

COMPARESCENCIA DEFENSORA DE LOS HABITANTES
ASAMBLEA LEGISLATIVA
COMISION INVESTIGADORA CCSS
21 setiembre 2011

Señoras y señores Diputados:

Reciban saludo cordial y un agradecimiento por la invitación a comparecer en esta Comisión que analiza un tema que es de común interés de toda la población en Costa Rica: la Caja Costarricense del Seguro Social, valuarte del Sistema de Seguridad Social de este país, y ante todo, de nuestro sistema democrático.

Me permito iniciar recordando el ámbito de competencias de la Defensoría de los Habitantes como contralora de legalidad y derechos humanos en el accionar del sector público costarricense. Es en el marco de esta fiscalización que, ante el conocimiento de una acción y/u omisión de una institución pública, le asiste del deber a la Defensoría de recomendar se tomen las acciones correctivas necesarias para que el Estado, a través de su institucionalidad, cumpla con la fin último perseguido por todas y todos, sea el bienestar común y la protección de derechos. Conviene reiterar que estas recomendaciones emitidas por la DHR están siempre fundamentadas en criterios técnico-legales que, per se, le brindan un carácter vinculante a las mismas. Señalo de inicio lo anterior por cuanto será determinante en lo que posteriormente se expondrá.

[Primeros años de la Defensoría: la CCSS como un institución constantemente denunciada](#)

Desde la apertura de la Defensoría en octubre de 1993, uno de los temas que ocupó de inmediato la atención de la institución, sería posicionar el derecho a la atención en salud como un derecho humano básico, mismo que ya para ese tiempo se refería por parte de las y los habitantes como violentado ante una deficiente atención médica, una urgente necesidad de invertir en infraestructura hospitalaria y equipo médico, y unas listas de espera en consultas con especialistas médicos, que crecían en número y tiempo. Atendió entonces la Defensoría durante sus primeros años de accionar una

casuística cada vez más numerosa en temas referidos a la violación del derecho a la salud, por parte de diferentes grupos poblacionales del país.

En el año 1996, se produce un lamentable hecho que impacta significativamente la vida de 115 personas y sus familias, al ser afectadas por el exceso de irradiación de una de las fuentes de cobalto del Servicio de Radioterapia del Hospital San Juan de Dios. Cuando ocurrió el accidente, el mencionado departamento no contaba con permisos ni licencias y había incumplido además con las regulaciones del Ministerio de Salud sobre el particular.

La Defensoría de los Habitantes asumió la investigación del hecho y logró determinar que los funcionarios de la CCSS habían sido advertidos con anticipación por parte de expertos nacionales y extranjeros acerca de la existencia de fallas generales en el Servicio de Radioterapia del Hospital San Juan de Dios. Recomendó la Defensoría a la CCSS la necesidad de constituir un equipo multidisciplinario de especialistas que atienda a los pacientes sobreirradiados en los Hospitales Nacionales, así como la realización de una auditoría en los servicios de quimioterapia y radiología existentes, entre otras acciones. A partir de ese momento se le brindó un seguimiento muy puntual, a la atención que se le ha dado a dichos a los pacientes, misma que se mantiene hasta el día de hoy con las personas que se encuentran aún con vida.

Y es que este accidente ocurrido en el HSJD hacía urgente para ese momento y necesario adentrarse a estudiar qué pasaba con la seguridad social en el país y hacia a dónde avanzaba el país. No en vano, para el Informe Anual 1997-1998, presentado ante esta Asamblea Legislativa, la Defensoría de los Habitantes planteó una reflexión en torno al Sistema de Seguridad Social costarricense. Decía entonces la Defensoría que la necesidad de proteger el derecho de los habitantes a la prestación de los servicios médicos y a otros beneficios sociales esenciales para la calidad de vida de la población -tal como los regímenes especiales de pensiones- exigía un análisis profundo no sólo de las actuaciones de la institución responsable, sino también del marco jurídico sobre el cual descansa uno de los bastiones más importantes de la dinámica social del país.

Consideró fundamental la Defensoría el fortalecimiento de la CCCSS y del Sistema de Seguridad Social tal y como fue concebido por el constituyente, para lo cual se propuso colaborar con la identificación de aquellas debilidades que podrían afectar sensiblemente su sostenibilidad y la emisión de recomendaciones que contribuyan a su solución.

Y es con este objetivo que la institución se fijó tempranamente la meta de indagar acerca de la relación existente entre las políticas de administración de los recursos destinados a la Seguridad Social y la cobertura y calidad de los servicios de salud que reciben los habitantes.

Se plantean así temas de urgente atención como el **caso de la morosidad en la CCSS**, mismo que tiene un efecto sobre la calidad, cantidad y oportunidad de los servicios de salud que tienen derecho a recibir los habitantes, **lo cual justificó sobremanera la intervención de la Defensoría en esta materia, sobre todo al considerar que los dineros que eventualmente se estarían dejando de percibir podrían destinarse a la compra de equipo, contratación de más especialistas, mejoras en los hospitales y clínicas, eliminación de las "colas", mejor suministro de medicamentos y, en fin, a la atención de las principales insuficiencias que afectan al sistema nacional de salud pública.**

Ya para el año 1997, se reportaban por parte de la autoridades de la CCSS una deuda cercana a los ₡18,000 millones de colones producto del monto pendiente de pago por concepto de cuotas obrero-patronales-. Concluía la Defensoría en esa oportunidad que:

- Existen serios problemas en los sistemas de información de la CCSS: los datos proporcionados por la CCSS no contemplan la totalidad de las cuotas correspondientes a la población ocupada del país.
- Si bien es cierto el porcentaje de recuperación de la facturación mensual es alto en relación con el total de cobro, no ha de perderse de vista que, por un lado no se le está cobrando a todo aquel que tiene la obligación y, por otro, que en términos absolutos, la acumulación histórica representa miles de millones de colones

necesarios para satisfacer los requerimientos de calidad y eficiencia que demandan los servicios de salud y otros beneficios sociales a cargo de esa institución.

Las recomendaciones emitidas por la Defensoría a la Caja Costarricense del Seguro Social en el año 1997, fueron las siguientes:

- Promover la aprobación legislativa de un régimen jurídico que le otorgue a la CCSS potestades para la recaudación de las cuotas obrero patronales similares a las que establece la Ley de Justicia Tributaria.

- Depurar la cartera de cuentas por cobrar. Se estima necesaria la contratación de una auditoría especializada independiente, con el fin de evaluar los tipos de errores tradicionales en los reportes de morosidad y hacer recomendaciones concretas para coadyuvar en su actualización permanente, así como para el establecimiento de sistemas contables y de control que garanticen información actualizada y fidedigna permanentemente, de la cual se puedan extraer informes detallados y confiables en cualquier momento, en aras de garantizar una sana administración y planificación de los recursos.

- Otras recomendaciones formuladas por la Defensoría estuvieron referidas a la necesidad de dictar un Reglamento que establezca criterios objetivos y verificables para el tránsito de cobro administrativo a cobro judicial de las deudas pendientes de pago por parte de los patronos y eliminar así los altos grados de discrecionalidad existentes. De igual forma, se recomendó valorar la conveniencia de crear un cuerpo especializado que atienda y fiscalice a los "Grandes Patronos" que representan una proporción muy significativa del total de la recaudación.

¿Cuál fue la respuesta institucional a estas recomendaciones? Referir que se estaban tomando acciones para la atención de la problemática. Sin embargo; para el primer semestre de 1999, la morosidad había aumentado un 34.93%, que equivale en promedio a un 18.23% anual. Ni qué decir para los años posteriores, hasta llevarnos a la situación actual en el tema a la que

oportunamente me referiré por haber sido analizada recientemente por esta Defensoría.

