empoderar a las comisiones locales, regionales y central evaluadoras de incapacidades en materia de fiscalización que requiere este proceso, haciendo uso de herramientas como el “Cubo de Información de Incapacidades” para la adecuada toma de decisiones.*
- *Emisión e implementación de políticas para la atención integral de la salud de los funcionarios de la Caja.*
- *Sensibilización que debe ser efectuada a los funcionarios y población en general sobre el uso de las incapacidades.*

*Es necesario continuar con el empoderamiento de las comisiones evaluadoras de incapacidades, creación de indicadores de incapacidades y la necesidad de establecer controles para monitorear aquellas incapacidades con periodos prolongados (superiores a 365 días), a fin de optimizar el uso de los recursos en beneficio de proteger a los asegurados en sus condiciones de salud y económicas en el periodo de incapacidad.*

*Además, resulta importante que la Administración Activa continúe realizando acciones de seguimiento, monitoreo y perfeccionamiento de los mecanismos de control, así como el establecimiento de estrategias para fortalecer el proceso de incapacidades, siendo el involucramiento y participación activa de la Comisión Central Evaluadora de Incapacidades, un factor crítico de éxito como figura que asume el liderazgo y conducción sobre el mismo, y de lo cual tienen como reto el crear una campaña de sensibilización sobre el uso de las incapacidades a nivel nacional, tanto a los usuarios externos como internos.*





- *Sobre los Gastos Administrativos del Seguro de Salud*

Los gastos de administración de los Seguros Sociales para el cumplimiento de sus objetivos, se establecen en los artículos 33 y 34 de la Ley Constitutiva. Por lo anterior, toda prestación de servicios que no responda a lo dispuesto requiere una recuperación de dicho gasto.

El 12 de noviembre 2012, en el oficio 56781, esta Auditoría, remitió a los miembros de Junta Directiva de ese momento, sobre el cumplimiento del artículo 14 y 34 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, se indicó:

“En el siguiente cuadro 1, se observa el comportamiento del indicador de gastos de administración del Seguro de Salud, durante el periodo 2003-2011:

**Cuadro 1**  
**Seguro de Enfermedad y Maternidad**  
**Gastos generales de administración**  
**(Cifras en millones)**

<b>Año</b>	<b>Gastos Administración</b>	<b>Ingresos Efectivos</b>	<b>Indicador</b>
2003	26,165.10	330,270.70	7.92%
2004	26,948.70	375,884.70	7.17%
2005	29,271.80	449,143.10	6.52%
2006	35,318.60	545,035.20	6.48%
2007	49,269.70	647,554.20	7.61%
2008	36,267.00	795,688.70	4.56%
2009	48,055.70	967,873.60	4.97%
2010	54,064.70	1,054,089.60	5.13%
2011	56,047.20	1,249,319.00	4.49%

*Fuente: Informe Gastos Generales de Administración, Dirección Actuarial*

Del cuadro anterior, se colige que para el 2011, el indicador del gasto en el Seguro de Salud descendió al 4.49% con un decremento del 0,64 punto porcentual con respecto al 2010, dicho indicador en relación con el 8% de límite máximo establecido en la Ley Constitutiva, representa en proporción un 56% con respecto a dicho límite permitido, manteniéndose un margen en el crecimiento del gasto, correspondiente al 44%. Asimismo, el cumplimiento del porcentaje fijado se da en los restantes años 2003 al 2010.

...En concordancia con lo expuesto, en los últimos nueve años, el indicador del gasto de administración calculado por la Dirección Actuarial, ha guardado el margen razonable con respecto al límite máximo de 8% normado para el Seguro de Salud y el 5% para el Seguro de Pensiones, estos resultados satisfactorios, han conducido a la ausencia de algún pronunciamiento correctivo o preventivo de nuestra parte.

En el informe ASF-25-2015 sobre el cumplimiento de los artículos 33 y 34 de la Ley Constitutiva de la Caja, referidos a los límites establecidos para gastos administrativos, en cada uno de los seguros que administra la Institución, en el período 2013-2014, indicándose:



**“Cuadro 1**  
**Indicador de gastos administrativos en el Seguro de Salud.**  
**(Monto en millones de colones).**

Detalle / Año	2009	2010	2011	2013
Gastos Administrativos	48,056.6	54,064.7	64,324.3	105,591.8
Ingresos Corrientes	967,873.6	1,054,089.6	1,249,319.0	1,526,385.0
Indicador del gasto	4.97%	5.13%	5.14%	6.92%

**Fuente:** Informes suministrados por la Dirección Actuarial y Económica

\* En el cuadro anterior no se incluyen los cálculos del 2012, por cuanto en ese año la Dirección Actuarial y Económica no realizó los cálculos, lo anterior debido a que estaba en estudio la nueva metodología.

...en los años evaluados el monto por concepto de gastos generales de administración cumple con lo establecido en el artículo 34 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, el cual señala que los gastos de administración relativos a los Seguros de Enfermedad y Maternidad, no podrán ser mayores del ocho por ciento (8%), relacionado a los ingresos efectivos del período anual de este Seguro.”

*En el informe ASF-25-2015 sobre el cumplimiento de los artículos 33 y 34 de la Ley Constitutiva de la Caja, referidos a los límites establecidos para gastos administrativos, en cada uno de los seguros que administra la Caja Costarricense de Seguro Social, en el período 2013-2014, indicándose:*

**“Cuadro 1**  
**Indicador de gastos administrativos en el Seguro de Salud en el período 2013-2014.**  
**(Monto en millones de colones).**

Detalle de Variables	AÑO 2013	AÑO 2014
Total Ingresos Corrientes	1,526,385	1,625,997
Total Gastos de Administración:	105,591	110,308
Indicador del gasto	6.92%	6.78%

**Fuente:** Informes suministrados por la Dirección Actuarial y Económica

...en los años evaluados el monto por concepto de gastos generales de administración cumple con lo establecido en el artículo 34 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, el cual señala que los gastos de administración relativos a los Seguros de Enfermedad y Maternidad, no podrán ser mayores del ocho por ciento (8%), relacionado a los ingresos efectivos del período anual de este Seguro. Aun cuando la variable gastos aumentó un 4.4%, el indicador disminuyó de un 6.92% en el 2013 a un 6.78% en el 2014, debido a que la variable ingresos corrientes aumentó un 6.53%.”

*En el informe ASF-110-2016 sobre “Cumplimiento de los artículos 33 y 34 de la Ley Constitutiva de la Caja, referidos a los límites establecidos para gastos administrativos, en cada uno de los seguros que administra la Caja Costarricense de Seguro Social, en el período 2015”, referente al seguro de Pensiones, indicó:*



**“Cuadro 1  
Revisión cálculos de gastos de administración Seguro de Salud  
Periodo 2015 (Monto en millones de colones)**

CONCEPTO	MONTO
<b>Total Ingresos Corrientes</b>	<b>1.763.268</b>
<b>Total Gastos de Administración</b>	¢137.067
Menos-Recaudación por servicios administrativos	-26.526
Menos: Partidas y unidades excluidas porque pertenecen al “Programa de Atención Integral de la salud de las personas”.	-25.257
<b>Total ajustado gastos generales de administración</b>	<b>85.284</b>
<b>Indicador del gasto</b>	<b>4.84%</b>

Fuente: Estudio N° 8 “Gastos Generales de Administración 2015”, elaborado por la Dirección Actuarial y Económica.

.. el indicador de los gastos de administración en el Seguro de Salud, se registró en un 4,84%, el cual no sobrepasa el indicado en el artículo 34 de la Ley Constitutiva.”

*El 16 de febrero 2017, en el oficio DAE-130-2017, la Dirección Actuarial y Económica traslada el estudio N°007 sobre los gastos generales de administración 2016, elaborado por el Área de Análisis Financiero, con respecto al Seguro de Salud, indicó:*

**“... Cuadro N° 3  
Seguro de Salud  
Indicador del gasto administrativo 2016  
(En millones de colones)**

Prog.3 depurado - RSA	Ing. Corrientes - RSA	Indicador
89.883,78	1.908.576,09	4,71%

Fuente: Elaboración propia con datos del Área de Control y Evaluación Presupuestaria y el Informe de ejecución y liquidación del presupuesto 2016.

..Tanto el indicador del Seguro de Salud como el del Seguro de IVM, presentan un margen razonable con respecto al límite máximo establecido en el artículo 34° de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, correspondientes a un 8% y un 5%, respectivamente.”

*El indicador de los gastos administrativos del Seguro de Salud, en el periodo 2003 – 2016, de conformidad con el análisis y las evaluaciones realizadas por esta Auditoría, presentan un margen razonable y en ningún periodo ha sido superior al límite máximo establecido en el artículo 34° de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, correspondientes a un 8% de gastos administrativos.*

• **Flujo de Efectivo del Seguro de Salud**

*El Flujo de Efectivo es una herramienta que le permite a la Tesorería General, controlar los ingresos y egresos de efectivo reales con respecto a los flujos estimados y los saldos finales de Caja, con el propósito de establecer con anticipación variaciones importantes que puedan generar en los Seguros riesgos de iliquidez para hacerle frente a los compromisos financieros. Para cada año se realizan las proyecciones por concepto o línea del flujo, observando las cifras de los últimos cinco años o más, para lo cual se establece en cada caso, la metodología de estimación según haya sido su comportamiento.*



*En el periodo 2010–2012, el Seguro de Salud, se enfrentó los efectos de la crisis financiera, lo que generó una insuficiencia de fondos para cubrir las obligaciones, es decir, se materializó el riesgo de iliquidez, presentándose 180 días de atraso en el pago a proveedores, 4 meses pendientes de pago de guardias y disponibilidades médica, 60% del salario escolar 2012 estaba sin cubrir y la necesidad de concretar un préstamo por €35 mil millones para cubrir los gastos operativos.*

*En ese momento, la Auditoría Interna sometió a conocimiento de la Gerencia Financiera diferentes productos señalando que la Institución se encontraba en una situación de riesgo, tanto financiero, como de liquidez, que podría incidir administrativa, operativa, presupuestaria y económicamente en la gestión realizada por el Seguro de Salud, este entorno desfavorable debía ser medido y analizado en forma urgente por la administración, estableciendo las medidas necesarias para ordenar, mantener y controlar el equilibrio financiero tanto del Régimen de Salud, como del Seguro de Pensiones, permitiendo la detección de riesgos, el establecimiento de medidas y estrategias para el fortalecimiento financiero en el corto, mediano y largo plazo.*

*La Junta Directiva Institucional basado en las propuestas de la Gerencia Financiera emitió una serie de medidas de carácter restrictivo para la estabilización financiera y presupuestaria del Seguro de Salud, en este sentido los diferentes centros de trabajo hicieron esfuerzos en la priorización del pago a proveedores, el control y optimización del tiempo extraordinario de los centros de salud, adicionalmente, esfuerzos informados en torno a la transferencias del Estado, la revisión y ajuste de la Base Mínima Contributiva, así como ajustes salariales en concordancia con los decretos del Gobierno de la República.*

*Este Órgano de Fiscalización realizó varias evaluaciones sobre la situación financiera del Seguro de Salud y, las cuales fueron incluidas en los Informes ASF-035-2010 del 29 de enero 2010, ASF-444-2011, del 16 de diciembre 2011, el ASF-447-2012, del 19 de diciembre 2012, el ASF-162-2014 del 18 de setiembre 2014, y el más reciente, el ASF-411-2015 del 18 de diciembre 2015, donde los resultados indicaron que el comportamiento de los ingresos y egresos totales del Seguro de Salud, durante el período 2008-2011, mostraron un deterioro; sin embargo, el comportamiento de los ingresos y egresos a partir del 2012 mostraron una mejoría, producto de una reducción en los egresos originado fundamentalmente por la aplicación de las medidas propiciadas en la política de aprovechamiento racional de los recursos financieros y el apego por parte de la administración a los incrementos decretados por el Gobierno Central, los cuales no han superado el 1% de aumento anual; además, de un aumento en los ingresos, producto de los aportes extraordinarios efectuados por el Estado a raíz de los convenios firmados a partir del 2011, como parte de los abonos a la deuda estatal.*

*En el informe ASF-218-2016, “Informe de Carácter Financiero sobre análisis del Comportamiento Presupuestario de los Ingresos y Egresos del Seguro de Salud y del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte”, con respecto al flujo de efectivo y el presupuesto del Seguro de Salud, se indicó:*

*“Si se toman los ingresos reales recibidos al 30 de setiembre 2016 y se comparan con los egresos reales efectuados a esa fecha, el resultado es un superávit de €126.765.1 millones de colones en lo que va de este año, los cuales al sumársele los recursos del período anterior, resulta una diferencia positiva al 30 de setiembre de 2016 de €440.880 millones, aunque a estos montos se le debe restar los superávits destinados a fondos específicos, los cuales al 31-12-2015 sumaban €90.265 millones, tales como, la Ley Control del Tabaco (€57.933 millones) y la Red Oncológica (€23.648 millones), entre los más importantes; más las provisiones salariales como el aguinaldo, salario escolar y pago de las bisemanas por un monto de €195.828 millones, resultando una diferencia disponible de €154.787 millones para cubrir los faltantes de inversión y otras necesidades que se presentan durante la ejecución del presupuesto anual.”*



En el análisis del Flujo de Efectivo, con los ingresos y egresos reales al 31 de agosto, 2017 y proyectados a diciembre, 2017, se puede observar que quedaría un saldo final de caja de ¢48,437 millones, como se muestra en el siguiente cuadro:

**Cuadro 16**  
**Seguro de Salud**  
**Flujo de Efectivo**  
**Del 1 de enero al 31 de diciembre 2017**  
**Cifras en millones de colones**

Concepto	Real Ene – Ago	Estimado Set – Diciembre	Total
<b>Ingresos</b>			
Recaudación Planillas y otros	1, 555, 355	762,695	2,318,050
Menos: Instituciones y OPC	703, 842	346,306	1,050,148
<b>Recaudación Neta</b>	851, 513	416,389	1,267,902
Cuotas del Estado	395, 001	208,229	603,231
Atención Médica a Pensionados	67, 006	33,509	100,515
Otros Ingresos	35, 095	17,231	52,325
Convenio Pago Deuda del Estado	69, 653	19,319	88,972
<b>Subtotal de Ingresos</b>	1,418,268	694,677	2,112,945
Vencimientos Prov y reservas	168,161	77,579	245,740
<b>Total Ingresos</b>	1,586,430	772,256	2,358,686
<b>Egresos</b>			
Egresos Salariales	693,580	386,796	1,080,376
Recaudación de IVM por Sinpe	108,602	52,569	161,172
Proveedores	390,122	254,412	644,533
Otros Egresos	12,686	6,040	18,725
<b>Subtotal de Egresos</b>	1,204,990	699,817	1,904,806
Provisiones y Reservas	451,039	71,905	522,944
<b>Total de Egresos</b>	1,1656,029	771,721	2,427,750
Dif. Ingresos – egresos	(69, 599)	534	(69, 065)
Saldo inicial Caja	117,502	47,903	117,502
<b>Saldo Final de Caja</b>	47,903	48,437	48,437

Fuente: Informe de efectivo al 31 de agosto del 2017, oficio DFC-1710-17-ATG-1711-17

El 8 de setiembre, 2017, en el oficio DFC-1710-17-ATG-1711-17, el Lic. Iván Guardia Rodríguez, Director Financiero Contable y el Lic. Carlos Montoya Murillo, Jefe Área Tesorería General, dirigido al Lic. Gustavo Picado Chacón, Gerente Financiero, en el análisis del flujo de efectivo del Seguro de Salud, en lo que interesa, concluyeron:

“La operativa normal del Seguro de Salud (Excluyendo proyectos especiales con recursos específicos) requiere un Saldo Final de Caja Promedio de ¢45.0 mil millones al cierre de cada mes, con el propósito de hacerle frente a los compromisos de las dos primeras semanas del mes siguiente (bisemana de salarios, proveedores y otros), razón por la cual los remanentes podrán ser destinados a la conformación de provisiones salariales y/o fondos de reservas de este Seguro, que considera la creación y uso de reservas para garantizar su estabilidad.





Es importante señalar que actualmente se tiene aprovisionado el 100% de los siguientes compromisos salariales del Seguro de Salud: Tercera bisemana de setiembre 2017 por ¢20.8 millones, el Aguinaldo de diciembre 2017 por ¢77.6 mil millones, Salario Escolar 2018 por ¢61.7 millones, tercera bisemana marzo 2018 por ¢21.5 millones, tercera Bisemana setiembre 2018 ¢23.2 mil millones y parcialmente el Aguinaldo 2018 por ¢387.1 mil millones”

*La Gerencia Financiera ha realizado esfuerzos para lograr una estabilidad financiera y la liquidez del Seguro de Salud, lo cual se refleja en las diferentes evaluaciones efectuadas por esta Auditoría, aspecto que también se observa en el Flujo de Efectivo 2017, donde se detallan las diferentes provisiones salariales y/o fondos de reservas de este Seguro, sin embargo, se debe continuar el análisis periódico del comportamiento de los ingresos y egresos, el monitoreo de los compromisos financieros en el mediano y largo plazo y la emisión de acciones en procura de contribuir con la sostenibilidad financiera de este régimen.*

### **III. SOBRE LAS VALUACIONES ACTUARIALES DEL SEGURO DE SALUD**

*La Dirección Actuarial y Económica, es un órgano técnico que depende directamente de la Presidencia Ejecutiva, y es asesor de la Administración superior, Gerencias y de diferentes dependencias institucionales que requieren sus servicios. El principal objetivo lo constituye el desarrollo de estudios financieros, actuariales, estadísticos y económicos que permitan coadyuvar en la sostenibilidad de los seguros sociales, retroalimentar la planificación institucional, la toma de decisiones y la formulación a nivel global de políticas y estrategias.*

*La Dirección Actuarial y Económica es la encargada de la elaboración de la Valuación Actuarial del Seguro de Salud, el estudio se realiza con fundamento en el artículo 42 de la Ley Constitutiva de la Institución, que indica:*

“Cada tres años y, además, cuando la Junta Directiva lo juzgue conveniente, se harán revisiones actuariales de las previsiones financieras de la Caja.”

*El Seguro de Salud se encuentra constituido por un sistema de financiamiento de reparto, de conformidad con lo que se establece en el artículo 32 de la Ley Constitutiva, con el objetivo de brindar la atención integral a la salud, prestaciones en dinero y prestaciones sociales a los asegurados directos y sus beneficiarios familiares.*

*Las valuaciones actuariales son un insumo fundamental para valorar la evolución, necesidades futuras y por ende la sostenibilidad del Seguro de Salud, en este sentido la Institución, a través de la Dirección Actuarial y Económica, ha efectuado diferentes estudios en los últimos años, donde, entre otros aspectos, se ha recomendado para las valuaciones efectuadas en el 2013 y 2015, lo siguiente:*

*1. Encargar a la Gerencia Financiera, continuar con el diseño y posterior implementación de un sistema de costos como instrumento clave de gestión, que permita cuantificar el costo de procesos, actividades e intervenciones con una mayor precisión, lo cual permitiría mejorar las estimaciones.*



2. Encargar a la Gerencia Médica para que en el marco de los programas de prevención y promoción de la salud, se realicen estudios orientados a evaluar la evolución y resultados del primer nivel de atención, en términos de la resolutivez e impacto en el segundo y tercer nivel de atención. Lo anterior, a efecto de identificar medidas o acciones que permitan una desaceleración en las tasas de crecimiento en el gasto, por la vía de una racionalización en la demanda de servicios.

3. Dado que la población con condición de aseguramiento por Cuenta Propia es deficitaria; se recomienda dar un seguimiento de ésta hasta que se complete el ajuste progresivo en la base mínima contributiva, con el fin de analizar el impacto total de dicho ajuste y el balance de los ingresos y gastos de dicha población.

