CGR
COSTA RICA

Planificación y distribución de personal médico especialista

Dirigido al Ministerio de Salud y
a la Caja Costarricense de Seguro Social

DFOE-BIS-IAD-00002-2025
14 de agosto de 2025

CGR
COSTA RICA

Resumen Ejecutivo

¿Qué auditamos?

La planificación de necesidades de personal médico especialista y su distribución en los hospitales del segundo y tercer nivel de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), según el marco normativo y técnico aplicable. El análisis abarcó el período entre el 1° de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2024 y se amplió a mayo de 2025 con el fin de analizar la cobertura actual de servicios de salud especializados, así como la cantidad y distribución de ese personal en las redes de prestación de salud.

¿Por qué es importante?

La planificación y distribución de personal médico especialista es fundamental para garantizar el acceso equitativo, oportuno, continuo y de calidad a los servicios de salud especializados en todo el país. Este tema ha sido objeto de atención pública debido a crisis recurrentes por déficit de especialistas que han generado desigualdades en el acceso y sobrecarga hospitalaria.

Fortalecer esta función permite alinear la oferta con las necesidades reales de la población, asignar los recursos con base en criterios técnicos y epidemiológicos y mejorar la capacidad resolutiva del sistema. Asimismo, contribuye a garantizar el derecho a la salud en condiciones de equidad territorial y sostenibilidad institucional y habilita al sistema de salud para anticiparse, adaptarse y responder a los desafíos sanitarios presentes y futuros.

Resultados

El Ministerio de Salud carece de una base técnica para estimar las necesidades país de médicos especialistas, lo que impide una planificación informada y la coordinación efectiva con los actores clave, afectando la toma de decisiones para garantizar atención especializada donde más se requiere.

La CCSS no dispone de una planificación técnica y trazable para proyectar las necesidades de personal médico especialista y su asignación, ya que no dispone de un instrumento para ese fin, lo que limita su capacidad para anticipar y atender la demanda real del sistema.

La distribución de médicos especialistas no se basa en criterios formalizados que permitan priorizar las necesidades institucionales de acuerdo al perfil epidemiológico y el acceso equitativo para la población. Esto genera genera asignaciones desiguales y reduce el acceso oportuno a servicios especializados en distintas regiones.

¿Qué concluimos?

La planificación y distribución de personal médico especialista no cumple con aspectos significativos del marco normativo y técnico aplicable, lo que afecta la capacidad del sistema de salud para responder de manera equitativa, oportuna y sostenible a las necesidades de la población. Este incumplimiento se origina en la ausencia de estimaciones técnicas sobre las necesidades del país, la falta de metodologías institucionales para proyectar la demanda y asignar cupos, así como la carencia de criterios formalizados de tipo epidemiológico y de equidad en la distribución.

Auditoría en datos

Solo 2 de 23 hospitales

logran cubrir más del 90 % de su oferta de servicios especializados. En promedio, los hospitales regionales y periféricos no superan el 74 % de cobertura, lo que refleja brechas en la atención.

55,6% de los especialistas

de la CCSS están concentrados en hospitales de la GAM, lo que reduce la capacidad resolutiva en hospitales regionales y periféricos.

21,9% de los especialistas

(505 médicos) laboran con jornada reducida, lo que limita la disponibilidad efectiva de atención especializada en los centros de salud.

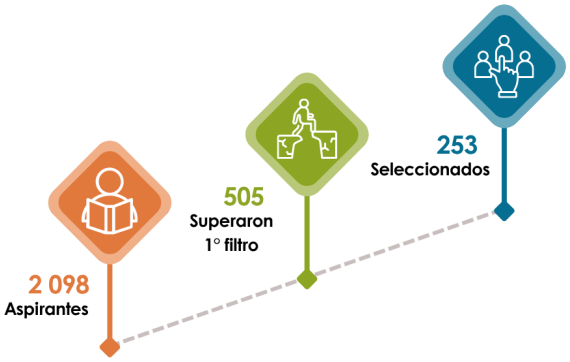
Contexto

¿Qué es un médico especialista y cómo se forman?

Los médicos especialistas son profesionales que, tras completar la carrera de medicina general, realizan una formación intensiva en un área clínica específica. En Costa Rica, el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS), administra 1.197 plazas para formación, cada una asignada a un médico residente durante toda su especialidad. Cada año, el CENDEISSS analiza las plazas disponibles, los cupos liberados y la capacidad universitaria para formar especialistas y remite una propuesta que debe ser aprobada por la Gerencia Médica de la CCSS.

El proceso de admisión incluye un primer filtro de conocimientos generales aplicado por la CCSS y posteriormente pruebas específicas por parte de las universidades. Una vez admitidos, los médicos especialistas se forman bajo un modelo de "aprendizaje en servicio", donde el docente es simultáneamente profesor universitario y médico especialista de la CCSS.

Ilustración 1. Admisión a especialidad médica 2024 - 2025



Fuente: CGR - Elaboración propia.

¿Quién distribuye al personal médico especialista?