El desmantelamiento de los servicios de salud

Finalizaba la década de los noventa, y la Defensoría denunciaba en su Informe Anual 1998-1999, lo que denominó de forma pionera "**El desmantelamiento de los servicios de salud**". Al respecto, se hacía la reflexión sobre la evolución de la Seguridad Social costarricense de un modelo excluyente que solamente cubría a los trabajadores hasta un servicio universal que no solamente cubre a los cónyuges, hijos y padres de los trabajadores, sino a todo aquel que resida en el territorio nacional independientemente de su país de origen y de su condición laboral. Esta ampliación de cobertura y de servicios conlleva a una mayor asignación presupuestaria, pero también a un sistema de solidaridad social en el que todos los sectores deben aportar de conformidad con lo establecido en los artículos 50, 51 y 73, de la Constitución Política.

Pese a lo anterior, la realidad reportaba ya para finales de los años noventa un deterioro en los servicios de salud, producto de un modelo que ha evolucionado a una mayor tecnificación y profesionalismo en la atención de padecimientos complejos, pero con un franco deterioro en la calidad de los servicios básicos en los niveles locales de atención. También se acreditó una falta de planificación de los servicios de acuerdo con la demanda esperada, razón por la cual las autoridades de la Caja Costarricense de Seguro Social han tenido que improvisar medidas de contención y extraordinarias para atender con prontitud la demanda del servicio, cuyo crecimiento no fue considerado a nivel presupuestario ni en la asignación interna de recursos.

Este panorama generó, como una medida de contención, la compra de servicios al sector privado, cada vez con mayor frecuencia. Ante ello, la Defensoría consideró su deber manifestar ante esta Asamblea Legislativa, la contradicción presentada entre un superávit comprobado que no se destinaba a inversión, y con practicas complacientes en materia de morosidad, se impulsara un cambio en el diseño de la prestación de los servicios de salud, que además no fue producto de una discusión nacional sobre los alcances

del artículo 73 de la Constitución Política. Señaló la Defensoría como grave el que los cambios se estén generando como resultado de situaciones conocidas, previsibles y que en varias oportunidades han lesionado la vida y el derecho a la salud de muchos habitantes: es decir una privatización no como proyecto sino como consecuencia del desmantelamiento de los servicios.

Entre los servicios que se denunciaba la CCSS había iniciado esta "privatización velada", se encontraban los servicios de radioterapia, servicios quirúrgicos oftalmológicos; servicios de anatomía patológica.

En esa oportunidad se indicó: "La Defensoría de los Habitantes reconoce que la compra de servicios forma parte del nuevo paradigma de la organización y gestión de servicios de la reforma de la Caja Costarricense de Seguro Social y de otras reformas a los sistemas nacionales de salud de América Latina y Europa. La integralidad entre lo privado y lo público en materia de salud, debe ser visto con el propósito de asegurar mayor efectividad en términos de reducir la carga de enfermedad de la población, pero no como una medida que venga a resolver la ineficiencia y el bajo rendimiento de los hospitales en áreas sensibles. La compra de servicios es para este caso, como para los otros, una medida de gestión de apoyo para enfrentar la crisis que pueda presentar una determinada prestación, con lo cual al desaparecer la situación que la generó, la contratación del servicio prestado por los terceros particulares debería ser concluida, reasumido por los servicios de la Caja y para ese momento mejorado, aprovechando el periodo en que se recurrió a la compra externa de servicios". Se constata además que a la compra de servicios antes referida se suma la compra de servicios en Cardiología, Resonancia Magnética y Gammacámara.

Hoy en día esta situación subsiste. Ejemplo de lo anterior es el servicio de anatomía patológica, que, cíclicamente presenta una lista de espera para análisis de biopsias que hace que se tenga que negociar pagos extras, compra de servicios, etc.

Concluía la Defensoría que el derecho a la equidad en la atención médica se ve afectado entre pacientes de los distintos hospitales de

la CCSS en razón de las diferencias detectadas en cuanto al funcionamiento de servicios de diagnóstico médico. De este modo, no sólo se ve afectado el derecho a la igualdad de los servicios de atención médica, sino también el derecho de contar con tecnología disponible para asegurar un servicio eficiente y efectivo en términos de satisfacción del usuario y en términos de Salud Pública dada la probabilidad de que la insuficiencia o lo inapropiado del equipo médico no permitan establecer diagnósticos certeros y definitivos y, con ello afectar la salud de los pacientes y luego incrementar los indicadores de morbimortalidad de las enfermedades, sobre todo del cáncer.

[Compra y desabastecimiento de medicamentos: un reto más que atender](#)

Sumado a lo anterior, denunciaba la Defensoría en su Informe de Labores 1999-2000, el problema constituido por **la compra y el desabastecimiento de medicamentos**. En esa oportunidad se hacía referencia a que con la aprobación del Reglamento sobre Refrendos de Contrataciones en el año 2000, la Caja enfrentó situaciones de desabastecimiento de productos farmacéuticos, equipos e implementos médicos debido a que en dicho reglamento se establecen dos nuevas regulaciones que inciden en el procedimiento en la contratación administrativa, cuyas implicaciones no han podido ser enfrentadas por la Institución.

Este problema nos acompañará hasta el día de hoy, y ha sido reiteradamente tocado por la Defensoría en sus informes. Es así como en el 2005, se concluía que problema de abastecimiento de medicamentos a cargo de la institución, pareciera ser un asunto de planificación institucional, donde los principios de previsión y oportunidad no constituyen los vértices de orientación de la gestión administrativa de la institución. **Los múltiples esfuerzos que pretenda realizar la C.C.S.S, no generan más que atender situaciones puntuales, resueltas a destiempo, pero no acciones concatenadas que tengan como norte una política institucional de detección de anomalías en los procesos de compras y consecuentemente la corrección definitiva de los problemas.**

Recomendaba la Defensoría en el 2005:

- Insistir en la necesidad de que las instituciones de salud planifiquen sus compras de medicamentos respondiendo a los principios de oportunidad, previsión y efectividad, de tal suerte que los procesos administrativos, no resulten lesivos a las los habitantes que requieren de los productos.

- Debe la Administración asumir medidas de naturaleza extraordinaria, que respondan en un término perentorio y en forma temporal a las necesidades de la población adscrita, más aún cuando las patologías comprometen el bien jurídico de la vida de las personas. En este caso debe prever técnica y presupuestariamente la posibilidad de que cada unidad adquiera mediante compra directa y con el tiempo debido (para ello es previsible valorar cuanto tiempo se durará en el procedimiento y por tanto girar instrucciones) los fármacos que se encuentran desabastecidos.

Para el 2007, nuevamente concluía esta Defensoría que el desabastecimiento de medicamentos ocurrido en años anteriores, así como el presentado actualmente, sigue siendo consecuencia de las mismas causas, identificándose, sobre todo, una planificación inadecuada, o una falta de ejecución de aquella planificación realista en los tiempos que requiere el proceso de abastecimiento.

Se emiten así las siguientes recomendaciones A la Gerencia de Operaciones de la CCSS:

1.- Realizar una planificación realista y por tanto adecuada, en la compra de aquellos medicamentos que pueden ser adquiridos solo por el Nivel Central de la CCSS, de forma que se evite el desabastecimiento en los centros de salud pertinentes.

A los hospitales:

1.- Identificar las necesidades de su respectivo centro hospitalario en materia de medicamentos con suficiente antelación al desabastecimiento de sus bodegas, de forma que puedan realizarse las solicitudes de medicamentos al nivel central, con tiempo suficiente para que este proceda a tramitar lo correspondiente en plazos que se ajusten a la realidad y que eviten el desabastecimiento de la institución como tal. **2.-** Coordinar y

planificar en forma conjunta con el Nivel Central (Gerencia de Operaciones) los requerimientos de medicamentos que solo pueden ser adquiridos a través de los procedimientos definidos para dicho nivel”.

Al respecto, la Gerencia Médica y la Gerencia de Operaciones de dicha Institución, elaboraron un Proyecto para el rediseño del sistema de gestión de la cadena de abastecimiento de medicamentos en la CCSS.

Pese a ello, para el Informe Anual de Labores 2007-2008 se reporta por esta Defensoría a esta Asamblea Legislativa que la compra de medicamentos siendo uno de los problemas que aún enfrenta con especial severidad la Caja Costarricense de Seguro Social y al cual, no se le han dado soluciones verdaderas y sostenidas, lo que obviamente significa un perjuicio permanente para las y los usuarios del sistema de seguridad social.