4. Con respecto a la población de los Asegurados por el Estado y dado que dicha modalidad de aseguramiento es deficitaria, se deben establecer mecanismos con el fin de lograr en forma paulatina la sostenibilidad financiera de este grupo, para lo cual, se establecen los siguientes:

a. Que el ingreso por concepto de contribuciones de los Asegurados por el Estado (asegurados directos y atenciones por leyes especiales), se recaude en forma efectiva, de conformidad con la facturación de esa población, toda vez que existe un alto porcentaje de morosidad en las contribuciones de este grupo, morosidad que corresponde directamente al Estado.

b. Que se ejecuten las acciones necesarias con el fin de que la recaudación por concepto de la atención de la población cubierta por el Código de la Niñez y la Adolescencia, se realice en forma efectiva, toda vez que la atención médico – hospitalaria para esta población sí se está brindando por parte de la Institución, sin embargo, no se están recibiendo los ingresos correspondientes a este concepto ni sus intereses legales en caso de proceder.

c. Dar un seguimiento de los ingresos y egresos asociados a la modalidad de Asegurados por el Estado, hasta que se complete el ajuste progresivo en la base mínima contributiva, con el fin de analizar el impacto total de dicho ajuste y el balance de los ingresos y gastos de dicha población. En forma adicional, es conveniente desligar el monto de referencia sobre el cual se cotiza para esta modalidad, de la base mínima contributiva; toda vez que aún con los ajustes realizados en esta última para equipararla con el salario mínimo legal, para el año 2018 con base en las hipótesis asumidas, la proyección del balance entre ingresos y egresos de esta modalidad resultó negativo.

d. Que la Dirección de Coberturas Especiales solicite un criterio legal, con el objetivo de que se determine para cuáles leyes sí procede facturar con base en la cantidad de atenciones y para cuáles se debe realizar con base en el número de adscripciones; toda vez que dicho costo está siendo asumido en gran medida por la Institución. Actualmente si una persona cubierta por una ley especial es atendida cinco veces durante el año, se factura una sola adscripción en lugar de las cinco atenciones que recibió.

5. Encargar a la Gerencia Financiera, continuar con la mejora en los controles de morosidad, e intensificar los estudios que permitan evaluar de manera más certera el efecto de ésta en las finanzas del seguro. Asimismo, y en forma paralela, es necesario que conjuntamente con la Dirección Actuarial y Económica, se efectúen estudios tendentes a profundizar en los análisis de evasión en sus diversas manifestaciones, es decir, sub declaración de ingresos, no aseguramiento y aseguramiento indebido; esto con el propósito de impactar positivamente sobre las tasas de crecimiento de los ingresos y consecuentemente los períodos de sostenibilidad proyectados para el Seguro de Salud.



6. Encargar a la Dirección de Inspección para que se identifiquen claramente en las bases de datos a los Asegurados Voluntarios y a los Trabajadores Independientes, con el objetivo de determinar con precisión las medidas que mejor convienen para el Seguro de Salud. En línea con lo anterior, no se considera conveniente –hasta tanto no se inicie con los procesos de ajuste necesarios en la contribución– realizar una disminución del porcentaje de contribución de los Asegurados Voluntarios para diferenciar el hecho de que no cuentan con el beneficio de incapacidades, en relación con los Trabajadores Independientes.

7. Encargar a la Dirección Actuarial y Económica para que en concordancia con el “Instructivo para la Elaboración de Valuaciones Actuariales en el Seguro de Salud”, estas valuaciones se realicen con una periodicidad de al menos dos años. Esto, considerando el importante grado de volatilidad y dinamismo que presentan las variables que determinan tanto los ingresos como los gastos.

En el informe de la División de Fiscalización Operativa y Evaluativa de la Contraloría General de la República, número DFOE-SOC-IF-10-2015 del 31 de julio, 2015, se evaluó la gestión de la Dirección Actuarial y Económica para el período 2013-2014 y dictaminó deficiencias en la labor actuarial ejecutada para el Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM), evidenciando que las metodologías que utiliza la Dirección Actuarial y Económica para efecto de la valuación actuarial del Seguro de Salud, no contemplan variables establecidas por la técnica en materia actuarial. Asimismo, los horizontes máximos de proyección utilizados por la DAE son a cinco años, situación que no permite tener una visión de las repercusiones que podrían generar las decisiones presentes en aspectos tales como; el financiamiento, el gasto y la inversión de ese régimen en el mediano y largo plazo.

Además, señala que, para la determinación y proyección del ingreso del Seguro de Salud, únicamente se están contemplando los ingresos por cotizaciones, sin considerar la variable de “Otros ingresos”, que también forman parte del financiamiento del régimen, entre ellos la inversión y sus intereses. Añade que no existe un análisis específico en materia de riesgos, análisis que según lo establecido por la técnica actuarial debe realizarse en las valuaciones actuariales. Los instrumentos que se utilizan en la CCSS como base para la realización de los estudios de valuación actuarial presentan debilidades de naturaleza técnica y carecen de las aprobaciones que establece la normativa de la institución.

La Contraloría General de la República concluyó, que en situaciones como la crisis financiera que atravesó el Seguro de Salud en el período 2010-2011, es fundamental la participación de la DAE como asesor técnico de la Junta Directiva, la Presidencia Ejecutiva y las Gerencias, con base en investigaciones y estudios actuariales, financieros, económicos y demográficos, ya que uno de sus propósitos es facilitar y orientar la toma de decisiones y la sostenibilidad financiera de los seguros sociales que administra la Caja, destacando el incumplimiento en esa función. Producto del informe, dirigió disposiciones a la Junta Directiva y a la Presidencia Ejecutiva orientadas a implementar ajustes a la metodología y al instructivo de las valuaciones actuariales en el Seguro de Salud, implementar normativa interna en materia de riesgos que permita medir y controlar los riesgos específicos, entre otros aspectos.

Al respecto, la Institución ha venido adoptando una serie de medidas para fortalecer la gestión actuarial, desde la revisión de la normativa técnica, la adscripción del Área de Administración del Riesgo, la aprobación de capacitación y el reforzamiento con plazas para mejorar las competencias de la Dirección Actuarial y Económica, aspectos que deben ser monitoreados y evaluados para conocer su impacto.



*El 15 de marzo 2017, en el oficio 49053, esta Auditoría, analizó el primer informe de avance de la “Valuación Actuarial del Seguro de Salud con corte al 31 de diciembre, 2015”, indicando que la valuación actuarial refiere que la distribución de la población nacional por tipo de seguro es cerca del 45% asegurados directos, aproximadamente el 40% son beneficiarios familiares y el restante 15% son no asegurados; esto quiere decir, que existe un porcentaje considerable de personas que no cotizan para la Seguridad Social (Seguro de Salud y Seguro de Pensiones), ante lo cual es necesario que la Gerencia Financiera, a través de la Dirección de Inspección o las instancias que considere pertinentes, establezcan las acciones adicionales para disminuir ese porcentaje y lograr una mayor afiliación de costarricenses al sistema, hasta alcanzar la mayor inscripción de la fuerza laboral del país y por otra parte se valoren las estrategias necesarias para la cobertura de los grupos de mayor vulnerabilidad que no son alcanzados por las diferentes modalidades de aseguramiento.*

*Además, se le indicó a la Dirección Actuarial y Económica, la necesidad de valorar la actualización del instructivo para la elaboración de las valuaciones actuariales del Seguro de Salud, considerando que las directrices señaladas sobre la práctica actuarial en los programas de seguridad social de la Asociación Internacional de Actuarios, fue derogada en el setiembre del 2013; y sustituida a partir de octubre del 2013, donde dicha asociación emitió el Estándar Internacional de Práctica Actuarial Número 2 (ISAP No 2, por sus siglas en inglés) denominado “Análisis Financiero de Programas de Seguridad Social”.*

*La citada norma internacional de práctica actuarial debe aplicarse a los servicios actuariales realizados en el contexto de los programas de seguridad social; sin embargo es relevante indicar que no es vinculante para ningún actuario, pero si es necesario considerarla como los lineamientos realizados bajo estándares, en algunas o en la totalidad de sus partes, entonces sí tendrá la obligación de acatarlo en lo que corresponda; su objetivo principal consiste en promover el desarrollo de una práctica actuarial consistente para la seguridad social, en todos y cada uno de los países afiliados a la Asociación.*

*Por la importancia en el cumplimiento del rol de la Dirección Actuarial y Económica, en cuanto a su asesoría a través de estudios financieros, actuariales, estadísticos y económicos que permitan coadyuvar en la sostenibilidad de los seguros sociales, es necesario que se continúen aplicando las acciones para fortalecer, mantener y evaluar estos procesos y tomar las medidas adicionales que se requieran, asimismo, se solicite un informe sobre el impacto de los procesos de capacitaciones, la dotación de recurso humano y de la actualización de los sistemas de información utilizados en la citada dirección.*

*También, es conveniente que la Gerencia Financiera valore la pertinencia de desarrollar una valuación actuarial externa e independiente, que puede ser mediante la formulación de una alianza o convenio de colaboración con entes técnicos con experiencia y conocimiento en el Seguro de Salud o en su defecto por los mecanismos necesarios que se ajusten a criterios de economía, eficiencia y eficacia, con el propósito de mejorar la transparencia, la rendición de cuentas y la obtención de criterios que contribuyan con el fortalecimiento financiero y económico de dicho régimen.*



#### IV. SOBRE LA PLANIFICACIÓN, ASIGNACIÓN E INVERSIONES ESTRATÉGICAS DEL SEGURO DE SALUD

La Institución en los últimos 5 años ha experimentado cambios sustanciales respecto a la situación financiera y económica del Seguro de Salud, como se pudo observar en los anteriores apartados, sin embargo, persisten desafíos sobre la forma en que se planifican y asignan los recursos, el uso de la tecnología para el fortalecimiento de la prestación de los servicios e inclusive de cómo se evalúan los resultados en cada periodo, asimismo, en la forma en cómo se van a orientar las inversiones estratégicas. A continuación se presenta un detalle de aspectos clave que deben ser considerados para que la Institución pueda avanzar coordinadamente a la mejora de los procesos y el cumplimiento de sus objetivos:

- **Sobre el fortalecimiento del proceso de planificación vinculado con la función actuarial y gestión financiera, como un mecanismo para contribuir con la eficiencia en el uso de los ingresos para brindar una prestación de los servicios oportuna, eficiente y de calidad**

Este Órgano de Fiscalización y Control, ha venido brindando seguimiento al planteamiento realizado en el 2015, (oficio 26223 del 24 de marzo, 2015), respecto a la necesidad del fortalecimiento del proceso de Planificación Institucional, teniendo como insumo el rol rector de la Dirección Actuarial y Económica.

En el oficio 26223-1 del 14 de diciembre, 2016, se reitera la necesidad de adoptar acciones en procura de lograr una vinculación efectiva de estos dos procesos, como aspecto medular para la sostenibilidad financiera de los seguros que administra la Institución, lo anterior, se reviste de importancia para fortalecer el rol tanto de la Dirección Actuarial y Económica como de la Dirección de Planificación Institucional, siendo que a través de sus criterios y el cumplimiento de sus labores estratégicas el Seguro de Salud puede utilizar los ingresos efectivos para pensar en cómo hacerlos sostenibles en cuanto a los servicios que brinda, representando un reto el cambio del paradigma y la forma de trabajo convencional para la búsqueda de nuevas formas para hacer más eficiente los gastos de éste seguro.

En el oficio de seguimiento 47878 del 9 de febrero, 2017, emitido por esta Auditoría, se señaló que con base en los oficios DPI-008-17 del 17 de enero, 2017 y DAE-0418-15 del 24 de mayo, 2015, la Dirección de Planificación Institucional y la Dirección Actuarial Económica han venido efectuando acciones de análisis y definido las funciones que brindarán la integralidad en el desarrollo del proceso de planificación institucional, de manera que esta última tenga mayor participación en la planificación, brindando su opinión financiera mediante proyecciones de mediano y largo plazo que permitan, en el proceso de toma de decisiones, determinar si un proyecto es viable o no económicamente para la institución de acuerdo con el análisis de los diferentes escenarios y así salvaguardar las finanzas públicas.

El Director de Planificación Institucional, mediante oficio DPI-454-17, del 4 de julio, 2017, indicó a esta Auditoría sobre el tema del proceso de planificación institucional requerido en el oficio 47878, citado anteriormente, que se propuso incorporar en el Manual de Organización de la DPI, las siguientes funciones:

- a) Participar en el desarrollo de estudios y mantener un conocimiento permanente y actualizado del entorno externo y de los posibles cambios que limiten o incidan en el cumplimiento de las responsabilidades institucionales.





- b) *Considerar durante el desarrollo de la planificación estratégica institucional y el proceso de integración y conducción de los proyectos estratégicos, las proyecciones y los análisis de escenarios del mediano y largo plazo relacionados con la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud y el Seguro de Pensiones realizados por la Dirección Actuarial y de Planificación Económica.*
- c) *Participar en la formulación, políticas, planes y programas de desarrollo y de estabilidad financiera.*
- d) *Participar y asesorar en el seguimiento y evaluación de políticas, planes y programas de desarrollo y de estabilidad financiera.*

*La Dirección de Planificación Institucional solicitó la incorporación de las funciones descritas, a la Gerencia Administrativa y al Área de Estructuras Organizacionales mediante oficio DPI-210-15, procediendo esta última con el análisis de dicho requerimiento y ajustando en lo pertinente el Manual de Organización de la DPI. Este tema fue visto en la sesión de Junta Directiva N°8885 celebrada el 26 de enero, 2017, donde se acordó que la propuesta de actualización se trasladaba a la Comisión Especial de Seguimiento del Proyecto de Reestructuración Organizacional del Nivel Central, para que, en estrecha relación con el Proyecto de reestructuración, se hiciera el abordaje de la misma. La Comisión revisó lo solicitado por la Junta Directiva y determinó que lo referente a este Manual y al quehacer institucional relacionado con la planificación, ha sido abordado en la propuesta de la nueva estructura organizacional y funcional presentada por el CICAP y que está en análisis de la Junta Directiva. De esta forma, lo referente a la organización y gobernanza de la planificación institucional es parte de la propuesta de la nueva estructura organizativa presentada y que debe ser validada para su puesta en marcha considerando los mecanismos para garantizar la transparencia, la eficiencia y con los respectivos criterios técnicos sobre la conveniencia institucional de dichos cambios.*

*De acuerdo a lo que se indica en este oficio DPI-454-17, es importante mencionar que los cambios organizativos propuestos adquieren relevancia significativa para poder ejercer con facultad y autorización una serie de tareas que a la fecha viene realizando la Dirección de Planificación Institucional, pero que no ha logrado oficializarlas en el marco de sus responsabilidades asignadas; es decir, en su Manual de Organización que constituye su marco de competencias y límites de responsabilidades. La actualización de este Manual, responde al requerimiento institucional, de potenciar la planificación como uno de los procesos estratégicos de mayor relevancia, por medio del reordenamiento de una serie de funciones acorde con el Sistema de Planificación Institucional, el fortalecimiento de las acciones de coordinación con diversas instancias, así como de los mecanismos de control y evaluación de la planificación, entre otros aspectos medulares.*

*Adicionalmente se señala que, al no disponer de una resolución final referente a la actualización del Manual de Organización de la DPI, en el que se incorporan las funciones de coordinación y vinculación con el proceso Actuarial, se ve limitado el margen de acción sobre el que se podría desarrollar esta materia, considerando las competencias y responsabilidades que oficialmente están aprobadas y rigen el actuar de la Dirección de Planificación Institucional lo cual presupone un debilitamiento al proceso de fortalecimiento del Sistema de Planificación Institucional, el cual debe gestar lineamientos y directrices sobre los cuales se oriente la CCSS en el corto, mediano y largo plazo y que le permita y facilite a la Presidencia Ejecutiva y Gerencias conocer y actuar sobre aquellos factores de riesgos internos y externos que podrían influenciar el accionar de la entidad, en los distintos ámbitos de su quehacer como institución pública y con ello favorecer la toma de decisiones que debe gestarse desde ese rol de rectoría institucional competencia de la Presidencia Ejecutiva.*



*A pesar de lo anterior, la Dirección de Planificación Institucional señala que ha buscado otros espacios de interacción y coordinación con la Dirección Actuarial y Económica, así como con otras unidades estratégicas para el funcionamiento del Sistema de Planificación Institucional, ejemplo con el Comité Técnico de Planificación, el cual se ha concebido para proveer de un espacio de dialogo con funcionarios clave de la Institución, sobre temas estratégicos del desarrollo institucional, a efecto de apoyar la toma de decisiones y contribuir con el logro de los objetivos institucionales. En el seno de dicho ente técnico, se analizarán temas que contribuyan al direccionamiento estratégico y a la planificación de corto, mediano y largo plazo, entre los que destacan, los estudios aportados por la Dirección Actuarial y Económica.*

*Cabe resaltar que las estrategias para lograr la sostenibilidad financiera del Régimen de Salud establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo y Plan Estratégico Institucional 2015-2018, están bajo la dirección de instancias a un nivel jerárquico superior tal como: Junta Directiva, Presidencia Ejecutiva, Gerencias, no observándose el involucramiento de la Dirección de Planificación Institucional y Dirección Actuarial y Económica, siendo clave la participación de estos actores en el análisis integral de la sostenibilidad sobre las diferentes iniciativas y/o proyectos que se gesten, determinando también cuáles serán las posibles fuentes de financiamiento que deberían promoverse para brindar sustentabilidad al sistema<sup>21</sup>.*

*Por lo anterior, es criterio de esta Auditoría, que la Presidencia Ejecutiva debe analizar las observaciones realizadas por el Director de Planificación Institucional, con el fin de que se logre, a la brevedad posible, fortalecer el proceso de planificación institucional y su vinculación con el proceso de la Dirección Actuarial y Económica.*

*Es importante considerar que el proceso de planificación y actuarial no es ajeno a la gestión que se realice desde la perspectiva de la Gerencia Financiera, por lo que la integración y alineamiento de las diferentes propuestas y acciones a realizar, son clave para cumplir con el objetivo de contribuir a la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud, en ese sentido debe conformarse un grupo de trabajo para el análisis de este proceso valorando riesgos, criterios actuariales, planificación y el tema financiero.*

*Por otra parte, en el informe ASF-18-2017 se expone vulnerabilidades relacionadas con el logro de los objetivos institucionales, en detrimento de los esfuerzos que se hacen en la planificación estratégica con miras a fortalecer la sostenibilidad de los seguros, como es la carencia de madurez del Sistema Específico de Valoración de Riesgos (SEVRI), el cual lleva ya casi una década de implementación sin que se haya logrado consolidar una herramienta robusta, debido a la poca cultura de riesgo institucional, por lo que es que el involucramiento activo del Jerarca y los titulares subordinados, quienes deben implementar las herramientas que garanticen que el personal conozca y entienda cuáles son los riesgos específicos a los que está directa o indirectamente expuesta la actividad que realizan, a fin de disminuir la probabilidad de ocurrencia y coadyuvar al planteamiento continuo de mejoras a los planes de respuesta o actividades de control que se implementen para el tratamiento de esos riesgos.*

*En este sentido y en la misma línea de coordinación, la Dirección de Planificación Institucional elaboró con la colaboración de la Dirección Actuarial y Económica y la Gerencia Administrativa, una propuesta de proyecto para el abordaje integral de riesgos, cuyo objetivo es diseñar e implementar un Sistema Integral para la Gestión de Riesgos Institucionales y de Continuidad de Servicios (Sistema GIR), en el que se considere no solo la incertidumbre desde la óptica financiera-económica, sino desde el ámbito, operacional, estratégico y riesgos en salud, entre otros, que en conjunto, deben ser adecuadamente administrados, dada su incidencia en la sostenibilidad de la Institución.*

<sup>21</sup> Oficio 26223 del 24 de marzo 2015 y 26223-01 del 14 de diciembre 2016, así como en el informe ASF-18-2017.



*El proyecto en mención fue presentado en la Junta Directiva el jueves 25 de mayo de 2017, con el proyecto descrito se atiende lo instruido por ese Órgano colegiado, en el artículo 5, de la sesión 8882 del 12 de enero, 2017, en lo que corresponde a las responsabilidades asignadas a la Dirección de Planificación Institucional y Dirección Actuarial y Económica, referentes a la recomendación 5 inciso "a" y "c", del "Estudio Actuarial del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte administrado por la Caja (con corte al 31 de diciembre de 2015)" elaborado por la Universidad de Costa Rica. Adicionalmente se da cumplimiento a lo dispuesto por la Contraloría General de la República en el DFOE-SOC-IF-10-2015, "Auditoria sobre la función actuarial que se ejecuta en el Seguro de Salud de la CCSS", en el que se instruyó a esa Dirección ya la Dirección Actuarial proceder con la elaboración de un marco metodológico para el abordaje de los riesgos específicos en salud.*

*Al respecto, la Junta Directiva en sesión No. 8908 del 1 de junio de 2017 Artículo 19, donde conocida la propuesta de proyecto elaborada y presentada por la Dirección de Planificación Institucional con el apoyo de la Gerencia Administrativa, en relación con el desarrollo e implementación de un sistema para la gestión integral de riesgos y continuidad del servicio para la CCSS, acordó:*

**“Acuerdo 1:** aprobar la propuesta de proyecto “Sistema de Gestión Integral de Riesgos y de Continuidad de los Servicios (GIRCS)”, según los términos del documento que queda constando en la correspondencia del acta de esta sesión, visible en forma anexa a la citada comunicación número GA-41825-2017/DPI-308-17. Asimismo, se instruye: a) A la Presidencia Ejecutiva para que conforme el equipo del Proyecto, b) a la Gerencia Financiera para que atienda lo correspondiente al financiamiento requerido para el desarrollo del Proyecto y c) a las todas Gerencias para que apoyen y participen activamente en el desarrollo del Proyecto en sus distintas etapas.

**Acuerdo 4:** el equipo conformado para el Proyecto rendirá informes semestrales a la Junta Directiva con los avances del proyecto.

**Acuerdo 5:** conformar la comisión de Riesgo de Junta Directiva para que apoye y supervise el desarrollo del proyecto.”

*En este sentido, se espera que el proyecto a implementar redefine la Política de Riesgos Institucional, la estrategia y el modelo de gestión y organización de la administración del Sistema, lo cual permitirá analizar los riesgos operacionales, financieros y de fraude que podrían afectar el cumplimiento de los objetivos que tiene que cumplir esta Institución; por lo que se considera importante que la Junta Directiva como máximo jerarca institucional participe activamente a fin de que exista el “compromiso de la alta dirección” en el tema de riesgos (requisito indispensable en esta materia), de otra forma la administración de riesgos a nivel institucional no podría ser implementada y/o aceptada por los demás niveles que componen la institución.*

*El fomentar e impulsar la existencia de medidas preventivas a nivel institucional, sobre acciones que prevengan, mitiguen y detecten posibles vulnerabilidades en los procesos, se considera un factor clave de éxito para garantizar razonablemente que los procedimientos estén a. conducidos de forma ordenada y eficiente, b. están adheridos a las políticas institucionales, c. promueve la salvaguarda de activos, d. se aplican controles de prevención y detección de fraude y error, e. existe precisión e integridad en los registros contables, f. se prepara de forma oportuna la información financiera y g. se cumplen las leyes y regulaciones a las que esté sujeta la institución, entre otros aspectos, lo cual directamente promueve la sostenibilidad financiera de los seguros que administra esta Institución.*



Adicionalmente, es importante considerar que el proceso de planificación y actuarial no es ajeno a la gestión que se realice desde la perspectiva de la Gerencia Financiera, por lo que la integración y alineamiento de las diferentes propuestas y acciones a realizar, son clave para cumplir con el objetivo de contribuir a la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud, en ese sentido debe conformarse un grupo de trabajo para el análisis de este proceso valorando riesgos, criterios actuariales, planificación y el tema financiero.

- **Presupuesto para resultados, presupuesto plurianual y las metodologías de asignación prospectiva**

La Caja dispone, en el 2017, de un presupuesto aprobado para el Seguro de Salud de ₡2,156,521.5 millones, los cuales se distribuyen en más de 300 unidades ejecutoras (centros de salud, administración y apoyo), lo cual genera un reto relevante para la Institución, de cara a un cambio de paradigma y en la forma tradicional que se venía realizando la asignación de recursos (básicamente sobre una base histórica), hacia nuevos mecanismos más prospectivos que consideren la situación de salud de las personas y promuevan la eficiencia, la rendición de cuentas y control de los recursos públicos.

En términos generales la Gerencia Financiera, a través de la Dirección de Presupuesto, así como en coordinación con las distintas Gerencias, deben establecer las estrategias de control que sean necesarias para que las unidades ejecutoras puedan brindar una justificación adecuada y fundamentada de los gastos, lo cual incluye el control, monitoreo y perfeccionamiento del sistema de control interno sobre esta temática, en procura de garantizar el uso eficiente y se oriente a contribuir con la prestación de los servicios con oportunidad y calidad.

Sobre el control y evaluación del plan - presupuesto existen diferentes niveles de responsabilidades en este proceso, iniciando por las unidades ejecutoras que deben velar por el estricto cumplimiento a la normativa que rige cada materia, en la generación de gastos de calidad, orientados a cubrir las necesidades reales y relacionadas con el cumplimiento de los objetivos de la Institución, de ahí la importancia de fortalecer los procesos de planificación y presupuesto en los distintos niveles, propiciando los mecanismos y herramientas necesarios para poder utilizar eficientemente los recursos, evaluar los resultados en torno al impacto en la prestación de los servicios, el fomento de la transparencia y rendición de cuentas de los diferentes seguros administrados, generando cambios en forma progresiva. En este sentido, se debe continuar con las acciones propuestas por la Gerencia Financiera para realizar gradualmente en la Institución los presupuestos para resultados y el presupuesto plurianual, así como sobre las metodologías de asignación prospectiva, que en términos generales considera lo siguiente:

- **Gestión por resultados:** proceso presupuestario en donde los decisores claves consideren en forma sistemática los objetivos previstos y los resultados alcanzados por los programas y las políticas públicas a lo largo de todo el ciclo presupuestario. El objetivo es mayor integración entre la planificación y el presupuesto, para lograr mayor trazabilidad entre las metas y los recursos utilizados, medir los resultados de la gestión a través de indicadores estratégicos, concretos y viables, fomentar la cultura de rendición de cuentas, asociar la asignación de los recursos al cumplimiento de resultados e identificar las responsabilidades de los gestores.

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





• **Metodología de asignación de recursos prospectiva:** recursos que se asignan para que una persona reciba la atención de los servicios de salud especificada durante un período de tiempo determinado. Es concurrente, utiliza información actual sobre la necesidad de asistencia de los servicios de salud a la población objetivo, para así mejorar la capacidad institucional en materia de gestión financiera y presupuestaria, con dos metodologías que se detallan a continuación:

✓ Asignar los recursos para el primer nivel de atención en función de la población y de sus características: edad, sexo, epidemiología y otras variables clínicas y sociodemográficas.

✓ El presupuesto per-cápita en el caso de las Áreas de Salud que consiste en asignar los recursos para el primer nivel de atención en función de la población y de sus características: edad, sexo, epidemiología y otras variables clínicas y sociodemográficas.

✓ En el caso de la atención hospitalaria, los recursos se asignarán según los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD), el cual es un sistema de clasificación de pacientes que agrupa los egresos hospitalarios basándose en criterios de similitud clínica e iso-consumo de recursos.

Sobre este particular en el informe ASF-199-2016, se recomendó a la Gerencia Financiera, al Director de Presupuesto y al Director de Planificación Institucional, sobre el fortalecimiento del proceso de asignación presupuestaria, el control y evaluación de los resultados obtenidos a través de metodologías que permitan medir la eficiencia, calidad y el impacto de los gastos del Seguro de Salud como el Presupuesto para Resultados, el Presupuesto Plurianual y las metodologías de asignación prospectiva, principalmente por la importancia de que exista una vinculación entre lo financiero y las metas establecidas.

Desde esta perspectiva, la Gerencia Financiera, presentó a la Junta Directiva en el artículo 19°, punto 1 de la sesión N° 8919 celebrada el 3 de agosto, 2017, los principales ejes estratégicos tendientes a garantizar la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud, dentro de los que se incorpora la asignación de los recursos que incluye el presupuesto para resultados, presupuesto plurianual y las metodologías de asignación prospectiva, por lo que el citado órgano colegido instruyó al despacho gerencial en un plazo de hasta dos meses, preparar una propuesta no sólo de política-plan, sino para formular una propuesta de acciones concretas para el fortalecimiento del régimen de salud.

Es necesario que la Gerencia Financiera, la Dirección de Presupuesto y la Dirección de Planificación Institucional, presenten un informe con las acciones concretas efectuadas para el abordaje de éstos temas orientados a modificar la forma tradicional de asignación, control y evaluación de los recursos presupuestarios, considerándose un reto Institucional la implementación paulatina de los cambios para ajustarse a las nuevas metodologías propuestas.

• **Sobre las inversiones en el Seguro de Salud**

El Seguro de Salud ha experimentado cambios en los recursos de las reservas en los últimos años, a saber: la naturaleza del fondo, pasó de ser de “reparto puro” a “reparto enmendado” donde es válido el disponer de recursos de inversión de mediano y largo plazo, lo cual significa modificar la estructura del portafolio en cuanto a emisores, emisiones, calificación del riesgo, sectores, entre otros, que se deben considerar en la nueva operativa del régimen, esto conlleva a una necesidad impostergable de definir la normativa técnica, los manuales de procedimientos y las responsabilidades de los diferentes actores involucrados en estos procesos.

Las reservas del Seguro de Salud que se administran con el portafolio de inversiones bursátiles y sobre las cuales se efectúan las compras de instrumentos financieros, incluidas en la Política y Estrategia de Inversiones del Seguro de Salud 2016, consideran las siguientes:





- a) Fortalecimiento de la Red Oncológica y Ley Control del Tabaco.
- b) Reservas del Seguro de Salud (aprovisionando los recursos necesarios a través de títulos valores a plazo para hacer frente a compromisos derivados del aguinaldo, las terceras bisemanas y el salario escolar de enero del próximo periodo)
- c) Garantías de cumplimiento por proyectos de infraestructura.
- d) Bonos CORBANA (recibidos por la Institución como pago de la deuda de cuotas obrero patronales).
- e) Recursos específicos para el financiamiento de proyectos especiales.
- f) OPC-CCSS.

Es importante mencionar, que la Gerencia Financiera dispone de una cartera total de inversiones del Seguro de Salud, al 31 de agosto, 2017, con un valor al costo de €711,166.67 millones, según el informe de la estructura de la cartera emitido por el Sistema de Control de Inversiones.

El Área Servicios Financieros en el periodo 2011–2016, ha emitido una serie de recomendaciones<sup>22</sup> con el propósito de fortalecer la gestión de las inversiones del Seguro de Salud, en este sentido a través de los diferentes seguimientos efectuados por esta Auditoría, se encuentran pendientes los siguientes aspectos:

- La modificación integral del Reglamento de Inversiones de las reservas del Seguro de Salud, el cual actualmente está en análisis de la “Comisión Simplificación de Trámites y Mejora Reglamentaria” de la Gerencia Administrativa.
- En el contexto de la reforma al citado reglamento se debe considerar la definición de la fecha máxima en que la Gerencia Financiera puede enviar a aprobación de la Junta Directiva, la Política de Inversiones del SEM de cada año.
- Además, se encuentra pendiente los resultados del análisis y valoración de la normativa institucional relacionada con las inversiones en títulos valores con recursos del Seguro de Salud, cuyo propósito es establecer las responsabilidades administrativas, supervisión y control del proceso de inversiones de dicho Seguro, este apartado debe ser en conjunto con la Gerencia de Pensiones.
- Se encuentra pendiente la implementación del respectivo manual de procedimientos para la gestión de inversiones en títulos valores, el cual se elaborará e implementará a partir de la aprobación de la modificación del Reglamento de Inversiones de las reservas del Seguro de Salud, esta situación debilita el control interno de la gestión y el cumplimiento del marco legal vigente.

El 17 de agosto, 2017, en el oficio GF-3012-2017, el Lic. Gustavo Picado Chacón, Gerente Financiero, dirigido a esta Auditoría, relacionado con la modificación al Reglamento para las inversiones de las reservas del Seguro de Salud, donde se propone la integración de los informes ASF-206-2011 (recomendación 3), ASF-392-2012 (recomendaciones 1 y 2), ASF-186-2014 (recomendación 1), ASF-49-2016 (recomendación 4) para ser abordados a través de la recomendación 2 del informe ASF-249-2016, indicó:

“Esta transformación de la forma de operar de las inversiones del Seguro de Salud, así como la cantidad de recursos disponibles, han generado que diferentes actores hayan emitido criterios que hemos tenido que analizar con detenimiento para presentar una propuesta acorde con las nuevas condiciones, recientemente inclusive se presentó el oficio CISS-35-2017, donde se trasladó la propuesta de reglamento para el análisis y verificación de la Ley 8220 a la Comisión Simplificación de Trámites y Mejora Reglamentaria, criterio que no hemos obtenido a la fecha y es requisito para continuar con el proceso de modificación del citado reglamento..

<sup>22</sup> Informes ASF-246-2011, ASF-392-2012, ASF-186-2014, ASF-49-2016 y ASF-249-2016



...Con el propósito de cumplir las distintas recomendaciones emitidas por la Auditoría Interna, procurando la eficiencia, evitar la duplicación de actividades y poder direccionar y canalizar los esfuerzos empleados de los diferentes informes asignados a esta Gerencia y sus dependencias, este despacho gerencial, propone que se integren para ser abordados en la recomendación 2 del informe ASF-246-2016, debido a que esta última recopila las acciones más recientes que se encuentran pendientes sobre este tema.

La anterior propuesta de articulación se realiza en el marco de facilitar el seguimiento de las recomendaciones y agilizar el cumplimiento de las mismas, enfocando los recursos de la Gerencia Financiera, la Dirección Financiero Contable y el Área Tesorería General en un solo producto de auditoría.”

*Esta Auditoría en el oficio 53649, avaló unificar estas recomendaciones y los aspectos pendientes de atención en procura de garantizar un abordaje efectivo, por lo cual le corresponde a la Gerencia Financiera en coordinación con las instancias técnicas pertinentes, realizar las acciones necesarias para fortalecer el proceso de las inversiones del Seguro de Salud y presentar un informe sobre el estado actual de éstas modificaciones en el proceso operativo y en lo reglamentario, por lo que es necesario valorar los posibles riesgos de no disponer del marco normativo actualizado, con el detalle de las responsabilidades y procesos a realizar para cada inversión.*

*Además, en el informe ASF-259-2016 “Auditoría de carácter especial referente a las funciones estratégicas que lidera la Dirección de Inversiones”, se evidenció que desde la conceptualización y los objetivos específicos se definió a la Dirección de Inversiones, como la unidad técnica en materia de las inversiones bursátiles a nivel institución, siendo la responsable de brindar el servicio para ambos seguros; no obstante, desde la reorganización aprobada en el 2005, han transcurrido 11 años, en donde el quehacer diario disuelve las competencias de esa dirección y la enfoca en la mayor atención de la colocación y administración de la cartera de títulos valores del Seguro de Pensiones y en mínima atención el portafolio del Seguro de Salud.*

*Asimismo, se comprobó que la vigente estructura organizacional de la Dirección de Inversiones, dicta que al Área de Administración de Cartera de Inversiones, le corresponde el informe mensual del estado de la cartera de inversiones del Fondo de Retiro de Empleados, documento que actualmente es elaborado por la Subárea de Gestión de Inversiones unidad de la Dirección Ejecutiva FRAP; asimismo, se cita un Comité de Inversiones, que en su momento fue institucional, sin embargo, actualmente existen tres comités de inversiones para cada uno de los fondos institucionales (IVM, SEM y FRE).*

*En el Reglamento de Inversiones de ambos seguros, no se incluye un artículo sobre la constitución del Comité de Riesgos, sus funciones y los requisitos de los integrantes, como si existe para el Comité de Inversiones; información que se encuentra en el Reglamento para la Administración Integral de Riesgos de los Fondos Institucionales.*

*Por lo que se recomendó el análisis de la Dirección de Inversiones, en el sentido de valorar si se constituirá en la instancia institucional para la Colocación de Valores y Administración de la Cartera de Inversiones en Títulos Valores del Seguro de Pensiones y de Salud.*



*En razón de lo anterior, es relevante que la Gerencia Financiera coordine con la Gerencia de Pensiones para que las inversiones del Seguro de Salud, se integren plenamente en la operativa de la Dirección de Inversiones, aprovechando la especialización, experiencia, el análisis de riesgos y capacidad instalada, por lo que se deberán valorar la realización de los ajustes pertinentes.*

*Al respecto, es necesario que se conforme un grupo de trabajo intergerencial por parte de la Gerencia Financiera, la Gerencia de Pensiones y la Gerencia Administrativa, para que realice un análisis integral respecto a la necesidad de valorar que la Dirección de Inversiones se constituya como la unidad técnica en materia de las inversiones bursátiles a nivel institución, y si desde el punto de vista organizacional y funcional debería pertenecer a la Gerencia Financiera, por cuanto el citado despacho es el principal responsable de la gestión de los recursos institucionales, y así dicha dirección pueda brindar los servicios al Régimen de Invalidez, Vejez, y Muerte, al Seguro de Salud, al Fondo de Ahorro y Préstamo y al Fondo de Retiro de Empleados, considerando que cada uno de éstos tiene su propio comité de inversiones y la operativa se concentra en una sola instancia técnica de inversiones.*

*Asimismo, se debe considerar que la Institución para el desarrollo de la gestión de inversiones a través de la Dirección de Inversiones realiza un solo contrato que aplica para diferentes fondos institucionales y no solo para el Seguro de Pensiones, como los contratos de servicios de intermediación para las inversiones bursátiles, el contrato con el custodia institucional de valores y el contrato con el proveedor internacional de precios de instrumentos financieros, PIPCA, es decir en algunos casos las diferentes acciones se realizan integralmente y en otros del proceso operativo se quiere presentar como una instancia enfocada al Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, estos aspectos son necesarios definirlos y ajustarlos para mejorar la eficiencia de los diferentes fondos que administra la Caja.*

• **Respecto al fideicomiso para la construcción de obra pública como mecanismo para la planificación y la inversión de los recursos disponibles**

*En el 2009-2011 el país enfrentó los efectos de la crisis financiera mundial, y en consecuencia también influyó en las finanzas la CCSS, siendo que la Institución tuvo que adoptar una serie de medidas restrictivas, uno de ellos relacionado con la inversión y el desarrollo de infraestructura, ampliando aún más la brecha en materia de infraestructura causados por los bajos niveles de inversión en décadas pasadas.*

*De conformidad con lo expuesto en apartados anteriores, las debilidades evidenciadas por esta Auditoría en la inversión de obra pública y específicamente de infraestructura en salud, se orientan a la planificación de las obras, debilidades en los estudios técnicos, dilación de los plazos, falta de coordinación intergerencial, sobredimensionamiento de los proyectos, inadecuado control de los costos, avance y resultados, así como la falta de una integralidad en la visión de cara al fortalecimiento de la prestación de los servicios de salud y en armonía con la sostenibilidad del Seguro de Salud.*

*Sin embargo, a partir del 2012, los efectos negativos sobre las finanzas disminuyeron y a partir de ese momento se ha reflejado una mayor estabilidad financiera del Seguro de Salud, inclusive evidenciándose por esta Auditoría que se han presentado excedentes, para el periodo 2016, ascendieron a ¢383.484 millones, de acuerdo a la información de los estados financieros.*

*En el informe ASF-162-2014 “Análisis del comportamiento presupuestario de los ingresos y egresos del Seguro de Salud, durante el periodo 2009-2013.”, se le recomendó al Cuerpo Gerencial, que estos recursos deben focalizarse y estar asociados a proyectos relevantes y de áreas prioritarias en infraestructura, equipamiento médico, insumos y recurso humanos, entre otros, mediante planes técnicamente fundamentados, que permitan impactar la calidad en la prestación directa de los servicios que reciben los diferentes usuarios de la Institución.*



*La Gerencia Financiera elaboró el documento denominado “Estimación de los gastos recurrentes de los proyectos infraestructura y su sostenibilidad financiera para el período 2015-2051”, que tenía como objetivo estimar los costos recurrentes asociados a los proyectos de inversión en infraestructura previstos a desarrollar en los próximos años por la CCSS y determinar la sostenibilidad financiera de estas inversiones.*

*En esa línea, y en atención a lo solicitado por la Junta Directiva, referente a analizar las opciones para incrementar la capacidad institucional en el desarrollo de Infraestructura, la Gerencia Financiera y la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, mediante oficio GF-40.737-15 GIT- 46.221-15 del 08 de octubre de 2015, presentaron a ese órgano colegiado el documento denominado “Análisis de viabilidad para la contratación de Fideicomiso, destinado a la construcción y equipamiento de infraestructura en la CCSS”, cuyo contenido incluía:*

- a) La situación actual de infraestructura de obra física Institucional.*
- b) La brecha de gestión de los proyectos de infraestructura y los factores que inciden en un posible crecimiento y su capacidad de gestión.*
- c) La exploración de esquemas alternativos que permitan alcanzar las necesidades de obras planteadas por la Institución.*

*El 25 de agosto de 2016, la Junta Directiva conoció y aprobó el Portafolio de Proyectos a incluir en el Fideicomiso de Desarrollo de Obra Pública, por lo cual acordó en el artículo 13°, de la sesión N° 8860 del 25 de agosto de 2016, lo siguiente:*

*“ACUERDO PRIMERO: aprobar el Portafolio de Proyectos que será incluido en el Fideicomiso de Obra Pública a contratar por la Caja Costarricense de Seguro Social con una entidad pública autorizada para tales fines y que incluye la construcción de Sedes de Áreas de Salud y EB AIS, Sucursales y Direcciones Regionales Financieras, y el Centro de Almacenamiento y Distribución de la Gerencia de Logística.*

*ACUERDO SEGUNDO: en cumplimiento con lo dispuesto por la Junta Directiva en el artículo N°8 de la Sesión N°8819, celebrada el 11 de enero de 2016, se instruye a la Gerencia Financiera para que lleve a cabo el proceso de indagación y análisis de los Bancos Estatales o Instituciones Públicas, que se encuentran autorizadas para la estructuración y administración de fideicomisos...”.*

*En el informe ASF-242-2016, se solicitó revisar que el “Programa de mejoramiento de los servicios, infraestructura y equipamiento de los centros de salud, logísticos y financieros de la CCSS”, dentro del cual para su ejecución se encuentran incorporados parte de los excedentes del Seguro de Salud, se considere la proyección de los recursos financieros necesarios para la puesta en operación y sostenimiento de los servicios, de acuerdo a los gastos complementarios que conlleva cada uno de los programas que se lleguen a definir. Este aspecto fue igualmente recomendado por el Lic. Carlos Montoya Murillo, Jefe Área Tesorería General y el Lic. Iván Guardia Rodríguez, Director Financiero Contable en el oficio DFC-1710-17 / ATG-1711-17, del 8 de setiembre, 2017, en el cual se indicó en el apartado 5.3, lo siguiente:*





“(…) brindar un estricto seguimiento a los proyectos de mejoramiento de infraestructura y desarrollo de nuevas obras, debido a su impacto en los gastos ordinarios asociados (Gastos recurrentes), principalmente si se trata de obras mayores como hospitales, áreas de salud, plazas, bienes y servicios, entre otros, que ameritan incremento en la asignación presupuestaria y por ende el impacto en el Flujo de Efectivo.”