La CCSS reconoció a esta Defensoría en uno de los informes rendidos, que: ***“...las causas que ocasionan el desabastecimiento de los medicamentos pasan por tres grandes variables, que agrupan muchas otras causas: un marco normativo desactualizado; una inadecuada gestión en la Planificación y Programación en la compra de los medicamentos, así como la falta de un sistema de información adecuado, que cuente con alimentación oportuna...”***.

Si la Administración tiene perfectamente identificadas las causas del problema, entonces por qué no prosperan las soluciones?.

Deshumanización de los servicios de atención en salud:

Ante una casuística que continuaba sumando a los mismos problemas, decide la Defensoría en su Informe de Labores 2001-2002, plantear un tema por demás actual, y es el referido a la urgente necesidad de fortalecer la **humanización de los servicios de atención en salud**. Y es que se evidencia así el irrespeto constante de las entidades prestatarias de los servicios de salud hacia los usuarios, en su derecho a disfrutar de un servicio de atención médica de calidad, con los recursos materiales, técnicos y

humanos disponibles en el momento que éstos sean requeridos. La falta de organización y previsión administrativa, la ausencia de humanización y concientización de los profesionales y la errónea distribución de los recursos ha generado numerosas violaciones de los derechos de las y los usuarios de los servicios.

Planteaba la Defensoría que es hora de realizar un alto en el camino, donde las autoridades retomen los principios orientadores de la seguridad social y garanticen a la sociedad un servicio de salud de calidad. Se señalan algunos aspectos en los que se debe mejorar este servicio, entre ellos en cuanto al derecho a la información que tiene el paciente; sobre la relación médico-paciente y la necesaria erradicación del maltrato en perjuicio del paciente.

Se recomendaron estrategias de supervisión de la prestación de los servicios de atención médica: planificación y ejecución de visitas periódicas a los centros hospitalarios. Un adecuado control de los mismos, con la consecuente consulta a las autoridades correspondientes, permitirá de una forma expedita evaluar la calidad del servicio público y generar en algunos supuestos soluciones al corto o al mediano plazo.

[Falta de planificación en los servicios de salud de la CCSS:](#)

La experiencia acumulada por la Defensoría en la fiscalización y tutela del derecho humano a la salud, permitió en el Informe de Labores 2002-2003 plantear como un problema estructural la **Falta de planificación en los servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social y su incidencia directa sobre la oportunidad y efectividad en la satisfacción del derecho humano a la atención médica.**

Los habitantes continuaban denunciado: suspensión de cirugías en razón del deterioro o falta de equipo, desabastecimiento de ciertos medicamentos del cuadro básico, o la falta de recurso humano que imposibilita la atención de consultas en especialidades médicas, por el agotamiento de materiales para la realización de ciertas intervenciones quirúrgicas, por la ausencia de espacio físico y limitaciones en las instalaciones para atender la demanda

proyectada de los centros de salud y hasta deficiencias que podrían ser consideradas "menores" como la falta de pago del servicio de agua potable en un Hospital Nacional pero cuyas graves consecuencias se reflejan en la calidad de servicio que se presta.

El país presenta un perfil epidemiológico en el que prevalecen enfermedades típicas de países desarrollados. El perfil de morbi-mortalidad ha cambiado radicalmente en el país. Las principales causas de muertes sobresalen las enfermedades del aparato circulatorio con una tasa de 12,8/10.000 habitantes y los tumores con tasa de 8,7/10.000 cuyo control, prevención y cura depende más de los estilos de vida de las personas que de las acciones médicas en sí. Pese a ello, las acciones de planificación de la CCSS parecen no responder a esta realidad.

Concluía la Defensoría que el resultado final de la inversión en salud, en términos de mejoras en el estado de la salud de las poblaciones, depende más de la calidad de gasto (eficiencia, equidad y efectividad) que de su nivel, así como, de la forma en que actúan los otros macrodeterminantes de la salud.

Hace la Defensoría en ese momento un diagnóstico de la situación de los Hospitales Nacionales en cuanto a equipamiento y necesidades.

Destacó la Defensoría que una de las fallas de planificación más claras consiste en la poca relación que existe entre el progreso de instalaciones, equipo médico y nuevas tecnologías y, el recurso humano especializado para poner en funcionamiento dicho equipamiento. Además, se recomendó mejorar la escala salarial de varios grupos profesionales y hacer más atractivos los salarios para que los profesionales no se trasladen al sector privado.

Entre las recomendaciones formuladas por la Defensoría se estaban el realizar un estudio que determine la factibilidad de continuar con la creación de establecimientos de salud para la atención de acciones y /o enfermedades específicas, o determinar la conveniencia de mejorar, ampliar y dotar a los hospitales nacionales, regionales y periféricos de servicios específicos y de la capacidad resolutoria requerida. Asimismo, se recomendó el realizar

un inventario de recursos materiales (equipo médico) por centro hospitalario que permita acreditar necesidades para la Institución, mantenimiento y reparación de equipo. Otras recomendaciones giraron en torno a fortalecer los servicios de apoyo en hospitales nacionales (laboratorio, resonancia magnética, rayos x, TAC); evaluar el contenido y la calidad la lista oficial de medicamentos con el fin de actualizarla conforme con la morbi-mortalidad que presenta actualmente el país; evaluar la posibilidad de ampliar la regulación de la Ley No. 6914 que permite las compras directas con medicamentos, para que sea posible adquirir implementos médicos mediante esa misma normativa. En cuanto al recurso humano, impulsar formación de recurso especializado mediante el apoyo con becas y programas del CENDEISS que promuevan y agilicen la formación de recurso humano especializado.

INVERSIONES QUE REALIZA A CCSS CON LOS FONDOS DEL RÉGIMEN DE PENSIONES:

La Defensoría de los Habitantes investigó a partir de denuncia formulada el supuesto incumplimiento del Gobierno en el pago de sus obligaciones con el régimen de pensiones de la CCSS y el desvío de fondos a través de la compra de bonos del Estado.

Concluyó la Defensoría que con respecto al Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, el Estado, aunque ha mejorado su situación de deudor con el régimen de IVM, aún tenía al año 2001 una deuda acumulada de alrededor de ¢5.866.9 millones, misma que ha venido cancelando parte en efectivo y parte en títulos valores. De ahí puede afirmarse que, lo que se está dando es una transformación de la deuda, ya que los títulos valores son obligaciones que deberá redimir en su momento. Consideró la Defensoría que lo más conveniente es que la cancelación se haga en dinero efectivo a fin de que los administradores de estos fondos, propiedad de los trabajadores, puedan tomar las decisiones pertinentes con respecto a las mejores opciones de gasto o reinversión, de acuerdo a las necesidades del régimen y a la mejor conveniencia de los asegurados, no de acuerdo con las necesidades presupuestarias del Estado, ello en vista de que puede incidir negativamente en la sostenibilidad del fondo en el tiempo.

Recomendó la Defensoría a la CCSS:

- 1.- Constituir una Comisión Interinstitucional con la participación de la CCSS, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, ANEP, ANDE, así como representantes de los trabajadores del sector privado. También se consideró conveniente la participación de expertos en finanzas. Esta Comisión tendría la misión de analizar a fondo la problemática del régimen de Invalidez, Vejez y Muerte de la CCSS y su sostenibilidad en el tiempo y dar las recomendaciones pertinentes a fin de lograr la sostenibilidad en el tiempo del Régimen de Pensiones. La Defensoría de los Habitantes ofreció su participación como coordinadora de la Comisión Interinstitucional.
- 2.- A fin de que el trabajo de la Comisión resulte realmente productivo, se recomendó a la CCSS contratar la elaboración de un nuevo estudio mediante consultoría externa, a fin de lograr total objetividad en la investigación, para que evalúe el Fondo de Pensiones en forma integral y que además analice los regímenes de otros países que hayan comprobado ser exitosos, para que con base en todo ello brinde recomendaciones para la sostenibilidad a futuro de régimen, al menor costo posible para el trabajador.
- 3.- Elaborar un proyecto de ley para establecer mecanismos que impidan apartarse de los criterios de rentabilidad y seguridad a la hora de decidir sobre el destino de las inversiones, para evitar el desvío de fondos con criterios políticos o intereses particulares.