*Sobre la construcción de obra pública, en el artículo 49 de la sesión de Junta Directiva 8900 del 20 de abril, 2017, se autorizó a la Presidenta Ejecutiva, suscribir el contrato para un Fideicomiso de Obra Pública y gestionar las acciones pertinentes para que se hiciera de conocimiento y aprobación por parte de la Contraloría General de la República, acciones que se realizaron en mayo y junio del presente año. Posteriormente en julio se recibieron y atendieron las solicitudes de aclaración realizadas por parte de la Contraloría General de la República (DCA-1426-2017) y se efectuó la sesión Intergerencial sobre integración de estructuras que participan en la ejecución del fideicomiso.*

*Este Fideicomiso de Obra Pública comprende un total de 53 obras por un monto aproximado de ₡263.8 mil millones, que comprende sucursales, direcciones regionales de sucursales, áreas de salud y el centro de distribución, siendo relevante indicar que la institución va a financiar estos proyectos con recursos del Seguro de Salud. Dentro de los aspectos que deben tenerse presentes por parte de la Administración Activa para procurar una adecuada ejecución del mismo se encuentran:*

- a) Gestionar la integración de los equipos de trabajo destinados a la atención del fideicomiso.*
- b) Definir los modelos de trabajo y de toma de decisiones, que garanticen el cumplimiento del cronograma establecido para la ejecución de las obras del fideicomiso.*
- c) Proyectar y planificar los recursos financieros necesarios para la puesta en operación y sostenimiento de los servicios e infraestructura de cada una de las diferentes obras que se van a desarrollar.*

*El 8 de setiembre, 2017, en el oficio DFC-1710-17-ATG-1711-17, el Lic. Iván Guardia Rodríguez, Director Financiero Contable y el Lic. Carlos Montoya Murillo, Jefe Área Tesorería General, dirigido al Lic. Gustavo Picado Chacón, Gerente Financiero, en el análisis del flujo de efectivo del Seguro de Salud, en lo que interesa, indicaron:*

*“se tienen las siguientes reservas: Reserva de Contingencias (₡22.8 mil millones), Plan de Innovación (₡25.4 mil millones, Fideicomiso Construcción Infraestructura y Equipamiento institucional (₡229.6 mil millones), Fondo Financiamiento Infraestructura Seguro de Salud (₡108.2 mil millones)...”*

*De lo anterior, se destaca que la Institución dispone recursos provisionados para la inversión en infraestructura por la orden de ₡337.8 mil millones, y específicamente para el desarrollo del Fideicomiso el 87% de los recursos necesarios para la construcción de las 53 obras que comprende, es decir, el financiamiento se va a realizar con recursos propios institucionales y no incluye utilizar recursos externos con mecanismos como la emisión de deuda a través de la titularización de valores.*

*Es relevante que la Gerencia Financiera continúe con las acciones necesarias para la aprobación del Fideicomiso por parte de la Contraloría General de la República para la construcción de la infraestructura de áreas de salud, el centro de distribución y de las oficinas orientadas a los servicios financieros de la institución (direcciones de sucursales y sucursales), asimismo, es pertinente que exista una vigilancia sobre los aspectos de riesgo relacionados con situaciones originadas en el entorno nacional que involucran al Banco de Costa Rica, en este sentido se debe velar por la transparencia, la rendición de cuentas y el uso adecuado de los recursos de la Institución.*





*Es importante que la Institución realice una administración integral del Fideicomiso, considerando la existencia de un Director General del Fideicomiso y un Administrador técnico (ingeniero) y un administrador financiero – Administrativo, con el propósito de la gestionar, evaluar resultados, analizar los riesgos financieros operativos, legales y de cumplimiento, por lo que se debe instruir a la Gerencia Financiera continuar la coordinación de las acciones necesarias en las siguientes etapas, con el apoyo de la Gerencia Médica y la Gerencia de Infraestructura en los aspectos que considere pertinente.*

**• Gestión de las Tecnologías de Información y Comunicaciones para mejorar la eficiencia en la administración de los recursos institucionales**

*Las Tecnologías de Información y Comunicaciones, revisten un rol importante para enfrentarse a los retos del Seguro de Salud, si bien se considera un medio para cumplir objetivos en la prestación de los servicios y facilitador de los procesos que se realizan, conforme han transcurrido los años se ha demostrado también que integran el CORE (núcleo) de cualquier empresa. Esto no escapa a la realidad institucional, en cuanto a la necesidad de mejorar la calidad de sus servicios para desarrollar prácticas con altos estándares y, a su vez, contribuir con las finanzas, la capacidad de respuesta y la toma de decisiones.*

*Los sistemas de información<sup>23</sup>, que forman parte de los procesos institucionales, no solo contribuyen con la gestión clínica, administrativa y organizacional, sino que se constituyen como una oportunidad de mejora para la creación, diseño e implementación de indicadores que recolecten datos, los transformen y permitan que sean utilizados para los fines gerenciales, es decir, acompañen la función sustantiva y la visión institucional.*

*Otro elemento importante, es la orientación y uso de la información que se obtiene producto de la operativa diaria, es decir, cómo se utiliza para la inteligencia del negocio, en este aspecto se deben explorar alternativas para facilitar los mecanismos en el análisis masivo de datos, la conectividad e integridad de los sistemas.*

*Es por esta razón, que la Auditoría en diferentes informes<sup>24</sup> ha señalado la necesidad de que la Institución documente la estrategia y las acciones concretas necesarias para implementar un modelo de gobierno de las Tecnologías de Información, lo cual debe tener un alineamiento con el modelo de gobernanza institucional, es decir, no puede verse de forma aislada, sino en una función de apoyo, de fortalecimiento y desarrollo de la gestión de la Caja.*

*Adicionalmente, la Institución dispone de información sensible sobre la población y usuarios del Seguro de Salud y del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, esto se convierte en un reto para desarrollar aspectos de seguridad de los datos, en cumplimiento de la regulación costarricense y como protección ante eventos propiciados por crackers y ciber-delincuentes, en esta línea la definición, revisión y evaluación de las políticas emitidas deben ser de vigilancia permanente.*

---

<sup>23</sup> Sistema Centralizado de Recaudación SICERE (Suite), Autogestión Planilla en Línea, Sistema Institucional para la Gestión de Inspección (SIGI), Oficina Virtual, expediente Digital Único en Salud (EDUS), Sistema de Presupuesto Institucional, Sistema de Registro y Control de Pago de Incapacidades (RCPI), Sistema de Gestión de Suministros (SIGES), Sistema Control de Bienes Muebles (SCBM), Actas y correspondencia de la Presidencia y Junta Directiva, Vigilancia Epidemiológica, Sistema Compras Externas, Sistema Informático de Contabilidad de Suministros (SICS), Sistema Integrado de Comprobantes (SICO), Módulo Integrado de Seguridad (MISE), Modelo de Datos Institucional (Codificaciones institucionales), Facturas Médicas, Sistemas de Recursos Humanos Web, Sistema Planilla, Sistema de CENDEISSS, y servicios como internet, intranet, Correo electrónico, Antivirus y active Directory, entre otros

<sup>24</sup> ATIC-287-2013, ATIC-72-2017 y ATIC-102-2017



*Por otra parte, la infraestructura tecnológica central se encuentra en el Centro de Cómputo Principal (CCP) en el Parque Tecnológico CODISA, esta soporta los sistemas de información y servicios digitales institucionales de alta relevancia, asociado no sólo al equipamiento computacional, sino además, a los requerimientos de hospedaje, continuidad, ambiente, monitoreo, telecomunicaciones, mantenimiento y demás gestiones que permitan la continuidad de los procesos que se encuentran vinculados a esa plataforma desde el punto de vista de las tecnologías de información y comunicaciones.*

*En cuanto a los diagnósticos de necesidades en materia de equipamiento y licenciamiento institucional, es de suma importancia que se incorporen elementos de conveniencia y sostenibilidad financiera, de forma tal que no sólo se cumpla con brindar la cobertura de servicios y la plataforma necesaria para el funcionamiento en las diferentes unidades de la Caja, sino a la vez garantizar el uso eficiente de los recursos y asegurar el máximo del aprovechamiento de las tecnologías disponibles en la Institución.*

*En razón de lo anterior, resulta fundamental que la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, en coordinación con el resto del Cuerpo Gerencial, y con el apoyo de los entes técnicos institucionales, elaboren las estrategias necesarias para el diseño e implementación del modelo de gobierno de las Tecnologías de Información, la evaluación desde el punto de vista de conveniencia y sostenibilidad del equipamiento, software y licenciamiento que se adquiere, el desarrollo de acciones continuas para el fortalecimiento de la seguridad física y lógica de la información, y la introducción de herramientas que contribuyan al análisis de datos para la creación y monitoreo de indicadores de la gestión administrativa y clínica, orientados en apoyar y contribuir con la eficiencia de los procesos y la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud.*

**• Relacionado con el Expediente Digital Único en Salud (EDUS) y el fortalecimiento de las capacidades financieras institucionales en materia de costos**

*Las tecnologías de información y comunicaciones representan para el mundo moderno una herramienta de cambio, la cual ha permitido mejorar la prestación de servicios a través de técnicas automatizadas minimizando el error humano e incorporando criterios como la eficiencia en los procesos para optimizar la forma como se brindan los servicios. Por ello, su adecuada administración e implementación son fundamentales a fin de brindar un valor agregado a los procesos institucionales.*

*El Proyecto Expediente Digital Único en Salud (EDUS) se conceptualiza por la Administración como un conjunto de aplicaciones y servicios que tienen el objetivo de automatizar los procesos de los servicios de salud y optimizar la calidad de la atención, según el modelo de servicios que ha adoptado la CCSS en materia de salud pública, el cual a su vez tiene el propósito principal de mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud<sup>25</sup>.*

*Dicho proyecto en sus fases de planificación, diseño, ejecución, implementación y operación, fue declarado de interés público y nacional en la Ley No. 9162<sup>26</sup> Expediente Digital Único en Salud, y a su vez se otorgó un plazo de cinco años para que la CCSS cumpla con la cobertura y funcionamiento de la citada herramienta en todo el territorio nacional.*

*A partir de la promulgación de la citada ley, la Junta Directiva institucional ha realizado las siguientes acciones:*

<sup>25</sup> Estudio de Pre-factibilidad del EDUS (2012), pág. 17 y 27.

<sup>26</sup> :Publicada en el Diario Oficial La Gaceta No. 182 del 23 de setiembre de 2013





- En la sesión N° 8577, artículo 26°, del 3 de mayo, 2012, conoció el estudio de prefactibilidad y viabilidad financiera del Proyecto EDUS, en esa misma sesión, ese Órgano Colegiado autorizó la continuidad del proyecto, declarándose de interés institucional. Asimismo, se avaló la creación de una unidad ejecutora para la administración y desarrollo del citado proyecto, la asignación de recursos financieros, el establecimiento del límite máximo de financiamiento, así como la definición de funciones e instancias que conforman el Comité Ejecutivo EDUS.
- En la sesión N° 8780, artículo 10, del 28 de mayo, 2015, la Junta Directiva acogió la “Propuesta de Abordaje para la implementación del Expediente Digital Único para el Nivel Hospitalario” y el estudio de factibilidad correspondiente.
- En la sesión N° 8826, artículo 24, del 18 de febrero, 2016, recibió informe sobre resultados del análisis de costo beneficio para el proyecto de implementación del Expediente Digital en el nivel hospitalario. De igual forma se aprueba la estrategia de implementación y la asignación de recursos financieros y se le solicita a la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, una propuesta para construir un equipo de alto rendimiento en el desarrollo de aplicaciones en salud EDUS-ARCA -autorizado en la sesión N° 8831, artículo 38° del 10 de marzo de 2016.

El Plan de Proyecto para la Puesta en marcha del EDUS II y III Nivel de Atención (versión 1.0, 2016), elaborado por la Dirección de del Proyecto EDUS, segmentó, los componentes a implementar en tres bloques, a saber; a) módulos quirúrgicos, urgencias y hospitalización, b) agendamiento y citación, así como el expediente de consulta externa, y c) visita hospitalaria y servicios de apoyo.

El 16 de diciembre, 2016, en el informe ATIC-223-2016 “Evaluación referente al avance en el desarrollo e implementación de soluciones que conforman el EDUS en los tres niveles de atención”, se indicó a la Administración:

“..en el proceso de puesta en marcha del EDUS en los tres niveles de atención se presentan debilidades en cuanto a la planificación confeccionada para el desarrollo de los sistemas de información por implementar en los establecimientos institucionales, sobre los indicadores de rendimiento definidos para la medición de los tiempos de respuesta en los aplicativos EDUS, así como respecto a la estrategia empleada para la sustitución del recurso humano involucrado en actividades propias de ese proyecto.

Así mismo, fueron señaladas oportunidades de mejora en torno al dimensionamiento de las capacidades de la plataforma y equipamiento en TIC empleado para soportar las aplicaciones EDUS, y respecto a la cobertura horaria del modelo de soporte implementado por la Institución.

Por otro lado, preocupa que existan establecimientos del I Nivel de Atención (Áreas de Salud y EBAIS) que al momento de elaborado el presente informe aun tengan pendiente la implementación de las soluciones EDUS<sup>27</sup> (SIAC, SIES, SIFF), puesto que el plazo otorgado a la Institución en la Ley No.9162 para su puesta en marcha venció el pasado 23 de setiembre de 2016.

En cuanto al nivel hospitalario, fue señalado el atraso por el orden de 178 días para la puesta en marcha del módulo de Admisión/Egresos del ARCA, así como sobre el eventual incumplimiento de los plazos establecidos para el funcionamiento del módulo quirúrgico en los Hospitales Nacionales.

<sup>27</sup> Corresponde al módulo de Urgencias, el cual no estaba dentro del alcance inicial del Plan de Proyecto.

...preocupa a este Órgano Fiscalizador que la planificación de la puesta en marcha del EDUS en el II y III nivel de atención, se incluyen fechas de finalización para el III Bloque (31 de diciembre de 2018) posteriores a la fecha límite establecida en el transitorio único de la Ley N°9162 Expediente Digital Único de Salud (23 de setiembre de 2018), así como que en dicha programación no se contemplen las Áreas de Salud donde se dispone de servicios como: salas de operaciones, urgencias..”

Los niveles de implementación aportados por la Administración para cada uno de los componentes actuales del EDUS hospitalario, se detallan a continuación:

**Cuadro 17**  
**Seguro de Salud**  
**Avance reportado en torno a la implementación de soluciones propias del Expediente Digital Único en Salud en el nivel hospitalario**

Bloque	Módulo a implementar	Hospitales donde se encuentra Implementado		Fecha estimada para finalizar la implementación
		Cantidad	Porcentaje	
I	ARCA Admisión/Egreso	29	100%	04/04/2016
I	ARCA Quirúrgico	25	93%	29/12/2016
I	EDUS Urgencias	25	93%	31/03/2017
II	EDUS SIAC	24	83%	31/07/2017
II	EDUS SIES	20	69%	31/05/2018
III	Visita Hospitalaria y Servicios Apoyo	0	0%	31/12/2018

Fuente: Informe ATIC-223-2016 y datos actualizados sobre la cantidad y porcentaje, según información del Proyecto EDUS.

El Lic. Manuel Rodríguez Arce, Director del Proyecto EDUS, referente a la implementación y el impacto en la prestación de los servicios, indicó que se está trabajando arduamente en el aumento de la cobertura de los diferentes módulos, en este sentido, la Junta Directiva, en el artículo 24 de la sesión N° 8924, celebrada el 31 de agosto, 2017, aprobó la creación de plazas en forma temporal para consolidar el EDUS-ARCA a nivel institucional. Además, señaló que el EDUS desde un abordaje integral traerá múltiples beneficios a los usuarios, al mejoramiento de los procesos y en la generación de indicadores para la toma de decisiones en materia de salud y financiera.

Adicionalmente, el Lic. Rodríguez Arce, señaló que si bien es cierto, la conceptualización del EDUS no estaba dirigida a fortalecer las capacidades financieras institucionales en materia de costos, se han realizado dos sesiones con la Gerencia Financiera y la Dirección del Plan de Innovación para integrar conceptos generales que permitan el costeo, en este sentido, es clave que la Gerencia Financiera y la Gerencia Médica, en conjunto con los entes técnicos pertinentes definan el Modelo de Costos que la institución va adoptar y a partir de ese momento se realicen coordinaciones para la integración EDUS-Plan de Innovación (ERP).

El “Informe sobre el Estado de Situación Financiera del Seguro de Salud de la CCSS” emitido por la Organización Panamericana de la Salud en julio 2011, en relación la necesidad de información de calidad para la determinación de estrategias, señaló:



(...) La información, precisa, confiable y oportuna, es un insumo indispensable para llevar a cabo procesos inteligentes de toma de decisiones, que incidan favorablemente sobre la gestión del sistema y el impacto de éste en el estado de salud de la población. En términos generales, el Seguro de Salud carece de una información integral, eficiente y eficaz, tanto a nivel central como local, particularmente en cuanto a los costos que implica efectuar ciertas intervenciones o programas. Por ejemplo, en la actualidad, la contabilidad de costos del Seguro de Salud no permite conocer el monto gastado por las actividades de promoción y prevención de la salud, ni tampoco el costo incurrido por la atención de enfermedades específicas, como el SIDA o el cáncer. De igual manera, hay una ausencia de datos confiables, para llevar a cabo análisis comparativos sobre el costo de contratar servicios con proveedores privados o producirlos internamente, y en caso de la primera opción, saber cuál debería ser el precio justo de la transacción. (...)"