Al Ministerio de Hacienda

- 1.- Presupuestar y pagar los fondos adeudados correspondientes para que el Estado se ponga al día en el 100% de sus obligaciones con la Caja e informar a la Defensoría sobre los avances al respecto.
- 2.- Tomar las previsiones pertinentes para que el Estado pague sus obligaciones en efectivo a fin de que la Caja pueda optar por inversiones más rentables y seguras libremente, a conveniencia de los asegurados, para lo cual se recomienda promover legislación en ese sentido ó para que el Estado sea obligado a equiparar las condiciones de sus títulos valores a la mejor opción del mercado, en condiciones similares de riesgo, cuando desee captar fondos del Régimen de Pensiones.

Oportunamente la CCSS informó:

"...ha iniciado un proceso de análisis y discusión de la situación actual de su Seguro de Pensiones con los distintos sectores de representación de la población costarricense con el propósito de identificar alternativas de solución al problema de sostenibilidad económica y actuarial que se puso de manifiesto en el último diagnóstico que elaboran actuarios de la Institución. Así las cosas, el tema de las inversiones y morosidad se aborda por nuestros técnicos y se presentan en una serie de documentos que ya fueron entregados a los distintos sectores la dinámica de trabajo consiste en desarrollar talleres donde se discutan dichos reportes técnicos y sobre todo se ofrezca más información a los trabajadores, gremios y representantes del Estado".

Listas de espera: una constante históricamente mal atendida en la CCSS

Tomando en consideración que el tema de **listas de espera** ha constituido una constante en la casuística analizada por esta Defensoría, se decide en el año 2003 realizar una investigación general sobre el tema, partiendo específicamente de la situación vivida en el Hospital San Juan de Dios que presentaba una de las listas más considerables en espera de cirugía.

Señaló la Defensoría: Las listas de espera tienen rostro humano, son los pacientes y familias que esperan recibir atención médica cuando el sistema se los permita. El problema surge cuando la lista supera el criterio de razonabilidad y la respuesta institucional es burocratizada y despersonalizada. Las listas de espera son una fuente permanente de inequidad que plantea serios problemas éticos y de protección del derecho a la salud de los usuarios de los servicios de salud.

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

una más de sus perversiones cuando se ha convertido en un estado de error permanente lo que debería ser una excepción.¹

A este respecto, existe un estándar internacional más o menos objetivo, que establece que el 80% ó 90 % de las personas en lista de espera debe estar dentro de los 3 meses y que nadie debe superar los 6 meses. Las listas de espera son, en opinión de algunos especialistas, el problema por excelencia de los sistemas de salud de todo el mundo. Todos los países, incluidas las naciones desarrolladas enfrentan este problema de salud pública y continúan haciendo esfuerzos por controlar sus causas y consecuencias.

Se señala que –en gran medida- la posibilidad de incidir en las causas de las largas listas de espera está en el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención en Salud y en la distribución equitativa de los recursos, como en otras oportunidades lo ha señalado esta Defensoría. En la medida en que se refuerce el primer nivel de atención dotándolo de la capacidad de resolver situaciones en ese ámbito ya sea en los Equipos Básicos de Atención en Salud (EBAIS) o en las Clínicas periféricas será posible resolver los problemas que se presentan en la atención de pacientes referidos a los niveles superiores de atención médica.

En el caso particular de los servicios oncológicos, debe recordarse primeramente que la enfermedad del cáncer comporta características que requieren ser analizadas por separado. Las listas de espera en oncología no pueden responder a los mismos criterios que para el resto de las patologías, pues como se conoce bien, dependiendo de la severidad del cáncer conforme con la clasificación que se haga de él y de la posibilidad de que el diagnóstico no forme parte de los programas de detección sistemática, la urgencia puede ser inminente, de modo que la preservación de la vida es la prioridad que debe establecerse.

Bombos: un mal que debe erradicarse

¹ Juan José Rodríguez Sendín. Taller de Trabajo. RESPONSABILIDAD Y LISTAS DE ESPERA. El problema de las listas de espera en el SNS. Discordancias, ética y equidad. VII CONGRESO DE DERECHO SANITARIO. Madrid 19-21 de octubre de 2000.

Y es que el problema de listas de espera es irremediamente ligado a otro de necesaria referencia: problema de corrupción en los servicios públicos de salud de la Caja Costarricense del Seguro Social: Los Biombos

La Defensoría de los Habitantes le ha dado seguimiento al problema que desde hace varios años enfrenta el usuario de los servicios públicos de salud, cuando para el acceso eficaz y oportuno de los mismos, se ve obligado a cancelar alguna suma de dinero al prestatario. Si bien es cierto por tratarse ésta de una conducta tipificada en la normativa del ordenamiento jurídico costarricense y por tanto de competencia de los Tribunales de Justicia, la Defensoría no dispone de potestad para investigar los hechos subjetivos que puedan ocasionar alguna lesión en el habitante, no obstante y tratándose de un problema en la prestación del servicio público, se ha dado a la tarea de valorar las acciones, que con el objeto de corregir el problema ha implementado la administración de la Caja Costarricense de Seguro Social.

La acepción "biombo" es un concepto utilizado dentro de la jerga popular y que tiene como objeto la definición de diferentes formas de corrupción realizadas por funcionarios públicos -en el ejercicio de su función- del sector salud. Determinaba en su oportunidad la propia CCSS, que el problema de "biombos", es decir el cobro improcedente de dinero a cambio de la prestación de servicios de salud públicos -entre otros-, cada día resulta ser una práctica más frecuente en los hospitales públicos.

Los principales problemas que existen en la seguridad social y que están demostrados, constituyen las causas que fomentan el acaecimiento de conductas indebidas dentro de la práctica sanitaria. La constante dilación de atención en salud, materializada en las ya conocidas listas de espera, resultan ser el elemento que viabiliza el acaecimiento de hechos anómalos dentro del campo de la salud, sin perjuicio de los problemas de equipamiento, falta de recursos humanos, infraestructura, entre otros.

El acaecimiento de un biombo implica la violación al **principio de oportunidad y acceso a la atención médica**. Siendo el servicio de salud un servicio público, debe éste responder a las necesidades

de los usuarios, en el espacio y tiempo que el requerimiento de salud del particular demande.

El problema de corrupción se encuentra latente aún en los servicios de salud, los esfuerzos no son suficientes ni eficaces. Resulta necesario apostar a la formación profesional ética y en mecanismos de rendición de cuentas, control interno y transparencia. En criterio de la Defensoría, la Caja Costarricense de Seguro Social debe actuar en dos vertientes: por una parte establecer como Política pública, la definición de una estrategia efectiva de prevención de la corrupción y por otra parte, garantizar un manejo eficiente de los recursos dispuestos para la prestación de los servicios de salud, so pena de establecer las responsabilidades correspondientes.

Conviene referir que durante todo este tiempo, la Defensoría ha realizado una fiscalización puntualizando también el impacto diferenciado que tienen los problemas antes mencionados en grupos específicos de la población, como las mujeres, las y los niños, los migrantes, la población adulta mayor, entre otras; señalando puntualmente cómo afecta a estas poblaciones la ineficiencia de la CCSS en la atención de sus problemas.

Asimismo, se han realizado investigaciones especiales sobre centros hospitalarios que han presentado un número importante de quejas, tales como el Hospital de Alajuela, el Hospital San Juan de Dios, el CENARE, el Hospital de Niños, el Hospital Escalante Pradilla, entre otros.

Señoras y señores Diputados, ante esta realidad, inicio mi gestión como Defensora con el firme propósito de que la Defensoría pueda, a partir de su experiencia acumulada, incidir con mayor efectividad y eficiencia en la búsqueda de soluciones a la problemática ya recurrente de la CCSS.

Para ello, me permití presentarles un análisis en el Informe de Labores 2009-2010 sobre las políticas públicas existentes en materia de salud pública, esto con la finalidad de ampliar el marco de acción de una problemática que debe ser vista desde una óptica más integral.

Y es que tenemos un **Plan Nacional de Desarrollo**; un **Plan Estratégico del Ministerio de Salud** como Ente Rector del Sector Salud; y un **Plan Estratégico Institucional de la CCSS** 2007-2012. Al respecto, la Defensoría analizó los documentos anteriores en relación con la situación del estado de la salud en Costa Rica, con la finalidad de determinar si los mismos presentaban la coherencia requerida y, además, respondían a las necesidades de los tiempos. Asimismo, de cara a la problemática de la CCSS, correspondía determinar si los planes referidos tomaban en consideración la realidad que se afronta.

En consecuencia y a partir de las quejas que se atienden, desde la perspectiva de esta Defensoría, es posible agrupar los principales obstáculos que tiene la CCSS para satisfacer el derecho a la atención en salud a las personas, en las siguientes:

- a. Incapacidad de atender el incremento de enfermedades crónicas, discapacitantes y degenerativas producto del propio envejecimiento de la población, y del cambio del perfil epidemiológico.
- b. Asignación de presupuesto institucional no acorde con la demanda de servicios por parte de la población.
- c. Insuficiente recurso humano en los servicios de salud en áreas sensibles como medicina especializada, servicios diagnósticos y enfermería.
- d. Insuficiencia de planta física de las instalaciones de salud a pesar de los esfuerzos realizados por la CCSS para incrementar y mejorar las instalaciones existentes.

Y cuál es la respuesta institucional de la CCSS ante esta problemática para cada uno de sus problemas recurrentes?

En el caso de las listas de espera, la Caja Costarricense de Seguro Social ha planteado como política pública en el Plan Estratégico, incoar acciones tendientes a generar un impacto en los niveles de salud y en la protección de la salud de la población, a través de estrategias y gestiones que pretenden disminuir los tiempos de espera, mejorar la eficiencia e incrementar la capacidad resolutive.

Las causas reconocidas de las listas de espera al día de hoy son las mismas desde hace ya tanto tiempo conocidas a saber: - deficiencias de la información y calidad de los registros que se disponen para la elaboración de la agenda médica. En igual medida,

la falta de normativa que conmine al cumplimiento de tiempos máximos de espera, las deficiencias en la resolución por parte de los primeros niveles de atención, entre otros.

¿Qué solución darle a este viejo problema?

Constituye un deber insoslayable de las autoridades, el plantear acciones concretas de depuración de listas, ordenamiento de pacientes según criterio médico, la implementación de los programas que realiza la UTLE, sistema de consulta vespertina, controles de cumplimiento de horarios, nuevos roles de trabajo, fortalecimiento del primer nivel de atención o en su caso, la puesta en práctica de acciones paralelas que deriven en la contención y eventualmente la eliminación del problema que ocupa estas líneas. Habida cuenta de que el retraso desmesurado puede producir sensibles perjuicios para la o el paciente y es consecuencia del funcionamiento anormal del servicio público, debe ser consciente la Administración, de su responsabilidad y por ende, establecida la misma; responder por los daños y perjuicios ocasionados que le genere a las y los habitantes y que hasta la fecha no se han cuantificado y demandado.

El siguiente problema detectado: **DEFICIT DE RECURSOS HUMANOS:** La escasez del recurso humano en salud, sobre todo a nivel de especialidades médicas, es una de las causas de mayor denuncia en la Defensoría de los Habitantes, debido principalmente a que dicha circunstancia interfiere directamente en la prestación del servicio, creando las llamadas listas de espera, sobre todo a nivel de consulta externa, de intervenciones quirúrgicas y de realización de procedimientos. Especialidades críticas: Anestesiología, Pediatría, Geriatria/Gerontología, Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Radiología y Ortopedia.

La CCSS a través del Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS), presentó en el año 2002 a las autoridades de la CCSS el estudio "Valoración de necesidades cuali-cuantitativas de profesionales en medicina. Estimación a 5 y 10 años". Este estudio determina la necesidad de 1732 especialistas en dicho período de tiempo. Conviene actualizar las necesidades

actuales en relación con esa meta inicialmente planteada hasta el 2012.

Resulta importante la formulación del "Contrato de Aprendizaje", como herramienta que faculta a la Institución a ubicar a los nuevos especialistas en los centros de atención en donde más se requieran y en los que cuenten con los recursos adecuados para su funcionamiento.

Pese a estos planes, es claro que en tanto se da el proceso de formación de los profesionales las necesidades de los hospitales continúan, unas con mayor intensidad que otras, y ha sido deber de la Defensoría denunciar ante las autoridades de la CCSS aquellos casos donde se requieren acciones más prontas para suplir el recurso médico: Ej. Hospital William Allen; Alajuela, Pérez Zeledón, entre otros.

DESABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS: se continua presentando, especialmente en medicamentos calificados como "almacenables" por la Lista Oficial de Medicamentos (LOM) de la CCSS, que son aquellos que se encuentran disponibles en el "Área de Almacenamiento y Distribución de Medicamentos" (ALDI); en ese tanto, el responsable directo del abastecimiento lo es el Nivel Central y no cada centro de salud, sin perjuicio de que ello se haya dado en alguna ocasión a este nivel.

El análisis de los casos determina igualmente que el problema continúa siendo la inadecuada planificación o una incorrecta ejecución de lo planificado en términos de adquisición de medicamentos, sobre todo en lo que se refiere a los plazos de los trámites que conllevan las licitaciones. Preocupan entonces las cada vez más ordinarias "compras urgentes", así como el vencimiento de medicamentos, todo lo cual se contrapone en mucho a un adecuado sistema de planificación.

Mantienen así su vigencia las recomendaciones oportunamente emitidas por la Defensoría.

DEBILITAMIENTO DE SISTEMAS EXITOSOS: Caso de clínica de Tibás: Resulta incomprensible que, ante una problemática tan compleja como la que presenta la CCSS, se castigue a quienes

están realizando un buen trabajo. Tal es el caso de la propuesta que inicialmente se tuvo de reducir servicios en la Clínica de Tibás. Concluyó la Defensoría en su investigación que los procesos y procedimientos a lo interno de la CCSS en materia de reorganización de los servicios que brinda no pueden venir en detrimento de la oferta de servicios de salud que ha venido disfrutando la población afectada, en este caso la comunidad de Tibás y lugares circunvecinos, siendo que lo contrario sería darle un efecto regresivo al derecho humano a la salud, lo cual atenta contra los principios constitucionales y legales establecidos.

- la Defensoría recomendó a la CCSS:

"Girar instrucciones a las instancias administrativas correspondientes, a fin de que se dispongan los procedimientos de contratación administrativa y legales oportunos, para que se garantice a las y los habitantes sujetos del área de adscripción de la Clínica de Tibás, la oferta de servicios de salud que durante los últimos quince años le ha sido otorgada".

Incertidumbre sobre el futuro de la CCSS:

Señoras y señores Diputados, tal y como exponía ante ustedes el pasado mes de junio con ocasión de la defensa del último Informe de Labores de la Defensoría de los Habitantes, pese a la ya reconocida trascendencia de la CCSS, el país enfrenta una creciente incertidumbre sobre su futuro como institución, tanto desde la perspectiva de su gestión y administración, como desde la perspectiva de los recursos necesarios para que la CCSS cumpla con sus cometidos, hoy y mañana.

Desde situaciones ya tan cotidianas como las listas de espera para obtener una cita médica o el faltante de medicamentos básicos y los recientes problemas con las salas de cirugía del Hospital San Juan de Dios, hasta la discusión existente entre la CCSS y la Superintendencia de Pensiones (SUPEN) sobre la sostenibilidad del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, los acontecimientos alimentan, con justificada razón, esa incertidumbre.