*Este Órgano de Fiscalización y Control en diferentes productos emitidos ha señalado la preocupación en torno al avance en la implementación de estas soluciones del EDUS, no solo desde el punto de vista de la obligación del cumplimiento de una ley sino visualizando que estas herramientas van a contribuir directamente en el fortalecimiento y mejoramiento de los procesos de gestión de los servicios de salud, es decir, en procura de garantizar servicios con mayor eficiencia, calidad y oportunidad.*

*La información que se ha estado incluyendo y actualizando sobre los pacientes en los diferentes centros de salud, se convertirán en insumos claves para la toma de decisiones, desde el punto de vista clínico, epidemiológico, la formulación de políticas, la asignación de recursos y la definición de costos.*

*En cuanto al tema de costos, la Licda. Marcela Quesada Fallas, coordinadora del componente del ERP del Plan de Innovación para la Mejora de la Gestión Financiera, Administrativa y Logística en la CCSS basada en Soluciones Tecnológicas, señaló que producto de las acciones realizadas para la contratación de un ERP en la Institución, se han definido una serie de proyectos complementarios, y para el caso que interesa se está en proceso de contratar una consultoría orientada a la definición del Modelo de Costos Institucional.*

*Adicionalmente, la Licda. Quesada Fallas, indicó que se ha trabajado en el alcance de la contratación, y como parte de este proceso el Lic. Gustavo Picado Chacón, Gerente Financiero, instruyó realizar un estudio de la situación actual para que sirva de insumo para la empresa que eventualmente se adjudique. Por otra parte, se diseñó una propuesta de cartel que será sometida a conocimiento de los proveedores en una audiencia previa el próximo 19 de octubre, 2017. Además, se tiene definida la conformación de un grupo de trabajo por parte de la Institución para ser contraparte técnica en este proceso de contratación, que incorporaría un funcionario de costos hospitalarios y otro de costos industriales, así como 3 representantes de la Gerencia Médica (1 director regional, 1 director administrativo financiero de hospital nacional y 1 un director de área de salud).*

*Además, se debe solicitar que la Gerencia Médica y la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías presentar un informe sobre el análisis del avance de la implementación del EDUS, la evaluación de los costos del proyecto, el monitoreo de resultados en torno a las plazas creadas y cuál ha sido el impacto en la prestación de los servicios que se brindan a los usuarios de la institución.*





- ***Sobre el Plan de Innovación para la Mejora de la Gestión Administrativa, Financiera y Logística***

*La información financiera institucional se gestiona a través del Sistema Institucional Financiero (SIF), herramienta que fue implementada en 1979 y posee una arquitectura propietaria IBM, basada en Cobol IBM e IBM 390, así como otras aplicaciones informáticas que participan en el proceso financiero institucional, presentan un grado importante de agotamiento funcional y el ambiente tecnológico en que éstos funcionan es complejo, inadecuado y riesgoso<sup>28</sup>, al respecto esta Auditoría Interna ha emitido una serie de productos<sup>29</sup> que señalan la necesidad de disponer de un nuevo Sistema Financiero Institucional que integre la información generadas por los otros sistemas que afectan las transacciones financieras.*

*La Gerencia Financiera presentó ante la Junta Directiva el denominado “Plan de Innovación para la Mejora de la Gestión Financiera, Administrativa y Logística de la CCSS basado en soluciones tecnológicas”, cuyos componentes son la implementación a nivel institucional de un Enterprise Resource Planning (ERP) o Government Resource Planning (GRP), en las áreas financiera, administrativa y logística, así como el Proyecto de Modernización del Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE), con el objetivo de mejorar la gestión financiera-administrativa-logística para incrementar su capacidad operativa, establecer un modelo de gobierno para la implementación y sostenibilidad de proyectos e iniciativas institucionales, articular acciones de innovación y apoyarse en la integración de soluciones tecnológicas que faciliten la innovación.*

*Este Plan de Innovación, se desarrollará en tres fases:*

- a. Fase Cero en la cual se contrató a la firma Price Waterhouse Coopers Consultores, S.A. (Licitación Abreviada N° 2015LA-000029-05101, fase orientada al diseño y estructura del Plan de Innovación.*
- b. Fase Uno ejecución de las contrataciones sobre las soluciones integrales a implementar.*
- c. Fase Dos la implementación de las soluciones contratadas, los tres componentes principales incluyen la implementación de un ERP, modernización del SICERE y la Plataforma multicanal, no obstante, podrían surgir otros componentes, proyectos o iniciativas que deban integrarse al programa, las cuales serán documentados como proyectos complementarios para que la Institución los planifique a futuro.*

*Respecto de la fuente de financiamiento, la Gerencia Financiera indicó que se realizaría por medio de un fondo de reserva específico, conformado por los ingresos producto de los pagos efectuados por el Ministerio de Hacienda a favor de la CCSS, de conformidad con el convenio de pago firmado en julio del 2011, cuyos montos anuales corresponden a ¢7,800 millones, durante el período 2014-2016, además, los intereses generados de las inversiones de estos recursos también formarán parte del citado fondo, es así, como se proyectó un costo total de \$43 millones de dólares más los intereses correspondientes.*

*El 8 de setiembre, 2017, en el oficio DFC-1710-17-ATG-1711-17, el Lic. Iván Guardia Rodríguez, Director Financiero Contable y el Lic. Carlos Montoya Murillo, Jefe Área Tesorería General, dirigido al Lic. Gustavo Picado Chacón, Gerente Financiero, en el análisis del flujo de efectivo del Seguro de Salud, indicaron que se tiene ¢25.4 mil millones para la implementación del citado plan.*

<sup>28</sup>Altos componentes manuales, ausencia de indicadores claves de gestión, mejora continua y falta de ajustes a las mejores prácticas mundiales. Del mismo modo, respecto a los sistemas se determinó problemas como rezago tecnológico, altos tiempos de respuestas a las necesidades de los usuarios, ausencia de herramientas de inteligencia de negocios y actualización de datos vía procesos diferidos, entre otros.

<sup>29</sup> Oficio 51044, del 10-11-2011, oficio 39172, del 18-07-2012, oficio 29795, del 24-05-2013, informe ATIC-149-2014, del 01-09-2014, oficio SAD-ASF-14-26889-01, del 23-02-2015, oficio 55533, del 18-03-2016, oficio 55853, del 20-04-2016, informe ATIC-185-2016, del 01-12-2016, oficio 47756, del 19-01-2017, el oficio 49049, del 21-03-2017 y oficio 49493 del 4 de mayo del 2017, entre otros.



*Mediante informe ASF-18-2017, del 3 de marzo, 2017, este Órgano de Fiscalización y Control evidenció que se han gestado iniciativas que datan desde hace más de una década para efectuar la Modernización del Sistema Financiero Institucional (SIF), sin que a la fecha se haya cumplido con esta importante labor, llamándose la atención a las autoridades involucradas sobre la necesidad de concretar este proceso para fortalecer el sistema y tener información financiera oportuna y de calidad para la toma de decisiones. Por esta razón es prioritario para este Órgano de Fiscalización y Control, que la Gerencia Financiera y la Dirección del Plan de Innovación realicen el control, seguimiento y evaluación de los resultados obtenidos en las diferentes fases del proceso de desarrollo del Plan de Innovación para la Mejora de la Gestión administrativa, financiera y logística.*

*Sobre este mismo tema, ha llamado la atención de esta Auditoría que en la revisión que se hizo en su oportunidad, respecto a la definición del “Proceso Meta de Control de Costos” y la definición de “Requerimientos y RCF de Control de Costos v.2.0”, no se observó la participación de la Gerencia Médica, considerándose como un punto de alto riesgo, dada la importancia que las instancias técnicas tenga claridad de forma integral sobre lo que efectivamente requiere costear la institución para la adecuada toma de decisiones, tanto desde el punto de vista técnico, económico, y social, sin embargo, a través de un proyecto complementario del Plan de Innovación se está planteando la necesidad de definir el modelo de costos, aspecto que debe tener una participación activa de diferentes actores involucrados en el proceso.*

*Aunado a lo anterior, el Director del Proyecto del Plan de Innovación, debe considerar lo expuesto por la Auditoría en las diferentes evaluaciones, y redoblar esfuerzos para que la información contable-financiera sea analizada, depurada y conciliada en los diferentes sistemas que alimentan al SIF, previo a las migración que se deba realizar, de manera que las nuevas soluciones tecnológicas puedan disponer de información confiable, íntegra y de calidad que contribuya en la toma de decisiones del nivel superior.*

*Asimismo, se ha enfatizado en la necesidad que se formulen y ejecuten estrategias de implementación que incluyan todas las medidas para minimizar el eventual riesgo de que el proyecto no logre sus objetivos, no satisfagan los requerimientos o no cumplan con los términos de tiempo y costo preestablecidos.*

*Además, que las autoridades responsables analicen los riesgos que podría tenerse, al no integrar equipos de trabajo estables durante todo el ciclo del proyecto, esto debido a que el cambio de altos mandos/directores tiene un riesgo alto, dado que provoca inestabilidad y el consiguiente retraso en la planificación establecida. La definición de un equipo de trabajo durante todo el proyecto, es un factor crítico de éxito, tanto desde el punto de vista de desarrollo del proyecto como en la inversión económica. La modernización del sistema de información financiero institucional, constituye un elemento fundamental para la administración eficiente de los recursos en el seguro de salud y pensiones, y en el caso específico del Seguro de Salud objeto de análisis de este oficio, representa un soporte o garantía para su estabilidad y sostenibilidad financiera.*

*El 19 de mayo, 2017, en el oficio 49.926, la Sra. Emma C. Zúñiga Valverde, Secretaria Junta Directiva, dirigido al Lic. Gustavo Picado Chacón, Gerente Financiero y al Lic. Luis Rivera Cordero, Director del Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE) y Director del Proyecto Plan de Innovación, transcribe lo dispuesto por la Junta Directiva, en el artículo 25° de la sesión N° 8901, celebrada el 27 de abril, 2017, donde conocieron los resultados de la fase cero del Plan de Innovación y acordó:*



“ACUERDO PRIMERO: dar por conocidos los productos y resultados finales de la denominada Fase Cero del Plan de Innovación, elaborados de manera conjunta por un equipo técnico de la Caja Costarricense de Seguro Social y la empresa consultora PWC (PriceWaterhouseCoopers), en el cual se describen los alcances definidos para los tres componentes del Plan, los proyectos complementarios, el modelo de administración, el nivel de inversión y plazo de duración de la fase de implementación, el análisis de riesgos y medidas para su mitigación, los términos de referencia para la contratación de las soluciones tecnológicas asociadas con el Plan, el modelo de contratación administrativa óptimo para tales fines, entre otros elementos de valor.

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

ACUERDO TERCERO: instruir a la Gerencia Financiera y a la Dirección del Plan de Innovación para que, con la asesoría técnica de la empresa PriceWaterhouseCoopers (PWC), presenten en el plazo de un mes, una propuesta que contenga los aspectos necesarios e indispensables que permitan la puesta en marcha del “Modelo de Administración del Plan de Innovación” diseñado en la Fase Cero que incluya: roles, funciones y estructura; distribución y niveles de responsabilidad; potenciales candidatos para asumir las tareas de Patrocinador, Director y Coordinadores de Programas; equipos técnicos de proyectos y grado de disponibilidad laboral; mecanismos para satisfacer las necesidades de personal adicional; una estimación de los costos directos e indirectos en que se debe incurrir para la implementación del Modelo, entre otros elementos.

ACUERDO CUARTO: con el propósito de lograr un desarrollo integral y articulado de las diversas iniciativas estratégicas que se encuentran en proceso de ejecución a nivel institucional, entre las cuales destacan: Reestructuración Organizacional del Nivel Central, Fortalecimiento de la Prestación de los Servicios de Salud, Modelo de Gobierno en TIC (Tecnologías de Información y Comunicación), Expediente Digital Único en Salud (EDUS), Desarrollo de las Funciones Estratégicas de Recursos Humanos, y el Programa para Resultados del Banco Mundial, instruir a la Dirección del Plan de Innovación, para que las acciones por ejecutar, en las siguientes fases, se sujeten estrictamente a los acuerdos institucionales existentes sobre tales proyectos y se coordine lo correspondiente con los equipos responsables de éstos.”

*Actualmente la Dirección del Plan de Innovación se encuentra en el proceso de realización de audiencias previas al cartel para la contratación de la fase 1, donde se invitó a posibles proveedores para que conocieran y realizaran las observaciones al borrador del pliego cartelario, encontrándose actualmente en el análisis de los diferentes señalamientos obtenidos en estas prácticas y en la definición del cartel que se trasladará al Área de Adquisiciones de la Gerencia Logística.*

*Por otra parte, es necesario que la Gerencia Financiera continúe ejerciendo el liderazgo del Plan de Innovación y las coordinaciones pertinentes con la Dirección del Plan de Innovación, también es pertinente gestionar la presentación de “Modelo de Administración del Plan de Innovación” diseñado en la Fase Cero que incluya: roles, funciones y estructura; distribución y niveles de responsabilidad; potenciales candidatos para asumir las tareas de Patrocinador, Director y Coordinadores de Programas; equipos técnicos de proyectos y grado de disponibilidad laboral; mecanismos para satisfacer las necesidades de personal adicional; una estimación de los costos directos e indirectos en que se debe incurrir para la implementación del mismo.*



## V. CONSIDERACIONES

*El Seguro de Salud en los últimos 3 años muestra una mejoría en el comportamiento de los ingresos y egresos, presentándose antes del 2012 un periodo de crisis que exigió la adopción de medidas restrictivas y correctivas, posteriormente se logró alcanzar el equilibrio financiero producto de múltiples acciones para mejorar la recaudación y la recuperación, así como para controlar los gastos, principalmente los asociados a la planilla institucional (creación de plazas, ajustes salariales, regulación de tiempos extraordinarios, discusión de la estructura salarial), las prestaciones y el reforzamiento de la inversión en infraestructura y equipamiento, y es precisamente a partir de este momento donde el reto de la estabilidad y la sostenibilidad del régimen se empiezan a gestar como una necesidad imperante de la Administración, sumado a los múltiples desafíos para mejorar la gestión y el quehacer institucional de cara a brindar servicios a los usuarios con oportunidad, eficiencia, eficacia, economía, calidad, y calidez.*

*La financiación del Seguro de Salud, los cambios demográficos, epidemiológicos y económicos, así como los diferentes desafíos que se originan en tendencias mundiales (nuevas modalidades de empleo, el uso de la tecnología, la robotización y automatización de los procesos), requiere el análisis conjunto de múltiples actores, especialmente los niveles gerenciales en forma integrada, con el liderazgo de la Gerencia Financiera como principal gestora de los recursos institucionales y cuyo rol será clave para afrontar los retos futuros de la Institución.*

*En esa misma línea, la Auditoría Interna a través de un proceso sistemático de fiscalización, asesoría y prevención; ha emitido una serie de productos, observaciones, recomendaciones y consideraciones dirigidas a los diferentes niveles de la organización, así como en distintos ámbitos de acción del Seguro de Salud, con el propósito de contribuir para la toma de decisiones y procurar el uso transparente, eficiente y eficaz de los recursos.*

*Por esta razón, el análisis financiero, presupuestario y de algunos indicadores relevantes del Seguro de Salud, así como de los principales retos y consideraciones desde el punto de vista de fiscalización para la sostenibilidad del Régimen, se orientan al acompañamiento y asesoría a la Administración, por lo que las consideraciones que se detallan a continuación se espera sean analizadas en el contexto de la definición de la Política de Sostenibilidad Financiera del Seguro de Salud y en el establecimiento de los planes de acción concretos en los diferentes ejes e indicadores, correspondiendo a las Autoridades competentes, en su función decisora, adoptar las medidas en relación con el manejo transparente y apegado a la legalidad de los recursos que administra la Institución, concordante con normas de buen gobierno, sana administración y protección de los intereses financieros y económicos que le han sido confiados.*

*Aunado a lo anterior, es importante mencionar que la Junta Directiva en la sesión 8919 artículo 19 punto 1, del 3 de agosto, 2017, encomendó al Presidente Ejecutivo y al Cuerpo Gerencial formular una propuesta de acciones concretas para el fortalecimiento del Seguro de Salud en un plazo de dos meses.*





## ***I. Sobre la situación financiera del Seguro de Salud***

### ***Ingresos***

*A partir del 2011, los ingresos muestran una tendencia sostenida de crecimiento en mayor medida al incremento que presentan los gastos, salvo por el resultado obtenido con cierre al 31 de diciembre, 2016 (¢2.278.586 millones), donde los ingresos en términos reales disminuyeron un 1.3% (¢23,681 millones) con respecto al resultado del 2015 (2.302.267 millones). La tasa de crecimiento de los ingresos en términos nominales y reales, durante el período 2011 al 2016, fue de 10.38% y 7.54% respectivamente, y en el caso de los gastos fue de 6.41% nominal y de 3.68% real.*

*Las principales partidas de ingresos corresponden a “Cuotas Particulares” y “Productos por Servicios Médicos”, siendo esta última la que presentó una fuerte disminución del 2015 al 2016 en ¢145,084 millones.*

*Los ingresos por cuotas particulares del 2011 al 2016, han representado para el Seguro de Salud entre el 72% y el 81% del total de los ingresos. Estos han tenido un comportamiento variable, aunque analizados los últimos 5 años presentan un crecimiento en términos nominales y reales del 9.96% y 7.13%, respectivamente.*

*Las principales partidas que componen los ingresos por cuotas particulares son: “Cuota Patronal Sector Privado”, “Cuota Trabajador Sector Privado”, “Cuota Patronal Gobierno Ministerios”, Cuota trabajador cuenta propia”, “Cuota Trabajador Gobierno Ministerios” y “Cuota Trabajador Sector Público”.*

*Los ingresos no tributarios, que registraron ¢103,856 millones, están compuestos mayoritariamente en un 52.4% (¢54,466 millones) por la venta de bienes y servicios, y en un 39.4% (¢40,963 millones) por los ingresos de la propiedad que incluyen, entre otros, ¢17,629 millones relacionados con la deuda del Gobierno Central, y ¢1,386 millones correspondientes a la DESAF, ligados a la deuda por la atención de los asegurados por el Estado. Este grupo de ingresos presentó un incremento para el 2016 de ¢28.168 millones.*

***1) Para la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud, es importante que la Gerencia Financiera, en conjunto con el resto del Cuerpo Gerencial, concreten la conformación del Consejo de Sostenibilidad del Seguro de Salud o gestionen los ajustes pertinentes para que el Consejo Financiero asuma esa labor, de acuerdo a lo requerido por la Auditoría Interna en el informe ASF-199-2016. Así, con el apoyo de la Dirección Actuarial y Económica y la Dirección de Planificación Institucional, diseñen y ejecuten una política de sostenibilidad financiera, en el corto, mediano y largo plazo, la cual deberá ser objeto de seguimiento para valorar su correcta implementación y evaluación de sus resultados.***

*Además, se deberán definir las líneas de acción en procura de diversificar los ingresos del Seguro de Salud, analizando las alternativas que sean técnica, financiera y políticamente más viables. Entre las opciones que pueden valorar se encuentran:*

***2) Diversificar las fuentes de financiamiento por medio de impuestos, es una alternativa que debe ser analizada ante los cambios en el empleo que se están presentando a nivel mundial y en Costa Rica, que impactan directamente en la recaudación por contribuciones a la Seguridad Social, rubros que representan entre del 72% y el 81% del total de los ingresos.***





*En este sentido, la Gerencia Financiera debe continuar trabajando en la búsqueda de nuevas fuentes de ingresos para el Seguro de Salud, como puede ser la creación de impuestos indirectos o especiales sobre aranceles aduaneros, importaciones, sobre alimentos “no saludables”, bebidas alcohólicas, servicios, así como otras alternativas que pueden llegar a considerarse, como lo planteado por ese despacho gerencial respecto a los impuestos a los turistas extranjeros.*

**3) Sobre las acciones estratégicas en la diversificación de ingresos y ampliación de cobertura, la Gerencia Financiera, a través de sus instancias técnicas se encuentran desarrollando una serie de proyectos orientados a poblaciones que históricamente han sido de difícil cobertura (servidoras domésticas, recolectores de café, microempresarios, entre otros), así como, la transición del beneficio familiar hacia la protección familiar brindada por el Seguro de Salud, lo que representa en un horizonte de mediano plazo el mejoramiento de ingresos por éstas nuevas modalidades de aseguramiento y/o por la redefinición conceptual que se visualiza.**