Surgen entonces las preguntas que las y los habitantes se han hecho en los últimos años y de las cuáles esta Defensoría ha hecho eco: ¿Qué está pasando con la CCSS? ¿Se trata de un problema de

recursos: recibe la CCSS todos los ingresos que debería recibir? ¿Se trata de una inadecuada administración? ¿Deben hacerse cambios y si es así, cuáles deben ser? A lo largo del periodo 2010-2011 y precisamente por esa creciente incertidumbre sobre lo que realmente está ocurriendo con la CCSS, la Defensoría se ha planteado diferentes flancos de investigación: casos puntuales y situaciones estructurales.

En ese sentido, se requirió información que permitiera determinar el estado de los ingresos de la CCSS, misma que en muchos puntos no fue fácil obtener.

En el caso del **Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte**, si bien es cierto, existen amplios estudios realizados por la SUPEN y la OIT sobre la situación financiera de dicho régimen, para la Defensoría, resulta innecesario seguir debatiendo sobre cuál de los estudios es mejor que el otro, o si las premisas de las que parte cada uno son las más adecuadas. Si el país desea garantizar la sostenibilidad del régimen y paralelamente acabar con la incertidumbre, quizás la mejor estrategia sea el acercamiento de todas las partes, buscar acuerdos sobre los riesgos existentes y proponer las medidas que sean pertinentes para los escenarios de corto, mediano y largo plazo.

Ante la preocupación de unos y otros por la posible inconsistencia de los estudios realizados tanto por SUPEN como por la OIT, la Defensoría consideró importante recomendar que se realice un estudio actuarial propio por parte de la CCSS.

[Morosidad en el pago de las cuotas obrero patronales: retomando un problema añejo](#)

Irremediamente, volvió la Defensoría al tema de los niveles de morosidad en el pago de las Cuotas Obrero Patronales a la CCSS, procurando actualizar la información con la que se contaba y proponer algunas opciones de solución.

Con respecto a la morosidad del **Estado como patrono y como Tal**, la CCSS remitió la información relativa al mes de febrero de 2008 en adelante, según ésta aclaró, la deuda más antigua se remonta a ese año. De la información aportada por la CCSS, al mes

de abril 2011, se puede inferir que la antigüedad de las deudas del Estado no llega a los cuatro años, sin embargo el monto es realmente importante, pues la deuda total con el **seguro de salud** supera los **¢16.851 millones** (dieciséis mil ochocientos cincuenta y un millones de colones) y con respecto al **seguro de pensiones** el monto es mucho mayor, ya que resulta superior a los **¢39.366 millones** (treinta y nueve mil trescientos sesenta y seis millones de colones), recursos realmente necesarios para cubrir las ilimitadas necesidades de los regímenes de la Seguridad Social del país.

Adicionalmente, la Defensoría observó que el Estado adeuda a la CCSS por concepto de **FODESAF** del 1 de julio de 2007 al 31 de enero de 2011 la suma de **¢73.230.8 millones** (setenta y tres mil doscientos treinta millones ochocientos mil colones), monto que si se suma al indicado en el párrafo anterior de los montos adeudados tanto al seguro de salud como al de pensiones, lleva la deuda de Estado con la Caja Costarricense de Seguro Social a un total de **¢129.448 millones** (ciento veintinueve mil cuatrocientos cuarenta y ocho millones de colones).

La deuda total por morosidad, considerando tanto patronos privados como públicos, activos e inactivos, asciende a **¢149.269 millones**, de los cuales **¢142.211 corresponden al sector privado y ¢7.058 al sector público**, lo cual significa que el 95% de la morosidad en cuanto a cuotas obrero-patronales le corresponde al sector privado y únicamente un 5% al sector público. Otro dato interesante es que de la deuda total, el **32% corresponde a patronos activos y el 68% a patronos inactivos** esto por cuanto, según indica la CCSS en un estudio de morosidad de la Gerencia de Pensiones, "por su definición las deudas derivadas de los patronos inactivos son de difícil recuperación, principalmente porque entre más antigua es la deuda, más difícil es su recuperación."

Sector Público vs. Sector Privado

De la información obtenida se concluye que **en el sector privado** el 29% de la deuda corresponde a patronos activos y el 71% a patronos inactivos. En tanto, en el sector público se tiene una situación inversa ya que los patronos activos tienen el 98% de la deuda, mientras que los inactivos apenas el 2% de la misma – dentro de los que se encuentra por ejemplo el Banco Anglo y una

importante cantidad de Juntas de Educación-, lo cual es de esperar de acuerdo con la naturaleza permanente de los entes públicos.

Patronos Públicos

Los patronos públicos activos adeudan a la CCSS un total de ₡6.945 millones y son en total

194 patronos. De este grupo, 5 patronos adeudan el 95.26% de este segmento de la deuda,

sea ₡6.787 millones y 189 patronos el resto, que sería ₡158 millones, la mayoría correspondientes a Juntas de Educación de escuelas y colegios. Por su parte, los patronos públicos inactivos adeudan un total de ₡112 millones y son en total 153 patronos, de los cuales, 2 son responsables por el 61.32% de la deuda, 6 del 25.29% de la deuda y 145 los son el restante 13.4% y ningún deudor supera los 50 millones de colones.

Conclusiones:

1. La CCSS es eficiente en el cobro de las cuotas obrero patronales de cada año. Sin embargo, no puede aseverarse lo mismo en cuanto a las cuentas morosas, a juzgar por los montos, la antigüedad y el número de cuotas atrasadas de un importante número de ellas, así como por el monto acumulado por ese concepto.

2. El Estado –según la información brindada por la CCSS a la Defensoría- le debe en total a esa Institución ₡129.448 millones por diferentes conceptos.

3. Los patronos del sector privado por su parte, también – de acuerdo con la información suministrada por la CCSS a la Defensoría- le deben ₡142.211 millones por concepto de cuotas obrero patronales.

4. En general, quienes deben más dinero y mayor número de cuotas son la minoría de los deudores. Sin embargo, en ellos se concentra la mayor parte de la deuda total. Así, de Seguro de Salud ₡16.851 millones, Seguro de pensiones ₡39.366 millones y FODESAF ₡73.230.8 millones.

5.- Revisar la Ley de Protección al Trabajador de forma tal que se dote a la CCSS de los instrumentos legales necesarios para el efectivo recaudo y recuperación de lo adeudado.

Otro tema importante en proceso de análisis lo constituye el Traspaso de utilidades de las Empresas Públicas a la CCSS por artículo 78 de la Ley de Protección al Trabajador.

El artículo 78 de la Ley N° 7983, Ley de Protección al Trabajador establece que las empresas públicas de Costa Rica deben traspasar hasta un 15% de sus utilidades a la Caja Costarricense de Seguro Social para fortalecer el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte.

La Defensoría en procura de verificar el cumplimiento de dicha normativa solicitó a la Presidencia Ejecutiva de la CCSS un informe al respecto, mismo que fue rendido y en el que se informa que el procedimiento establecido es que la Caja –de conformidad con sus estudios actuariales- recomienda al Poder Ejecutivo el monto de la contribución o el porcentaje de las utilidades a aportar por dichas empresas al Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y éste en definitiva es quien debe determinar cuál porcentaje que finalmente será aplicado.

Con respecto a esta situación la Caja Costarricense de Seguro Social, según la información aportada a la Defensoría, se ha limitado a enviar *"gran cantidad de oficios, algunos de ellos al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social"*. Dentro de los documentos aportados por la CCSS, se observan dos Documentos de propuestas para la aplicación del Artículo 78 de la LPT y dos estudios actuariales, que según el MTSS², no son satisfactorios en cuanto a calidad y profundidad, por lo que solicitaron apoyo del CONARE para que les facilitara un experto actuarial, pero no hubo respuesta de parte de éste último.

También se observa que en el estudio actuarial de febrero de 2006 se reportaron 21 empresa estatales, en el de diciembre del mismo año la lista se redujo a 13 empresas³.