*Por lo anterior, es importante que la Gerencia Financiera a través de sus instancias técnicas, presenten las propuestas de implementación y posteriormente, realicen un monitoreo constante del cumplimiento de los objetivos, metas, resultados obtenidos e impacto financiero y actuarial en el Seguro de Salud, a partir de la puesta en marcha de estas estrategias.*

*La Gerencia Financiera, deberá brindar seguimiento periódico a los indicadores ligados a la cobertura y la recaudación, asimismo, es relevante continuar con el análisis de la evolución en el aseguramiento de las servidoras domésticas, que permita de acuerdo a esos resultados, ajustar la escala de las Bases Mínimas Contributivas Reducidas y fortalecer el proceso operativo, si se llegasen a evidenciar vacíos normativos, procediendo con las modificaciones reglamentarias oportunas que correspondan.*

*Aunado a lo anterior, se deben investigar y detallar los principales grupos de trabajadores de difícil cobertura como los agricultores, sector construcción, entre otros, junto con las características propias de estos, con el fin de plantear, según se considere conveniente, una estrategia de aseguramiento concreta para cada uno, que incorpore, entre otros aspectos, los siguientes:*

- *Población estimada dentro de cada grupo.*
- *Costo estimado para el Seguro de Salud en la prestación de los servicios.*
- *Características de la población: sexo, edad, estimación de ingresos según actividad.*
- *Alternativas de porcentajes de contribución (financiamiento), según sea bipartito o tripartito.*
- *Beneficios.*
- *Impacto financiero y actuarial.*

*Es importante que se reflexione por la Administración del Seguro de Salud y el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte que debe existir una armonía, un alineamiento y una proactividad en cuanto a las decisiones que se adopten para la sostenibilidad financiera, por cuanto a pesar de que la naturaleza de cada régimen es diferente existe una vinculación innegable entre ambos seguros.*

*Por lo anterior, la Gerencia Financiera y la Gerencia de Pensiones, deben analizar y establecer las mejores estrategias para lograr el aseguramiento de los grupos de difícil cobertura, y que actualmente por sus condiciones socioeconómicas no cotizan para la seguridad social, con el fin de que dispongan con modalidades de aseguramiento que se ajusten a su perfil, pero que a su vez, con base en estudios técnicos, financieros y actuariales, no afecten la sostenibilidad de ambos seguros. Entre las alternativas que se pueden analizar está el fraccionamiento de bases mínimas contributivas, entre otras.*



*Además, en las iniciativas y cambios propuestos orientados a modificar la forma en que tradicionalmente la Institución estaba brindando la cobertura de aseguramiento, y principalmente sobre los beneficios familiares, se requiere que la Gerencia Financiera y sus instancias técnicas, brinden continuidad a la necesidad de ser más eficientes y de migrar a conceptos de mayor integralidad, donde se evalúen los beneficios otorgados a los usuarios, así como su correcto aseguramiento.*

*Lo anterior, se visualiza como un reto para el cambio en el modelo de gestión y consigo lleva implícito la integración de los sistemas informáticos y plataformas tecnológicas disponibles, la revisión del correcto aseguramiento de los usuarios y evitar la evasión de las obligaciones, como estrategia para mejorar los ingresos y en el control de los gastos del Seguro de Salud.*

**4) La deuda del Estado al 30 de junio, 2017, ascendió a €974.847 millones de los cuales €876,573 millones corresponden al Seguro Salud, y €98,274 millones al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, según información suministrada por la Dirección Financiero Contable.**

*La Gerencia Financiera, por medio del Equipo Técnico Interinstitucional, conformado en conjunto con el Ministerio de Hacienda, ha venido trabajando en la revisión y negociación de los adeudos del Estado con la Caja, sin embargo, como se indicó, quedan sumas pendientes de pago a favor de la institución que deben negociarse, por lo cual es necesario continuar con este proceso, con el fin de que se puedan disponer de esos recursos para mejorar la capacidad de inversión y mejoramiento de los servicios de salud. Lo anterior, a pesar de la compleja situación fiscal del país que puede dificultar y entorpecer futuras negociaciones.*

*Aunado a lo anterior, debe establecerse un proceso de conciliación periódico de las sumas pendientes de pago por parte del Estado con el Ministerio de Hacienda, para que las negociaciones se realicen de forma expedita, así como, acordar el pago periódico de estas obligaciones para evitar que se acumulen saldos por pagar tan elevados, que podría poner en riesgo de liquidez a la institución.*

*El cumplimiento de las obligaciones del Estado con la Seguridad Social, a través del tiempo ha tenido diversos aspectos que no han permitido concretar y normalizar el pago oportuno de la totalidad de los rubros del Seguro de Salud y en menor grado del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, desde la interpretación jurídica de las diferentes normas, la creación de alcances y obligaciones sin el respectivo financiamiento de respaldo y hasta aspectos políticos que en algunos casos no han favorecido el avance en este tema.*

*En razón de lo anterior, es prioritario que la Presidencia Ejecutiva y la Gerencia Financiera, para mejorar el control sobre la recaudación de los adeudos por las atenciones otorgadas a poblaciones específicas, debe analizar la conveniencia de plantear ante el Ministerio de Hacienda, cuáles son las obligaciones con la Seguridad Social del Gobierno, y elaborar una propuesta de integración mediante un proyecto de ley para definir las claramente, para que a partir de ese momento estas deudas sean vistas como un único programa y que se incluyan en el Presupuesto Nacional de cada año, asignando una partida presupuestaria específica para la Institución, en aras de que exista una fuente de financiamiento que respalde dichas obligaciones. Dentro de estas poblaciones se encuentran: Código, Niñez y Adolescencia, Madre Adolescente Embarazada, Convención Iberoamericana de derecho de los Jóvenes, Mujeres con Cáncer de Cérvix, Fertilización In-Vitro, entre otras. En este sentido, el manejo político y liderazgo de la Presidencia Ejecutiva en conjunto con el acompañamiento técnico de la Gerencia Financiera, resulta muy importante a efecto de que se concrete esta propuesta, para fortalecer el control, la transparencia y oportunidad en el pago de la deuda del Estado.*



*En relación al convenio de pago suscrito entre la Caja y el Ministerio de Hacienda<sup>30</sup>, por la suma de \$420.000.000 (cuatrocientos veinte millones de dólares), cuyos desembolsos dependen de la consecución de los “Índices Ligados al Desembolso (ILD)”, el Presidente Ejecutivo debe valorar el nombramiento formal de la persona con las competencias suficientes para asumir la coordinación del proyecto, con el fin, de que se le brinde el debido seguimiento al cumplimiento de cada uno de los indicadores por parte de las diferentes instancias institucionales responsables de su ejecución, permitiendo la atención y corrección oportuna de situaciones que dificulten ajustarse a lo establecido en el convenio. En esta labor, debe garantizarse que el Plan de Acción formulado, se ejecute estrictamente y los responsables se ajusten a las fechas programadas en la resolución de dichos indicadores.*

*Además, es necesario que la Presidencia Ejecutiva maneje una estrecha coordinación con la Gerencia Financiera para el monitoreo y desarrollo de las diferentes actividades incluidas en este proyecto institucional, que se orienta principalmente a poder recibir la totalidad del monto del préstamo suscrito por el Gobierno y paralelamente fortalecer los servicios del Seguro de Salud.*

**5) El aseguramiento: el fortalecimiento de las funciones ejecutadas por el servicio de inspección y aumento de la cobertura, así como las estrategias para combatir la evasión y subdeclaración, son temas complejos de abordar y que impactan de forma importante los ingresos de Seguro de Salud, considerando la evolución de las modalidades de trabajo con el uso de las nuevas tecnologías, los robots como sustitutos de la mano de obra tradicional, la migración de trabajadores, las relaciones laborales internacionales donde la comunicación se realiza mediante los ordenadores, aplicaciones y el uso de internet, por lo cual la Gerencia Financiera a través de las instancias pertinentes, debe desarrollar estrategias, planes y convenios con diferentes instituciones para poder hacerle frente y encontrar soluciones que contribuyan con el Seguro de Salud y el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte.**

*Adicionalmente, la Gerencia Financiera con el apoyo de la Dirección de Inspección, deben establecer, con base en los resultados de la gestión de esa dirección de los últimos años, nuevos planes y proyectos que permitan mejorar la fiscalización de las diferentes actividades económicas, en procura del oportuno y correcto aseguramiento de los trabajadores. Estas estrategias que se lleguen a definir, deben disponer con objetivos y metas concretas que faciliten su seguimiento, control y evaluación.*

*En este sentido es importante que se consideren las buenas prácticas obtenidas a través de la capacitación desarrollada en Francia en el “Taller buenas prácticas para el control de la evasión” y la búsqueda de otras alternativas considerando la experiencia de otros países o las sugerencias de organizaciones internacionales, que pudiesen ser aplicables en Costa Rica, con el propósito de tener una mejor focalización y abordaje de los casos sujetos a contribuir con la Seguridad Social, así como, con el correcto aseguramiento de los trabajadores.*

*Además, es relevante que la Gerencia Financiera continúe con las gestiones para determinar la posibilidad de implementación y uso a nivel nacional de la herramienta “Índice Compuesto de Indicios de Evasión” (ICIE), con el fin de disponer de un indicador que permita ubicar las zonas donde los patronos muestran mayor incidencia de evasión patronal y se haga extensiva la aplicación de este instrumento a los trabajadores independientes.*

<sup>30</sup> Fondos provenientes del contrato de préstamo N.º 8593-CR firmado entre el Gobierno y el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento.



*Por otra parte, la Dirección Actuarial y Económica, debe analizar el realizar estudios específicos de evasión, que permita medir y monitorear su comportamiento, así como, plantear las recomendaciones técnicas que sean pertinentes para su abordaje en la Institución. Estos informes pueden ser utilizados como un insumo más para las valuaciones actuariales.*

**6) Los recursos percibidos por el Seguro de Salud correspondientes a riesgos excluidos y pacientes no asegurados, representan una importante fuente de ingresos para cubrir los gastos incurridos en las atenciones médicas de estos grupos. Del total de ingresos de la partida por servicios médicos, los pagos realizados por el INS por el seguro de riesgos del trabajo y póliza de accidentes de tránsito, representaron el 12.05% al 31 de diciembre, 2016. Este rubro ha mostrado una importante evolución en los últimos 3 años.**

*En cuanto a los pacientes no asegurados, no se está garantizando que se facture el 100% de los costos que representa para la institución las atenciones médicas brindadas a este grupo. Los controles existentes no facilitan ejercer una revisión constante, ágil y oportuna sobre el ingreso de estos pacientes, así como, mantener el detalle de las consultas, exámenes, hospitalizaciones, procedimientos y demás servicios médicos brindados, para su facturación.*

*Los estudios realizados por esta Auditoría, han señalado avances importantes en la recaudación de ingresos por ese concepto, sin embargo, en aras de continuar mejorando los ingresos institucionales, se le ha solicitado a la Administración fortalecer lo referente a la recaudación por servicios médicos brindados a pacientes por riesgos excluidos y la atención de pacientes no asegurados.*

*Por esta razón, el Gerente Financiero y la Gerente Médica, de forma articulada deben brindar el respaldo que las unidades locales requieren y en forma conjunta establecer las estrategias para lograr con eficiencia la identificación, facturación y recuperación de los costos que representa a la Institución la atención de pacientes por riesgos excluidos y la atención de pacientes no asegurados, lo anterior, apoyados por sistemas informáticos que faciliten estas labores y permita a su vez la trazabilidad, seguimiento y control sobre la facturación y deuda por cada atención que se brinde para estos riesgos y a los pacientes sin seguro con capacidad de pago.*

*Adicionalmente, el Presidente Ejecutivo, con el apoyo del Gerente Administrativo, Financiero y Médico, conforme lo solicitado en el informe ASS-90-2017, deben valorar la conveniencia, previo a un análisis técnico, legal y financiero, la presentación ante la Asamblea Legislativa de un Proyecto de Ley para trasladar el uso, administración y cobertura del seguro de riesgo de accidentes de tránsito y los recursos del Seguro Obligatorio de Automóviles, así como el seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo a la Caja, con el fin de garantizar que los gastos en que incurre el Seguro de Salud en las atenciones médicas de estos grupos sean cubiertos.*

*Los Gerentes Financiero, Médica, Pensiones y de Infraestructura y Tecnología, con el apoyo de las unidades técnicas competentes, deberán gestionar el desarrollo e implementación de un sistema informático que permita la trazabilidad, seguimiento y control de los usuarios que son atendidos posterior al agotamiento de la póliza del Seguro Obligatorio de Automóviles, lo anterior, para los diferentes centros de salud de la institución, incorporando progresivamente aspectos como costos de atención, incapacidades, pensiones por invalidez, entre otros, a fin de poder disponer con el costo real de atención de pacientes que han sufrido accidentes de tránsito.*





7) *La morosidad acumulada de patronos y Trabajadores Independientes, asciende a los ¢384.000 millones, de conformidad con la revisión de los “Informes mensuales de morosidad Patronal” e “Informes de Morosidad Trabajadores Independientes”, específicamente de los periodos: marzo 2015, marzo 2016 y marzo 2017, los cuales fueron elaborados por la Dirección de Cobros. De los ¢384.000 millones de morosidad acumulada, ¢220.470 millones (57%) corresponde a los patronos y los restantes ¢163.530 millones (43%) a los trabajadores independientes.*

*Además, la Caja registra 70.403 patronos morosos, de los cuales 13.434 (19%) están activos con un pendiente de pago de ¢73.589 millones, y los restantes 56.969 (81%) patronos catalogados como patronos inactivos adeudan a la Institución ¢146.881 millones. En cuanto a los trabajadores independientes se registra un total de 149.394 morosos, quienes le adeudan a la Seguridad Social un monto total de ¢163.530 millones. De ese total 100.628 (67%) Trabajadores Independientes se encuentran morosos activos, adeudando un monto de ¢130.665 millones y los restantes 48.766 (33%) se encuentran inactivos para un pendiente de pago de ¢32.865 millones.*

*La Gerencia Financiera con la finalidad de combatir el fenómeno de la morosidad de los patronos y trabajadores independientes, y su impacto en la sostenibilidad financiera de la institución, ha definido una serie de objetivos y acciones estratégicas a implementar por parte de la Dirección de Cobros, Direcciones Regionales y Sucursales, denominada: “Estrategia para el control de la morosidad 2016-2020”.*

*En este sentido, es relevante que la Gerencia Financiera, a través de sus entes técnicos debe diseñar, desarrollar, monitorear, evaluar y perfeccionar estrategias orientadas a mejorar la eficiencia y eficacia de la gestión de cobro administrativo y judicial, para estos efectos es importante mencionar que existen mayores posibilidades de recuperación de la deuda, en vía administrativa, cuando se implementan los mecanismos de cobro en forma oportuna (notificación de la deuda, cierre de negocios, formalización de acuerdos de pago), por otra parte, en el caso del cobro realizado por la vía judicial, en los últimos años no se ha logrado obtener resultados satisfactorios, por múltiples factores internos como externos, pero principalmente potenciado por las tendencias evasoras de los patronos y trabajadores independientes (sin bienes registrados, no localizables), lo que ha impedido en muchos casos la recuperación de los adeudos.*

*Además, la Gerencia Financiera, con el apoyo de la Dirección de Cobros y las Direcciones Regionales de Sucursales deben valorar que los procesos judiciales presentan costos fijos asociados a las diligencias que realizan los abogados externos, por este motivo se debe incorporar elementos para la valoración de la razonabilidad y posibilidad real de recuperación, previo a trasladar los casos a los profesionales en derecho responsables de iniciar las gestiones respectivas.*

*La Gerencia Financiera y la Dirección de Cobros como ente rector institucional, deben proponer la implementación de mecanismos innovadores para impulsar que las acciones cobratorias sean más efectivas para los patronos y los trabajadores independientes, destacando que para este último grupo se debe hacer un análisis integral para el rediseño y conceptualización de esta figura desde su aseguramiento, facturación y cobro, considerando las características propias de ingresos y trabajo.*





8) *La automatización del empleo, repercutirá en un futuro no muy lejano, en la pérdida de puestos de trabajo, impactando fuertemente los ingresos por contribuciones para la Seguridad Social. Se estima que podría afectar al 52% de las ocupaciones<sup>31</sup> en el sector privado del país, abarcaría además el 53% de las ocupaciones en el comercio, que para Costa Rica serían 95.000 puestos de los 180.000 que hay en esa actividad, todo lo anterior según un informe de la firma McKinsey & Co. y las estadísticas de la Caja de empleo por rama de actividad. También, desde los análisis de la Administración se identificó esta situación, la cual fue sometida a conocimiento de la Junta Directiva, el 3 de agosto, 2017, en el artículo 19, de la sesión N° 8919, por la Gerencia Financiera, donde señaló los principales ejes para el avance hacia el logro de la sostenibilidad financiera y específicamente en los retos del modelo de financiamiento, a saber; transición demográfica, nuevas formas de empleo y transformación de los procesos productivos.*

*Por lo anterior, la Gerencia Financiera con el apoyo de la Dirección Actuarial y Económica, deben realizar un monitoreo constante sobre la evolución del empleo en el país y sus efectos sobre las contribuciones. Además, es necesario que se mantengan vigilantes de las discusiones a nivel mundial sobre el tema de la automatización del empleo, para que a nivel institucional se puedan establecer oportunamente las estrategias que se consideren pertinentes.*

### **Gastos**

*Las principales partidas de gastos del Seguro de Salud son “Servicios personales”, “Consumo de Materiales y Suministros” y “Aportes y Contribuciones”, del 2011 al 2016 estos tres rubros han representado en promedio el 69.52% sobre el total de ingresos. El rubro de “Servicios personales” creció del 2015 al 2016 un 3.42%, “Consumo de Materiales y Suministros” creció un 10.78% y “Aportes y Contribuciones” creció un 3.63%,*

*Dentro de los rubros que integran la partida de “Servicios Personales” las que han presentado mayor incremento, tanto en el 2015, como en el 2016 son: “Guardias Médicos” “Tiempo Extraordinario” y “Disponibilidades Médicos” que para el cierre al 31 de diciembre, 2016, los tres representaron el 21,52% del crecimiento total del gasto en “Servicios Personales”. En términos absolutos la Caja ha incrementado en los últimos 2 años el gasto en estas partidas en €18.207 millones.*

*El rubro que integra la partida de “Servicios Personales” que presentó uno de los incrementos relativos más importantes fue la denominada como: “Programa Cirugía Vespertina” (cuenta contable 900-80-7), con un crecimiento del 2015 al 2016 del 73% (€1,317 millones en el 2015, €2,282 millones en el 2016).*

*Adicionalmente, este Órgano de Fiscalización ha emitido observaciones sobre diferentes partidas que componen la estructura de gastos del Seguro de Salud, señalando que la Caja debe realizar las acciones necesarias para la ejecución óptima de los recursos y bajo criterios que correspondan a gastos de calidad, es decir, que brinden un valor agregado, se ajusten a conceptos de eficiencia, eficacia, economía y que impacten directamente en la oportunidad, calidad y calidez de la prestación de los servicios.*

*En este sentido, esta Auditoría ha reiterado en múltiples ocasiones la necesidad de analizar diferentes escenarios, alternativas y acciones que contribuyan con la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud, no solo desde la perspectiva de ajustar los ingresos sino en el abordaje de la eficiencia y calidad del gasto, análisis y ejecución de proyectos de inversión y las innovaciones que contribuyan en el control de los egresos, entre las cuales se pueden considerar:*

<sup>31</sup> [http://www.elfinancierocr.com/tecnologia/McKinsey-CCSS-Cognitiva-IoT\\_Solutions-Agricien-automatizacion\\_0\\_1132686743.html](http://www.elfinancierocr.com/tecnologia/McKinsey-CCSS-Cognitiva-IoT_Solutions-Agricien-automatizacion_0_1132686743.html)



**9) Lograr la optimización de procesos a nivel institucional**, repercutirá en importantes avances en eficiencia, posibles reducciones de costos operativos y mejor atención a los usuarios. Ante el reto de buscar la sostenibilidad del Seguro de Salud, es necesario que cada Gerencia revise que tan eficientemente se están utilizando los recursos institucionales, para posteriormente buscar alternativas que permitan optimizar los procesos, buscando brindar mejores y mayores atenciones, así como un control interno robusto.

El tema de la optimización de los procesos institucionales, debe ser estudiado por el Cuerpo Gerencial y alineado con los esfuerzos de la Caja para la implementación del Plan de Innovación para la Mejora de la Gestión Administrativa, Financiera y Logística, el Expediente Digital Único en Salud, así como otras soluciones tecnológicas que puedan estar siendo analizadas.

A continuación se presentan algunos aspectos que es necesario sean revisados por la Gerencia Financiera, Gerencia Médica, Gerencia Administrativa, Gerencia logística, Gerencia de infraestructura y Tecnología para la optimización de los procesos:

- Servicios asistenciales integrados, que permitan a su vez el seguimiento y abordaje de las principales causas de morbi-mortalidad (cardiovasculares, cáncer en sus múltiples manifestaciones, accidentes de tránsito), para establecer planes de acción preventivos para la reducción de las incidencias e impacto en los costos para el Seguro de Salud.
- Mejora de los flujos de información entre los profesionales en salud para una atención oportuna, permitiendo maximizar los tiempos de atención y la capacidad instalada (infraestructura, recurso humano, y equipo) de los centros de salud.
- La atención de las listas de espera deben realizarse fundamentados en estrategias que permitan el control y planificación de los recursos financieros, garantizando que exista la disponibilidad de los fondos para poder atender las diversas obligaciones que surjan, alienado a su vez, con el cumplimiento de objetivos e indicadores previamente definidos y medibles, sin dejar de lado que este tipo de programas podrían ser medidas paliativas al problema de fondo, el cual debe ser analizado en su justa dimensión para buscar alternativas sostenibles operativa y financieramente a largo plazo.
- Herramientas informáticas que permitan la medición y análisis de resultados en línea, para verificar el cumplimiento de las metas y aprovechamiento de los recursos, para el alineamiento de los planes y objetivos, así como para facilitar la toma de decisiones.

**10) Sobre las remuneraciones**, en el tema de los gastos se muestra una estabilidad basada en la adopción de medidas para controlar los principales disparadores del gasto, especialmente el de las remuneraciones, mediante una política de creación de plazas selectiva y destinadas a la prestación de servicios de salud en diversas comunidades del territorio nacional y los incrementos salariales se han apegado estrictamente a los decretados por el Gobierno Central.

En cuanto al gasto por remuneraciones destaca el rubro “Retribución por años de servicio (¢182,635 millones que representa 15.9% del total de remuneraciones) y “Tiempo Extraordinario” (¢135,049 millones con una participación del 11.8% de la citada partida).

En el 2016 se crearon 623 plazas (27 más que las creadas en el 2015), con un costo de ¢7,687 millones, 599 se destinaron al programa Atención Integral en Salud y 24 al Programa de Conducción Institucional, según la Gerencia Financiera el 27.3% de las plazas se destinó a las áreas de salud (170), 25.7% centros hospitalarios regionales y periféricos (160) y 25.5% hospitales nacionales y especializados (159).



*Por lo anterior, para la sostenibilidad del Seguro de Salud, la Gerencia Médica, la Gerencia Administrativa y la Gerencia Financiera, deben analizar en forma integral lo correspondiente a las remuneraciones, para adoptar las decisiones y cambios pertinentes en aras de definir una política salarial, para lo cual se debe considerar:*

- *Evaluar y establecer las estrategias que permitan analizar el comportamiento y las tendencias del gasto de las partidas de remuneraciones. Además, en relación a la creación de plazas, estas deben corresponder a resultados de diagnósticos técnicos, que justifiquen ampliamente la necesidad real, con el fin que dichos puestos favorezcan la prestación de los servicios, y se establezcan los mecanismos necesarios para medir el impacto en términos de calidad, eficiencia y oportunidad para los usuarios.*
- *Con respecto al pago de tiempo ordinario y extraordinario, deben asegurarse que estén ligados a indicadores de productividad y desempeño, que permitan medir el rendimiento del funcionario durante las diferentes jornadas de trabajo y su impacto en los servicios de salud, así como, el establecimiento de lineamientos que permitan reducir los pagos por tiempo extraordinario, al constituirse desde el punto de vista legal una modalidad excepcional que no debe adoptar el carácter de permanente.*
- *Gestionar un proceso oportuno y constante de formación de especialistas, que considere tanto las necesidades actuales como futuras de la institución, de acuerdo a los estudios técnicos existentes en este tema. Lo anterior, facilitara la creación y asignación de personal en jornadas de trabajo no tradicionales (segundo y tercer turno, entre otros), disminuyendo la necesidad de contratar personal bajo la figura de tiempo extraordinario.*

*Una adecuada gestión en la formación de especialistas, impactará además, en la responsabilidad que tiene la institución de garantizar a su personal la existencia de balance vida-trabajo, con el fin de que no se trabaje en jornadas excesivamente extensas que deban ser cubiertas por pocos funcionarios, lo cual asimismo impacta en el rendimiento del funcionario y en la calidad de la prestación de los servicios de salud que reciben las personas. Adicionalmente, si la institución lograra tener suficiente cantidad de personal médico, podría diseñar y establecer estrategias para la atención de las listas de espera, las cuales sean sostenibles operativa y financieramente a largo plazo, con el fin de que se logre un verdadero impacto en la atención de este tema.*

- *En relación a los pluses salariales, se deben adoptar las acciones que sean necesarias en el mediano y largo plazo, para eliminar, modificar o ajustar aquellos pluses salariales que no están asociados a reserva de Ley, que considere la protección de los derechos de los trabajadores, pero bajo un marco de austeridad y racionalización de los recursos institucionales, considerando el escenario económico y fiscal del país, la demanda de los distintos sectores y la sostenibilidad financiera de los servicios tutelados por la Institución, y en aquellos otros que sí lo están, es conveniente crear los espacios políticos y de concertación social que permitan plantear la viabilidad de promover las reformas que sean necesarias para minimizar los gastos asociados a estos conceptos, acordes a los criterios de sostenibilidad que se definan.*
- *Es importante a su vez que las Gerencias Administrativa, Médica y Financiera, analicen y desarrollen una propuesta para el establecimiento de la modalidad de salario único en los funcionarios de nuevo ingreso, que facilite la asignación y control de los recursos.*
- *En cuanto al diseño de la estrategia para el mejoramiento del proceso de planificación de recursos humanos, se debe brindar seguimiento a los proyectos que involucran soluciones tecnológicas en materia de recursos humanos, así como en aquellos orientados a fortalecer los diferentes procesos que involucran como el "Proyecto de Desarrollo Integral de las Funciones Estratégicas de Recursos Humanos".*



**11) En los servicios públicos** (telecomunicaciones, energía eléctrica y servicio de agua), la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías en coordinación con el resto del Cuerpo Gerencial, deben establecer los mecanismos necesarios para el control, seguimiento, evaluación y perfeccionamiento de los distintos lineamientos en el uso de energéticos, con el propósito de que los recursos se orienten a contribuir con la mejora en la prestación de los servicios, considerando aspectos como la eficiencia, eficacia y la economía de las operaciones y en los nuevos proyectos de construcción y remodelación de infraestructura, sean valorados la utilización de tecnologías eficientes, se controle el posible impacto ambiental y que sean concordantes con criterios de sostenibilidad financiera.

**12) En las partidas de mantenimiento a nivel institucional**, la Gerencia de Infraestructura y Tecnología debe ejercer un liderazgo en conjunto con la Gerencia Médica, para que los diferentes centros de trabajo de la Institución promuevan el uso eficiente, eficaz y oportuno de estos recursos, en este sentido debe ser analizado integralmente la situación de las debilidades en la ejecución de los presupuestos asignados, que permitan atender las necesidades en infraestructura y equipo de los centros de trabajo.

**13) En el tema del gasto por alquiler**, se erogaron en el 2016 ₡8,409 millones con una ejecución del 92.9% del presupuesto, siendo esta asignación para el 2017 de ₡10,927 millones, es decir, un incremento de 2% con respecto al 2016.

Con el fin de realizar un uso eficiente de los recursos públicos, la Gerencia Financiera y la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, deben establecer los principales lineamientos para que las unidades solicitantes de arrendamientos de edificios cumplan con la presentación de las necesidades reales y se ejecute un análisis exhaustivo de los costos, alineado con criterios de costo – beneficio, integralidad y sostenibilidad. Es necesario que las unidades solicitantes se ajusten a las disposiciones institucionales sobre restricción y contención del gasto, de manera que se realicen estudios técnicos que garanticen las mejores condiciones para la prestación de los servicios, tanto administrativos, como médicos, en el marco de una estricta y adecuada administración de los recursos de la Caja.

Adicionalmente, la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, a través de la Dirección de Arquitectura e Ingeniería, debe analizar opciones para optimizar el gasto en alquiler, como la posibilidad de buscar edificios que se puedan acondicionar a los requerimientos de la Caja para la centralización de unidades que actualmente alquilan en diferentes lugares, que permita reducir las erogaciones por este concepto. Para lo anterior, se puede plantear el desarrollo de un plan de trabajo a mediano plazo que permita atender este aspecto.

**14) En los materiales y suministros**, el proceso de contratación administrativa es una actividad relevante que desarrolla la Institución para brindar la continuidad de los servicios esenciales que ofrecen los centros de trabajo a la población, mediante el abastecimiento de bienes y servicios, por lo que se considera indispensable que la Administración Activa fortalezca los procesos de planificación y programación de los procedimientos de compra, la definición de cantidades de bienes adquiridos, la ejecución contractual, la recepción y almacenamiento de productos, tanto a nivel central y local de la Caja, en este sentido es importante que la Gerencia de Logística en coordinación con las diferentes gerencias y unidades técnicas, realice lo siguiente:





• *Efectúe seguimiento, monitoreo y evaluación de las actividades del Plan Integral de Fortalecimiento de la Cadena de Abastecimiento, incluidas en el Plan Estratégico Institucional 2015-2018, relacionadas con la normalización y gestión de los procesos de abastecimiento de bienes y servicios, la optimización del modelo de almacenamiento y distribución institucional, así como la implementación de soluciones tecnológicas integradas a las actividades contractuales, considerando los cambios normativos estatales en cuanto al desarrollo y utilización de sistemas de compra electrónica, los cuales podrían ser contrarios al desarrollo del SIGES como uno de esos sistemas.*

• *Adicionalmente, se debe considerar la relevancia sobre un abordaje integral de la situación de los funcionarios que trabajan en las unidades autorizadas para adquirir bienes y servicios, en aspectos como: la capacitación y actualización del conocimiento, buscar el equilibrio entre las labores realizadas y la remuneración cancelada (de acuerdo con las posibilidades financieras de la Institución). Estos aspectos son claves, por cuanto la contratación administrativa es una de las actividades con mayor exposición de riesgo de fraude y de focos de corrupción en el sector público, lo que se potencializa con personal desmotivado y la alta de rotación del mismo, así como, la existencia de perfiles disímiles con remuneraciones diferentes y en algunos casos con cargas de trabajo más elevadas a pesar de no existir una retribución económica acorde.*

*En torno a la adquisición de medicamentos No LOM, es necesario que la Gerencia Médica, la Gerencia de Logística y la Gerencia Financiera continúen con las acciones para la implementación de las estrategias establecidas en el documento: "Propuesta de acciones estratégicas y operativas para afrontar los riesgos de la adquisición de medicamentos NO LOM".*

*Sobre las oportunidades de mejora en el proceso de los inventarios de suministros, es importante que la Gerencia de Logística, en coordinación con las instancias técnicas pertinentes, establezca un plan de trabajo que permita el fortalecimiento de la gestión administrativa y contable de los inventarios, proponiendo las acciones necesarias para cumplir con dicho objetivo, la integración de los sistemas informáticos que intervienen en este proceso, y el fortalecimiento de las competencias técnicas en materia contable de los funcionarios del Área de Almacenamiento y Distribución.*

**15) El rubro de Bienes duraderos (Infraestructura, maquinaria y equipo), presentó una ejecución del 65.4% para el 2016, lo cual representó el 3.8% (¢72,869 millones) de los egresos del Seguro de Salud, que de acuerdo a lo observado por esta Auditoría en diferentes informes y oficios realizados, se debe fundamentalmente a debilidades en la ejecución de los proyectos previstos para cubrir las necesidades primordiales de los diferentes centros médicos en cuanto a infraestructura y equipamiento, por lo cual, es importante que las Gerencias de Infraestructura y Tecnologías, Financiera y Médica elaboren un plan de acción que permita efectuar un diagnóstico y posteriormente adopten acciones concretas, mediante el cual se analicen, desarrollen e implementen mecanismos que permitan mejorar la gestión y ejecución eficiente de los proyectos. En el mediano plazo estos proyectos deben introducir cambios paulatinos orientados a presupuestos por resultados, para que exista una vinculación entre la asignación de los recursos y el cumplimiento de los objetivos planteados.**

*Adicionalmente, es necesario que la Gerencia Médica y la Gerencia de Infraestructura y Tecnología en concordancia con la creación de la política de sostenibilidad financiera, desarrollen con mayor liderazgo y oportunidad el proceso de evaluación de las tecnologías sanitarias, en procura de adquirir los equipos basados en criterios de conveniencia, eficiencia, eficacia y economía, para mejorar en el uso de los recursos del Seguro de Salud y así contribuir al fortalecimiento de la prestación de los servicios.*





La Gerencia de Infraestructura y Tecnología, la Gerencia Financiera y la Gerencia Médica, deben fortalecer los procesos de identificación, definición, priorización, planificación y desarrollo de proyectos para la dotación de recursos físicos y tecnológicos a la Institución, por lo que es necesario valorar la integración de un equipo de trabajo intergerencial en el desarrollo de proyectos desde su planificación hasta la puesta en marcha de las obras, donde se establezca la participación de cada una en las distintas etapas de los proyectos y se definan las responsabilidades de los actores en el proceso que se ejecute, con el propósito de que estas trabajen en un acompañamiento continuo y paralelo y no como unidades independientes con dilución de responsabilidades y con cronogramas de trabajo disímiles donde no se logra su integración.

Además, las acciones efectuadas por la Gerencia Financiera, la Gerencia Médica y la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, deben disponer de una visión integral de las necesidades en infraestructura como un medio para el fortalecimiento de la prestación de los servicios, en este sentido se debe valorar la introducción de elementos de sostenibilidad a cada obra que se planifique, principalmente por los montos destinados para inversión en obra pública que se tiene previsto en los próximos años (Portafolio Institucional de Proyectos de Inversión en Infraestructura y Tecnologías 2017-2021 y el Fideicomiso), visualizando los costos en sus distintas etapas (antes, durante y después) y el uso eficiente, equilibrado y optimizado de los recursos financieros en el corto, mediano y largo plazo.

**16) Para los proyectos de inversión en infraestructura y equipamiento, así como para la creación de nuevos programas, que representan para el Seguro de Salud inversiones considerables de recursos, las Gerencias Financiera, Médica, Administrativa y de Infraestructura y Tecnologías, deben, entre otros aspectos, asegurar que:**

- Exista un análisis de viabilidad financiera, para definir razonablemente que los recursos financieros necesarios para su ejecución, es decir, determinar el alcance, plan funcional, entre otros, con el propósito de revisar si todos los costos asociados son financieramente sostenibles, ejecutables y financiables.
- Cada nuevo programa debe disponer con objetivos e indicadores claramente definidos y medibles, que permitan analizar el impacto de cada estrategia en el corto, mediano y largo plazo, que asegure un adecuado uso de los recursos financieros de la Institución.
- Garantizar que la normativa institucional para la aprobación de los programas y proyectos establezca claramente las responsabilidades de cada unidad, así como, los requisitos mínimos que deben cumplirse para la presentación y aprobación de los mismos, siendo fundamental asegurar que contengan los estudios financieros que sustenten su financiamiento y sostenibilidad.

**17) El incremento del gasto del período 2015 al 2016 en la partida presupuestaria 2610 “Subsidios por incapacidad” fue de un 2% (¢822 millones) y en la partida 2612 “Subsidio enfermedad empleados de la CCSS” el incremento correspondió a un 5% (¢89 millones).**

Algunas de las causas de los aumentos se podrían fundamentar en el crecimiento de los salarios de los trabajadores, el aumento del número de cirugías producto de la estrategia para disminuir las listas de espera en la Institución, mayor número de consultas y las estancias. Sin embargo, estos factores se deben identificar y monitorear por parte de cada centro de salud, a través de las Comisiones Evaluadoras de Incapacidades y apoyados en los sistemas de información disponibles.



*Por lo anterior, con el fin de tener un estricto monitoreo sobre estos rubros los Gerentes Financiero, Administrativo y Médico de acuerdo a su competencia, deben instaurar las medidas de control necesarias para monitorear el crecimiento del gasto, determinar las principales causas que inciden en las incapacidades, verificar el otorgamiento y pago de los subsidios, así como la implementación de políticas para la atención integral de la salud de los trabajadores, entre otros aspectos.*

**18) El indicador de los gastos de administración del Seguro de Salud, presenta en el periodo 2003-2016 un margen razonable con respecto al límite máximo establecido en el artículo 34° de la Ley Constitutiva de la Caja, correspondientes a un 8% de gastos administrativos. En el 2015, el indicador cerró en 4.84%, mientras que para el 2016 representó el 4.71%.**

**19) El Flujo de efectivo, es una herramienta que le permite a la Tesorería General, controlar los ingresos y egresos de efectivo reales con respecto a los flujos estimados y los saldos finales de Caja, con el propósito de establecer con anticipación variaciones importantes que puedan generar en los Seguros riesgos de iliquidez para hacerle frente a los compromisos financieros.**

*En el análisis del Flujo de Efectivo, con los ingresos y egresos reales al 31 de agosto, 2017 y proyectados a diciembre, 2017, se puede observar que presentaría un saldo final de caja de €48,437 millones. Sin embargo, a pesar de que las proyecciones presentan un panorama positivo en cuanto a la disponibilidad de recursos, la Gerencia Financiera con el apoyo de la Tesorería General, deben mantener la vigilancia y seguimiento estricto sobre el comportamiento de los ingresos y egresos del Seguro de Salud, así como, de las obligaciones adquiridas en el corto, mediano y largo plazo, los flujos de fondos necesarios para la ejecución de los proyectos, entre otros. Lo anterior, por las condiciones del entorno económico nacional y el deterioro fiscal que pueden repercutir en los ingresos por contribuciones y las transferencias del Gobierno para el pago de las deudas.*

*La Gerencia Financiera en coordinación con la Gerencia Médica y la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, mediante un análisis integral y unificado, deben identificar y estimar, los costos de operación que va asumir la institución con el desarrollo y ejecución de las obras de infraestructura, que se encuentran en el portafolio de proyectos de inversión. El propósito es que dentro de dichos planes se considere con anticipación el impacto financiero por concepto de costos de operación de dichas edificaciones, de manera que previamente se determine si la institución está preparada dentro del marco de la sostenibilidad financiera para enfrentar esas nuevas obligaciones.*

**20) Sobre el fortalecimiento de la gestión financiera y económica de la institución, como se desarrolló en el presente documento y ha sido indicado por esta Auditoría, el Seguro de Salud y el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, se encuentran sujetos a una serie de retos originados producto de situaciones en el entorno financiero, económico, social, demográfico, epidemiológicos, entre otros.**

*En este sentido, es necesario que la Gerencia Financiera, como principal responsable de la gestión de los recursos institucionales, además por la complejidad operativa, la magnitud de los recursos y los proyectos que se deben ejecutar en el Seguro de Salud, realice los esfuerzos necesarios para el diseño y creación de un grupo especializado en el análisis e inteligencia de la gestión financiera y económica, que consolide los diferentes indicadores, así como, la información presupuestaria, estadística, actuarial, financiera, que sirve de insumo para la toma de decisiones, con el fin de potenciar y mejorar las estrategias institucionales destinadas a lograr la sostenibilidad de este seguro. Este grupo podría estar conformado por economistas, financistas, estadísticos, actuarios, entre otros, bajo un marco de una adecuada gestión, siendo su propósito convertirse en un observatorio en materia financiera y económica.*



## II. Sobre las valuaciones actuariales del Seguro de Salud

**21) Las valuaciones actuariales del Seguro de Salud, son un insumo fundamental para analizar la sostenibilidad financiera y perspectivas futuras que debe enfrentar el sistema, con el fin de coadyuvar en la planificación y toma de decisiones de la Administración.**

*La Presidencia Ejecutiva, debe analizar el establecimiento de fechas específicas para la conclusión y presentación de los resultados de las valuaciones actuariales, de manera que los resultados se conozcan y analicen oportunamente, coadyuvando en la planificación institucional a corto, mediano y largo plazo.*