Si la Ley se hubiera aplicado desde un inicio, el Régimen de Invalidez Vejez y Muerte hubiera percibido –con datos reales de

² Así lo expresó ante la Sala IV al responder el Recurso de Amparo interpuesto por un habitante contra la Presidencia de la República, la CCSS y el MTSS.

³ Banco Internacional de Costa Rica; Banco Crédito Agrícola de Cartago; Banco de Costa Rica; Banco Nacional de Costa Rica; Instituto Nacional de Seguros; Correos de Costa Rica S.A.; Instituto Costarricense de Electricidad; Instituto Costarricense de Ferrocarriles; Instituto Costarricense de Puertos del Pacífico ; Junta de Adm. Portuaria y de Desarrollo EC. De la V. A.; Radiográfica Costarricense S.A. ; Refinadora Costarricense de Petróleo; sistema Nacional de Radio y Televisión Cultural.

utilidades de la Contraloría General de la República- del año **2002 al 2005 un total de 88.560 millones de colones y se acuerdo a las proyecciones de la CCSS, del 2006 al 2010, el monto hubiera ascendido a 270.953 millones de colones, para un total de 359.513 millones de colones.** Esto sin contemplar los rendimientos al incorpora estos fondos al fondo de pensiones de la Caja e invertirlos.

En conclusión, La ley establece que hasta el 15% de las utilidades de las empresas públicas deberá ser trasladado al régimen del IVM, previo estudio actuarial de la CCSS y con base en un decreto ejecutivo. La CCSS ha realizado varios estudios actuariales que el Poder Ejecutivo ha considerado insuficientes. Recientemente el Poder Ejecutivo le dio un plazo de 3 meses a la CCSS para presentarle un nuevo estudio actuarial. Ese plazo ya venció, por lo que la DHR le solicitó a la CCSS informar sobre sus acciones para cumplir el mandato de ley.

Pensiones del Régimen No Contributivo:

Dentro del Plan Nacional de Desarrollo (PND) del período 2011-2014, se estableció como una forma de contribuir al alivio de la pobreza en Costa Rica, el otorgamiento de 10.000 nuevas pensiones del Régimen No Contributivo. Con ello se espera además, combatir el hambre y proteger la dignidad de las personas que acuden al Estado para satisfacer sus necesidades básicas.

La Caja Costarricense de Seguro Social, en función de sus objetivos para atender la demanda de solicitudes del Régimen No Contributivo, ha establecido una división programática en cinco regiones: Región Central, Región Huetar Norte, Región Atlántica, Región Chorotega y Región Brunca. La anterior división geográfica regional se complementa con la propuesta de desarrollo nacional basada en varios pilares de gestión pública, dentro de los cuales se encuentra el eje de Bienestar Social, el cual tiene como propósito organizar los recursos disponibles para ofrecer servicios de atención y seguridad social a las poblaciones más vulnerables.

Cabe señalar que el acceso a este beneficio se otorga por demanda, es decir, quienes consideran que tienen posibilidad de ingresar a este régimen, presentan su solicitud en cualquiera de las sucursales

de la CCSS, para el análisis correspondiente. La Administración del Régimen No Contributivo no ha definido como política institucional el establecimiento de mecanismos para la búsqueda de la población meta, lo cual podría estar generando un mayor desamparo para estas personas, que por desconocimiento o por su condición de pobreza, no pueden cubrir los costos que implican hacer frente a todos los trámites y requisitos que deben realizar.

La DHR se vio en la obligación de iniciar una investigación de oficio alrededor de la dilación en la resolución de las solicitudes y los recursos de apelación. Esto tomando en cuenta que una dilación de esta naturaleza viola no sólo el derecho de petición y pronta respuesta constitucionales, sino el derecho a una vida digna, tal y como se concibe en el espíritu de la ley creadora del mencionado régimen.

Dentro del análisis y estudio de las solicitudes de intervención a la Defensoría de los Habitantes, se ha detectado una excesiva demanda de estudios socioeconómicos versus escasa cantidad de profesionales en Trabajo Social, una lentitud en el proceso de valoraciones médicas, centralización de algunos procesos (por ejemplo, la resolución de los recursos de apelación), problemas de logística (escasez de recursos tales como vehículos, choferes, mensajeros) y deficiente planificación para la obtención de objetivos organizacionales, entre otros.

El número de personas beneficiarias del RNC, en los tres últimos tres períodos, lo podemos observar en el siguiente cuadro:

Riesgo	Diciembre 2008	Diciembre 2009	Diciembre 2010
Vejez	47.344	49.863	52.319
Invalidez	27.312	29.031	30.418
Viudez	1.688	1.827	2.001
Huérfanos	112	122	135
Indigentes	2.549	2.595	2.781
PCP	2.414	2.446	2.557
Total	81.419	85.884	90.211

Los casos que con mayor frecuencia se reciben son de adultos mayores o de personas con discapacidad y que, al consultar sobre el estado de sus expedientes, se les informa que se encuentran en espera del estudio socioeconómico, de la valoración médica o que el expediente se encuentra listo para el dictado de la resolución. No obstante, en esta situación pasan meses, inclusive años, sin que se emita la resolución definitiva, ya sea de aprobación o de rechazo, en flagrante violación de los artículos 27 y 41 constitucionales, manteniendo a estas personas en un estado de incertidumbre perenne y obstaculizando su acceso a este beneficio que bien podría mejorar su calidad de vida en caso de clasificar como beneficiarios.

Producto del análisis de la información recibida por parte de las sedes regionales y la información registrada en la sede central de la DHR, se determinó que dentro de las causas de dilación injustificada en los trámites administrativos de las pensiones del RNC se encuentran las siguientes:

- Tiempo que demoran los expedientes en ser trasladados de una oficina a otra.
- Dilación excesiva en casos que requieren de estudio de Trabajo Social.
- Problemas de control de expedientes.
- Atrasos en la diligencia de notificación
- Atraso en la tramitación de solicitudes de pensión por Invalidez.
- Lenguaje utilizado en las resoluciones es complejo para la población meta
- Se han encontrado problemas relacionados con los canales de comunicación entre los distintos Departamentos responsables y poca claridad de las competencias de las sucursales.
- Al parecer, la desconcentración es relativa debido a que muchos trámites se realizan en oficinas centrales, lo cual dificulta el acceso a la información.
- Fallecimiento de habitantes previo a la obtención de una resolución.

ASPECTOS FINANCIEROS – PRESUPUESTARIOS:

Producto del análisis de los ingresos del RNC, se pudo determinar que las transferencias del Gobierno Central representan alrededor

del 51% de los ingresos, y los ingresos provenientes del Fondo de Desarrollo Social de Asignaciones Familiares (FODESAF) han significado alrededor de un 40% de las fuentes de financiamiento. Esto significa que 2 rubros representan el 91% del presupuesto total de ingresos del RNC. Adicionalmente, los ingresos provenientes de la Junta de Protección Social de San José, representan un 3.5% del total de los ingresos. Es decir, en 3 fuentes de financiamiento se concentra el 95% de los ingresos totales del RNC, en los últimos 3 períodos presupuestarios.

El Departamento de Análisis Financiero de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica emitió -en setiembre del 2009- el Informe Anual del Régimen No Contributivo de Pensiones por monto básico, el cual en el apartado 4.2 se refiere a la cobertura horizontal y vertical del RNC, el cual textualmente indica:

"Desde el año 2007, el Régimen No Contributivo ha tenido una política de mejora en los beneficios otorgados, tanto en lo que se refiere a aumentar el número de las pensiones, para cubrir a la población adulta mayor en extrema pobreza, como en lo que se refiere a brindar un monto de pensión que le permita cubrir el mínimo de sus necesidades básicas..."

El monto de las pensiones del RNC a diciembre del 2005, era de ¢16.000,00 mensuales y, entre enero y julio del año 2006, fue de ¢17.500,00 por mes. Actualmente, la pensión del RNC asciende a la suma de ¢70.125,00, la cual fue acordada por la Junta Directiva de la CCSS en Sesión No. 8413 del 14 de enero de 2010.