*Por la importancia en el cumplimiento del rol de la Dirección Actuarial y Económica, en cuanto a su asesoría a través de estudios financieros, actuariales, estadísticos y económicos que permitan coadyuvar en la sostenibilidad de los seguros sociales, es necesario que se continúen aplicando las acciones para fortalecer, mantener y evaluar estos procesos y tomar las medidas adicionales que se requieran, asimismo, se solicite un informe sobre el impacto de los procesos de capacitaciones, la dotación de recurso humano y de la actualización de los sistemas de información utilizados en la citada dirección.*

*La Gerencia Financiera, debe analizar efectuar una propuesta ante la Junta Directiva para la contratación periódica de una Auditoría Actuarial Externa para el Seguro Salud, que permita disponer con un estudio técnico independiente mediante el cual se emita una opinión sobre la razonabilidad de las valuaciones actuariales internas, así como, recomendaciones para la mejora de esta labor.*

*Adicionalmente, la Gerencia Financiera valore la pertinencia de contratar una valuación actuarial externa independiente, que puede ser mediante la formulación de una alianza o convenio de colaboración con entes técnicos con experiencia y conocimiento en Sistemas de Salud o en su defecto por los mecanismos necesarios de contratación que se ajusten a criterios de economía, eficiencia y eficacia, con el propósito de mejorar la transparencia, la rendición de cuentas y la obtención de criterios que contribuyan con el fortalecimiento financiero y económico de dicho régimen.*

*Como último punto, es necesario que la Dirección Actuarial y Económica realice las valuaciones actuariales con un horizonte de tiempo mínimo de 15 años, que permita conocer las necesidades financieras futuras del Seguro de Salud, de acuerdo al perfil sanitario que se vislumbre, y someta los resultados a conocimiento de la Junta Directiva, con el fin de que se puedan ir desarrollando estrategias alineadas a contribuir con la sostenibilidad del régimen.*

## III. Sobre la planificación, asignación e inversiones estratégicas del Seguro de Salud

**22) El fortalecimiento del proceso de planificación vinculado con la función actuarial y gestión financiera, como un mecanismo para contribuir con la eficiencia en el uso de los ingresos para brindar una prestación de los servicios oportuna, eficiente y de calidad, es de vital importancia para la Caja en su objetivo de garantizar la sostenibilidad financiera de los seguros que administra, aspecto dentro del cual el rol que desempeñan la Dirección Actuarial y Económica y la Dirección de Planificación Institucional, por medio de los criterios, estudios y proyecciones que emiten es fundamental.**

*La Institución debe establecer y potenciar la planificación como uno de los procesos estratégicos de mayor relevancia, por medio del reordenamiento de funciones, fortalecimiento del proceso de coordinación entre las diferentes dependencias, evaluando y mejorando los controles, entre otros aspectos.*



La Presidencia Ejecutiva, con el apoyo de la Dirección Actuarial y Económica y la Dirección de Planificación Institucional, deben analizar y establecer los mecanismos y estrategias que permitan el fortalecimiento del proceso de planificación, donde exista una adecuada vinculación y coordinación de las funciones, que contribuyan con la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud.

Es importante considerar que el proceso de planificación y actuarial no es ajeno a la gestión que se realiza desde la perspectiva de la Gerencia Financiera, por lo que la integración y alineamiento de las diferentes propuestas y acciones a realizar, son claves para cumplir con el objetivo de contribuir a la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud, en ese sentido debe conformarse un equipo de trabajo para el análisis de este proceso valorando riesgos, criterios actuariales, planificación y el tema financiero.

Por otra parte, la Presidencia Ejecutiva en conjunto con el Cuerpo Gerencial, deben fomentar e impulsar la existencia de medidas preventivas a nivel institucional, para lo cual es necesario que brinden seguimiento y monitoreo a los avances del proyecto “Sistema de Gestión Integral de Riesgos y de Continuidad de los Servicios (GIRCS)”. El propósito es que se prevengan, mitiguen y detecten posibles vulnerabilidades en los procesos relacionados a los riesgos financieros y operacionales de la Institución.

**23) La correcta Planificación y Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud, es muy importante para cumplir con los objetivos de que estos sean accesibles, continuos, efectivos y eficientes, de ahí que la Gerencia Médica, con el apoyo de las instancias técnicas competentes, debe establecer la oferta de servicios en función de las necesidades de salud de la población, considerando los recursos financieros disponibles, con el fin de garantizar la sostenibilidad y lograr mejoras en la accesibilidad y oportunidad de los mismos.**

**24) El presupuesto para resultados, presupuesto plurianual y las metodologías de asignación prospectiva, son mecanismos innovadores para la gestión y ejecución del presupuesto que pueden contribuir a un mejor aprovechamiento de los recursos asignados. Para el 2017 la Caja aprobó para el Seguro de Salud un presupuesto de €2,156,521 millones, los cuales se distribuyen en más de 300 unidades ejecutoras (centros de salud, administración y apoyo), lo cual representa un importante reto para la efectiva y oportuna ejecución de estos fondos, e introducir los siguientes ajustes al sistema de asignación de los recursos:**

- **Gestión por resultados:** proceso presupuestario en donde los decisores claves consideren en forma sistemática los objetivos previstos y los resultados alcanzados por los programas y las políticas públicas a lo largo de todo el ciclo presupuestario.
- **Presupuesto plurianual:** es una herramienta de programación físico – financiera de mediano plazo, que permite distribuir los recursos presupuestarios que se prevén recaudar en un período de 3 a 5 años, con sujeción al plan estratégico institucional.
- **Metodología de asignación de recursos prospectiva:** recursos que se asignan para que una persona reciba la atención de los servicios de salud especificada durante un período de tiempo determinado. Es concurrente, utiliza información actual sobre la necesidad de asistencia de los servicios de salud a la población objetivo, para así mejorar la capacidad institucional en materia de gestión financiera y presupuestaria, con dos metodologías que se detallan a continuación:





- ✓ *El presupuesto per-cápita en el caso de las Áreas de Salud que consiste en asignar los recursos para el primer nivel de atención en función de la población y de sus características: edad, sexo, epidemiología y otras variables clínicas y sociodemográficas.*
- ✓ *En el caso de la atención hospitalaria, los recursos se asignarán según los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD), el cual es un sistema de clasificación de pacientes que agrupa los egresos hospitalarios basándose en criterios de similitud clínica e iso-consumo de recursos.*

*La Gerencia Financiera, con el apoyo de la Dirección de Presupuesto y la Dirección de Planificación Institucional, deben definir la propuesta formal para el abordaje y puesta en marcha del presupuesto para resultados, presupuesto plurianual y las metodologías de asignación prospectiva<sup>32</sup>, de conformidad a lo solicitado en el informe ASF-199-2016, con el fin de disponer de los mecanismos y herramientas necesarias para una mejor gestión y ejecución de los presupuestos asignados, que permita a su vez impactar de mejor forma la calidad de los servicios de salud.*

*Lo anterior, considerando las acciones concretas efectuadas para el abordaje de éstos temas orientados a modificar la forma tradicional de asignación, control y evaluación de los recursos presupuestarios, considerándose un reto Institucional la implementación paulatina de los cambios para ajustarse a las nuevas metodologías propuestas.*

**25) Las inversiones del Seguro de Salud** representaron al 31 de agosto, 2017, un total de ₡711,166 millones, lo anterior debido a la mejora en los resultados financieros de los últimos años. Algunas de las reservas que se administran con el portafolio de inversiones en este seguro corresponden a los fondos destinados para aguinaldo, salario escolar, recursos específicos para el financiamiento de proyectos especiales, entre otros.

*Debido a la importancia en el manejo responsable, oportuno y eficiente de los fondos existentes en inversiones del Seguro de Salud, es necesario que la Gerencia Financiera, la Gerencia de Pensiones en conjunto con la Dirección de Inversiones, definan y establezcan los requerimientos y estrategias que permitan la gestión óptima en la colocación de valores y administración de la cartera de inversiones en títulos valores.*

*En razón de lo anterior, es relevante que la Gerencia Financiera coordine con la Gerencia de Pensiones para que las inversiones del Seguro de Salud, se integren plenamente en la operativa de la Dirección de Inversiones, aprovechando la especialización, experiencia, el análisis de riesgos y capacidad instalada, por lo que se deberá valorar la realización de los ajustes pertinentes.*

*Al respecto, es necesario que se conforme un grupo de trabajo intergerencial por parte de la Gerencia Financiera, la Gerencia de Pensiones y la Gerencia Administrativa, para que realice un análisis integral respecto a la necesidad de valorar que la Dirección de Inversiones se constituya como la unidad técnica en materia de las inversiones bursátiles a nivel institucional, y si desde el punto de vista organizacional y funcional debería pertenecer a la Gerencia Financiera, por cuanto el citado despacho es el principal responsable de la gestión de los recursos institucionales, y así dicha dirección pueda brindar los servicios al Régimen de Invalidez, Vejez, y Muerte, al Seguro de Salud, al Fondo de Ahorro y Préstamo y al Fondo de Retiro de Empleados, considerando que cada uno de éstos tiene su propio comité de inversiones y la operativa se concentra en una sola instancia técnica de inversiones.*

<sup>32</sup> Áreas de Salud: Asignar los recursos para el primer nivel de atención en función de la población y de sus características: edad, sexo, epidemiología y otras variables clínicas y sociodemográficas.

Hospitales, los recursos se asignarán según los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD), el cual es un sistema de clasificación de pacientes que agrupa los egresos hospitalarios basándose en criterios de similitud clínica e iso-consumo de recursos.





*Asimismo, se debe considerar que la Institución para el desarrollo de la gestión de inversiones a través de la Dirección de Inversiones realiza un solo contrato que aplica para diferentes fondos institucionales y no solo para el Seguro de Pensiones, como los contratos de servicios de intermediación para las inversiones bursátiles, el contrato con el custodio institucional de valores y el contrato con el proveedor internacional de precios de instrumentos financieros, PIPCA, es decir, en algunos casos las diferentes acciones se realizan integralmente y en otros, el proceso operativo se presenta como si fuera exclusivo del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, estos aspectos son necesarios definirlos y ajustarlos para mejorar la eficiencia de los diferentes fondos que administra la Caja.*

**26) Sobre el fideicomiso para la construcción de obra pública,** en el artículo 49 de la sesión de Junta Directiva 8900 del 20 de abril, 2017, se autorizó a la Presidenta Ejecutiva, suscribir el contrato para un Fideicomiso de Obra Pública y gestionar las acciones pertinentes para que se hiciera de conocimiento y aprobación por parte de la Contraloría General de la República, acciones que se realizaron en mayo y junio del presente año. Posteriormente en julio se recibieron y atendieron las solicitudes de aclaración realizadas por parte de Contraloría General de la República (DCA-1426-2017) y se efectuó la sesión Intergerencial sobre integración de estructuras que participan en la ejecución del fideicomiso.

*El portafolio de proyectos del Fideicomiso comprende un total de 53 obras por un monto aproximado de ¢263.8 mil millones, que incluye sucursales, direcciones regionales de sucursales, áreas de salud y el centro de distribución. La Institución dispone recursos aprovisionados para la inversión en infraestructura por el orden de ¢337.8 mil millones, y específicamente para el desarrollo del Fideicomiso el 87% de los recursos necesarios para la construcción de las 53 obras que comprende, es decir, el financiamiento se va a realizar con recursos propios institucionales y no considera utilizar recursos externos con mecanismos como la emisión de deuda a través de la titularización de valores.*

*La Gerencia Financiera, debe continuar con las acciones necesarias para la aprobación del Fideicomiso por parte de la Contraloría General de la República, que permita la construcción de la infraestructura de áreas de salud, el centro de distribución y de las oficinas orientadas a los servicios financieros de la institución (direcciones de sucursales y sucursales), asimismo, es pertinente que exista una vigilancia sobre los aspectos de riesgo relacionados con situaciones originadas en el entorno nacional que involucran al Banco de Costa Rica, en este sentido se debe velar por la transparencia, la rendición de cuentas y el uso adecuado de los recursos de la Institución.*

*La Gerencia Financiera, coordine lo pertinente para que se realice una administración integral del Fideicomiso, considerando la existencia de un Director General del Fideicomiso, un Administrador Técnico (ingeniero) y un Administrador Financiero-Administrativo, con el propósito de revisar y evaluar los resultados, analizar los riesgos financieros operativos, legales y de cumplimiento, por lo que se debe instruir a la Gerencia Financiera continuar la coordinación de las acciones necesarias en las siguientes etapas, con el apoyo de la Gerencia Médica y la Gerencia de Infraestructura en los aspectos que considere pertinente.*

**27) Las Tecnologías de Información y Comunicaciones,** revisten un rol importante para enfrentarse a los retos del Seguro de Salud, si bien se considera un medio para cumplir objetivos en la prestación de los servicios y facilitador de los procesos que se realizan, conforme han transcurrido los años se ha demostrado también que integran el CORE (núcleo) de cualquier empresa. Esto no escapa a la realidad institucional, en cuanto a la necesidad de mejorar la calidad de sus servicios para desarrollar prácticas con altos estándares y, a su vez, contribuir con las finanzas, la capacidad de respuesta y la toma de decisiones.



*En razón de lo anterior, resulta fundamental que la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, en coordinación con el resto del Cuerpo Gerencial, y con el apoyo de los entes técnicos institucionales, elaboren las estrategias necesarias para el diseño e implementación del modelo de gobierno de las Tecnologías de Información, la evaluación desde el punto de vista de conveniencia y sostenibilidad del equipamiento, software y licenciamiento que se adquiere, el desarrollo de acciones continuas para el fortalecimiento de la seguridad física y lógica de la información, y la introducción de herramientas que contribuyan al análisis de datos para la creación y monitoreo de indicadores de la gestión administrativa y clínica, orientados en apoyar y contribuir con la eficiencia de los procesos y la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud.*

**28) El Proyecto del Expediente Digital Único en Salud (EDUS) y el fortalecimiento de las capacidades financieras institucionales en materia de costos, se conceptualiza como un conjunto de aplicaciones y servicios que tienen el objetivo de automatizar los procesos de los servicios de salud y optimizar la calidad de la atención, según el modelo de servicios que ha adoptado la CCSS en materia de salud pública.**

*Si bien es cierto, la conceptualización del EDUS no estaba dirigida a fortalecer las capacidades financieras institucionales en materia de costos, la Dirección del Proyecto EDUS, la Gerencia Financiera y la Dirección del Plan de Innovación, deben ejecutar las acciones que permitan integrar conceptos generales y el respectivo costeo.*

*Es necesario que la Gerencia Financiera y la Gerencia Médica, en coordinación con las instancias técnicas pertinentes, continúen con el proceso para la definición del Modelo de Costos Institucional, por lo que es clave un abordaje integral de esta temática. Posteriormente, es relevante que la Gerencia Financiera en coordinación con la Gerencia Médica y la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, establezcan un plan de acción para la integración de los costos conceptualizados a través del Plan de Innovación y propongan los ajustes pertinentes para la puesta en marcha en el EDUS.*

*Por otra parte, la Gerencia Médica y la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías presenten un informe a Junta Directiva sobre el análisis del avance de la implementación del EDUS, la evaluación de los costos del proyecto, el monitoreo de resultados en torno a las plazas creadas y cuál ha sido el impacto en la prestación de los servicios que se brindan a los usuarios de la institución.*

**29) Sobre el Plan de Innovación para la Mejora de la Gestión Administrativa, Financiera y Logística, la Gerencia Financiera presentó ante la Junta Directiva el denominado: “Plan de Innovación para la Mejora de la Gestión Financiera, Administrativa y Logística de la CCSS basado en soluciones tecnológicas”, cuyos componentes son la implementación a nivel institucional de un Enterprise Resource Planning (ERP) o Government Resource Planning (GRP), en las áreas financiera, administrativa y logística, así como el Proyecto de Modernización del Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE), con el objetivo de mejorar la gestión financiera-administrativa-logística para incrementar su capacidad operativa, establecer un modelo de gobierno para la implementación y sostenibilidad de proyectos e iniciativas institucionales, articular acciones de innovación y apoyarse en la integración de soluciones tecnológicas que faciliten la innovación.**

*La Gerencia Financiera indicó que el financiamiento del Plan de Innovación, se realizaría por medio de un fondo de reserva específico, conformado por los ingresos producto de los pagos efectuados por el Ministerio de Hacienda a favor de la CCSS, de conformidad con el convenio de pago firmado en julio del 2011, cuyos montos anuales corresponden a €7,800 millones, durante el período 2014-2016, además, los intereses generados de las inversiones de estos recursos también formarán parte del citado fondo, es así, como se proyectó un costo total de \$43 millones de dólares más los intereses correspondientes.*



*La institución lleva varios años en el proceso de modernización del sistema financiero, con diversas iniciativas que a la fecha no se han logrado concretar, por lo cual en el marco del “Plan de Innovación para la Mejora de la Gestión Financiera, Administrativa y Logística de la CCSS basado en soluciones tecnológicas”, es necesario que la Gerencia Financiera y la Dirección del Plan de Innovación le brinden el seguimiento oportuno y permanente al análisis de los riesgos, a la evolución y resultados de cada una de las fases del proyecto, con el fin de detectar cualquier tipo de desviación en los objetivos, y en caso de requerirse se establezcan los planes de acción necesarios para corregirlos y/o mitigarlos, así como los asociados con los proyectos complementarios. Para lo anterior, es fundamental la integración de equipos de trabajo estables durante todo el ciclo del proyecto, que permitan tener un rumbo claro y líneas de acción definidas, así como, sujetarse estrictamente a los acuerdos institucionales existentes sobre los diversos proyectos que tiene en marcha la institución y que exista la coordinación correspondiente con los equipos responsables de éstos.*

*Actualmente la Dirección del Plan de Innovación, se encuentra en el proceso de realización de audiencias previas al cartel para la contratación de la fase 1, donde se invitó a posibles proveedores para que conocieran y realizaran las observaciones al borrador del pliego cartelario, encontrándose actualmente en el análisis de los diferentes señalamientos obtenidos en estas prácticas y en la definición del cartel que se trasladará al Área de Adquisiciones de la Gerencia Logística.*

*Por otra parte, es necesario que la Gerencia Financiera continúe ejerciendo el liderazgo del Plan de Innovación y las coordinaciones pertinentes con la Dirección del Plan de Innovación, además, gestionar oportunamente la presentación de “Modelo de Administración del Plan de Innovación” diseñado en la Fase Cero.*

*Adicionalmente, el Gerente Financiero y el Director del Proyecto del Plan de Innovación, deben realizar las coordinaciones y acciones necesarias con las instancias técnicas pertinentes, para garantizar que la información contable-financiera sea analizada, depurada y conciliada en los diferentes sistemas que alimentan al SIF, previo a las migraciones que se deban realizar, de manera que las nuevas soluciones tecnológicas puedan disponer de información confiable, íntegra y de calidad que contribuya en la toma de decisiones, sobre este particular es fundamental el seguimiento y monitoreo de los proyectos complementarios asociados con esta temática expuesta por este Órgano de Fiscalización y Control.*

*Producto del proceso de fiscalización, asesoría y prevención realizados por parte de esta Auditoría, se puede señalar que la Institución se encuentra en un momento donde debe enfrentar retos y desafíos para la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud y del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, por lo que debe adoptar decisiones pensando en el sostenimiento en el corto, mediano y largo plazo de las obligaciones constitucionales asignadas a la Caja.*

*Por lo anteriormente expuesto, se somete el presente documento a conocimiento del Cuerpo Gerencial y de otras dependencias involucradas en el diseño, e implementación de estrategias para garantizar la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud, con el fin de que sirva de insumo para el cumplimiento de este objetivo.*



*Se requiere finalmente, que se remita a este Órgano de Fiscalización y Control las acciones ejecutadas producto de lo señalado en este oficio para su debido seguimiento.*

**AUDITORIA**

*MBA. Jorge Arturo Hernández Castañeda*  
**AUDITOR INTERNO**

*JAHC/RJS/ACC/lba*

*Ci: Lic. Sergio Gómez Rodríguez, Director de Presupuesto  
Dr. Roger Ballesteró Harley, Director de Planificación Institucional  
Lic. José Luis Quesada Martínez, Jefe Área Administración de Riesgo  
Auditoría*