La CGR, mediante el Informe N° DFOE-SOC-IF-03-2011, en el cual se hace mención al cumplimiento de las metas incluidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010 referentes al Régimen No Contributivo de Pensiones, indicó lo siguiente: a) Una tercera parte de las personas que se benefician de una pensión del RNC no es pobre; b) El 48% de la población meta no recibe pensión del RNC; c) La focalización del RNC debe ser más eficaz; d) El Sistema de Información de Pensiones presenta debilidades lo cual genera dudas sobre la confiabilidad de los mecanismos utilizados por la Gerencia de Pensiones para la planificación, gestión, seguimiento, control y evaluación del RNC; e) Es necesario realizar evaluaciones periódicas dirigidas a detectar las posibles filtraciones (no pobres con pensión)

y exclusiones (pobres sin pensión) del programa, con el fin de aumentar la cobertura efectiva.

En relación con los egresos, se puede indicar que los rubros más representativos del Régimen No Contributivo están relacionados con el pago de las pensiones a los beneficiarios contemplados en el artículo 8 del Reglamento del RNC y las pensiones por Parálisis Cerebral Profunda, así como los servicios médico-hospitalarios, los aguinaldos y las prestaciones sociales. Cabe señalar, que dentro del Régimen existe la modalidad "Otros" en la cual se incluye como beneficiarias a personas con edades entre 50 y 65 años de edad, con imposibilidad de trabajar y cuya situación económica no le permita satisfacer las necesidades básicas de sustento.

Por otra parte, la Defensoría analizó los flujos de efectivo del RNC de los últimos 3 períodos (años 2008, 2009 y 2010) y observó que a inicios de cada ejercicio presupuestario, específicamente en el mes de enero de cada año, el total de ingresos superó el total de egresos, lo cual reflejó un resultado positivo en cada uno de esos períodos.

INFORMACION DE LA AUDITORIA INTERNA DE LA CCSS:

En el año 2006, las autoridades gubernamentales decidieron fortalecer el Régimen No Contributivo de Pensiones, con el objetivo de reducir el nivel de pobreza que de manera sostenida se ha venido registrando en el país. Para ello, se dictó una política clara para ampliar la cobertura e incrementar el monto de las pensiones por medio de transferencias del Ministerio de Hacienda.

No obstante lo anterior, en la práctica, el funcionamiento del RNC ha estado expuesto a distintos problemas de orden administrativo. Adicionalmente, se agrega que este Régimen fue creado mediante la promulgación de la Ley N° 5662 y se incorporó dentro de la estructura de la CCSS, como un programa adicional al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, situación que, al parecer, ha generado algún tipo de inconformidad de los funcionarios de la CCSS ya que perciben este programa como un recargo de funciones. Es por esta razón que se hace necesario dar la connotación y dimensión a este Régimen, de manera que se pueda mejorar el servicio incentivando

un mayor compromiso de la institución y los funcionarios alrededor de este programa social.

Es relevante mencionar que el potencial beneficiario del RNC tiene que acudir a la CCSS debido a que la Institución no se ha dado a la tarea de revisar los indicadores de Desarrollo Social para saber dónde hay personas que necesitan del amparo económico inmediato del Estado. Este problema de detección de beneficiarios se agudiza por la independencia que existe entre las Gerencias Financiera, de Pensiones y de Salud, ya que no socializan la información ni utilizan el producto del trabajo de su personal en provecho de las otras Áreas.

Otro aspecto que amerita ser destacado es el relativo a los formularios utilizados por la CCSS, que son muy complejos para la población meta, así como el lenguaje empleado en los mismos, por lo tanto, en ocasiones la información contenida en las fórmulas no corresponde a la realidad; sin que por ello el potencial beneficiario esté faltando a la verdad, sino porque su percepción de la realidad es distinta a la estructura del formulario y al tratar de ajustarse a éste, el resultado que se obtiene puede perjudicar a la persona solicitante.

Con fundamento en la información recabada y el análisis hecho de la misma, la Defensoría recomendó:

- Promover y fortalecer programas de capacitación para los trabajadores del Sector Salud sobre los instrumentos internacionales de derechos humanos y realizar talleres de sensibilización que involucren a los trabajadores sociales, jefes de las sucursales y demás personal que interviene en la tramitación de casos relacionados con el Régimen No Contributivo de Pensiones.
- Incluir dentro de las actividades comunales que realiza la CCSS, la posibilidad de brindar información sencilla y clara sobre requisitos, trámites y perfil de los potenciales beneficiarios de una pensión del Régimen No Contributivo de manera que estos espacios se conviertan en una primera instancia de consulta con el propósito de que la población no se cree falsas expectativas alrededor de este beneficio social.

Las emisoras regionales podrían ser un medio efectivo para divulgar información sobre el RNC.

- Definir los mecanismos pertinentes mediante los cuales se pueda proporcionar información referente al estado en que se encuentran los trámites de solicitud de pensión y los recursos de apelación que están en la Gerencia de Pensiones y sus dependencias.
- Buscar formas alternativas para detectar a la población meta. Realizar alianzas con actores sociales (agrupaciones religiosas, líderes comunales, entre otros). Utilizar la información contenida en los estudios que realizan MIDEPLAN, IMAS, las Municipalidades y el Estado de la Nación con el objetivo de realizar un control cruzado de información sobre la población con mayores necesidades económicas para formular estrategias para la inversión de los recursos.
- Valorar la posibilidad de modificar la reglamentación interna de la CCS a efecto de valorar la posibilidad de eliminar la visita social en aquellos casos en los cuales exista un estudio socioeconómico de otras instituciones públicas competentes para identificar situaciones de pobreza.
- Analizar la opción de adelantar, con base en los recursos de ejercicios anteriores, adelantar el número de beneficiarios a los cuales se comprometieron las autoridades gubernamentales, durante el período 2011-2014, como una forma de contribuir al alivio de la pobreza en el país.
- Revisar las estadísticas en cuanto a posibles filtraciones de personas no pobres beneficiarias del RNC, así como la información del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) sobre la eventual demanda insatisfecha de adultos mayores de 65 años en extrema pobreza o en pobreza. Esto con el fin de tomar las medidas pertinentes, y se asegure que el destino de los recursos se ajuste a los postulados de creación del RNC.

Es así concluyente esta Defensoría al manifestar que la problemática que afronta la CCSS está suficientemente diagnosticada en el tiempo, por diferentes instituciones de control, sector académico, superintendencias, etc, siendo que el mayor problema lo constituye la toma de decisiones acertadas para atender los diferentes asuntos ya por demás conocidos.

Si bien es cierto, los problemas denunciados son de vieja data y alta complejidad, hay que empezar, sino no podremos avanzar y estaremos en diez años hablando de lo mismo. Para ello se ocupa una conjunción de intereses que debe partir de la voluntad de la propia CCSS por abrirse a la consideración de las diversas soluciones planteadas y que se planteen.

Al respecto, preocupa a esta Defensoría como ejemplo de una actitud poco acertiva, lo ocurrido con ocasión de una serie de recomendaciones que recientemente giráramos a la Junta Directiva de la CCSS sobre la problemática que enfrenta el Hospital Nacional de Niños sobre Listas de espera, todas en el marco del cumplimiento efectivo del deber de control interno y el mejoramiento de la gestión de dicho centro hospitalario, y por ende, de la salud de las y los menores allí atendidos. La respuesta de la Junta Directiva de la CCSS fue referir que no se acatarían las recomendaciones de la Defensoría por no ser vinculantes.

Independientemente del error conceptual en que incurre la CCSS al calificar como no vinculantes las recomendaciones de la DHR –dado que la vinculancia la brinda la propia ley que deben acatar-, preocupa que se desechen con ese desgano las recomendaciones de un órgano de control para mejorar la gestión pública, sin tomar en consideración lo más importante, las personas que se ven afectadas por esta acción: las y los pacientes.

Señoras y señores Diputados, queda la Defensoría a sus órdenes para profundizar en cualquiera de los temas planteados, así como para brindar toda información que requieran en esta tan importante labor iniciada por esta Comisión.

Muchas gracias,