La distribución del personal médico especialista disponible en la CCSS la realiza la Gerencia Médica por medio de la Comisión Técnica para el Análisis y Asignación de Médicos Especialistas (CTAME), tanto para el personal en servicio social obligatorio, retribución social, contratación como los traslados. La CTAME analiza caso a caso y emite una recomendación a la Gerencia Médica para su aprobación final.

¿Cuál es el rol del Ministerio de Salud?

Como ente rector del Sistema Nacional de Salud, el Ministerio de Salud tiene la responsabilidad de dirigir, regular y coordinar su funcionamiento, velar por el interés público y garantizar el derecho a la salud. Su rol incluye la definición de políticas sanitarias, la emisión de normativa técnica, la articulación interinstitucional y la planificación del recurso humano en salud conforme al perfil epidemiológico del país y las necesidades de salud pública.

¿Quiénes forman a los médicos especialistas?

Las universidades públicas o privadas que cuenten con convenios suscritos con la CCSS. Esta se desarrolla bajo un modelo práctico basado en la experiencia clínica, en el que el estudiante "aprende haciendo" mediante la supervisión directa de un especialista. Una vez finalizado el proceso formativo, los nuevos especialistas deben cumplir con un año de servicio social obligatorio y hasta tres años de retribución social en la CCSS, como parte de los compromisos adquiridos con la institución que respalda su formación.

Ilustración 2. Especialidades ofertadas

Fuente: CGR - Elaboración propia

Conclusión

La planificación y distribución de personal médico especialista no cumple aspectos significativos del marco normativo y técnico aplicable, al no garantizar razonablemente un enfoque integral, informado y equitativo. Esta situación afecta directamente la disponibilidad y acceso de la población a la atención médica especializada en todo el país.

Con base en los resultados obtenidos, se identificó que el Ministerio de Salud, **no dispone de una base técnica que vincule el perfil epidemiológico y las tendencias demográficas con la estimación de necesidades de especialistas,** lo cual limita su capacidad para ejercer una rectoría efectiva en esta materia. Aunque ha promovido acciones en el marco del Plan Nacional de Recursos Humanos en Salud 2024 - 2030, **no se ha consolidado una articulación interinstitucional efectiva con actores clave como la CCSS y las universidades formadoras.**

Por su parte la **CCSS no cuenta con criterios técnicos para proyectar demanda futura de personal médico especialista ni documenta los análisis que sustentan la asignación anual de cupos formativos**. En 2025, trece hospitales regionales y periféricos manifestaron tener capacidad para participar en la formación de especialistas, sin que hasta el momento se hayan incorporado como centros de formación.

En lo relativo a la distribución, se evidenció que el **55,6% de los especialistas están concentrados en hospitales del tercer nivel ubicados en la Gran Área Metropolitana,** mientras que los hospitales regionales y periféricos no alcanzan, en promedio, más del 74% de cobertura de servicios especializados, según el nivel de complejidad. Esto revela la ausencia de criterios de tipo epidemiológico y de equidad en la distribución.

Resultado 1

El Ministerio de Salud carece de una base técnica para estimar las necesidades país de médicos especialistas

¿Qué encontramos?

1.1. El Ministerio de Salud no cuenta con una base técnica construida con criterios epidemiológicos y demográficos que le permita estimar de forma sistémica las necesidades del país de personal médico especialista, lo que limita su capacidad para orientar decisiones de planificación, formación y distribución del recurso humano en salud con base en evidencia, conforme a las funciones rectoras definidas en el marco normativo.

1.2. Lo anterior se evidencia en la ausencia de estudios formalizados que integren variables clave del perfil epidemiológico y demográfico —como los principales patrones de enfermedades y causas de muerte (morbimortalidad), factores sociales y otros elementos relevantes del perfil epidemiológico de la población; las principales tendencias demográficas nacionales respecto a la desagregación por grupo etario, sexo o región geográfica— con la oferta y demanda actual de personal médico especialista.

1.3. Aunque como parte del Plan Nacional de Recursos Humanos en Salud 2024-2030 el Ministerio ha definido indicadores para fortalecer el Sistema Nacional de Información de Recursos Humanos en Salud (ver ilustración n.° 3), estos no permiten la determinación precisa de las necesidades de personal médico especialista, pues su propósito principal es caracterizar el perfil del país y la fuerza laboral en salud.

Ilustración 3. Ejes del Sistema Nacional de Información de Recursos Humanos en Salud

Fuente: CGR - Elaboración propia.

¿Por qué se presenta este resultado?

1.4. La ausencia de una base técnica para estimar las necesidades del país de médicos especialistas se vincula con la falta de priorización de esta función dentro del ejercicio rector del Ministerio, como de estándares de cobertura[1] por especialidad que integren criterios

[1] Parámetro o criterio técnico que define la cantidad mínima de personal médico especialista que debe estar disponible para una población determinada, con el fin de garantizar el acceso equitativo, oportuno y de calidad de los servicios de salud.

epidemiológicos y demográficos para orientar la planificación del recurso humano en el país. Aunque se ha propuesto la creación de un Sistema Nacional de Residencias con mecanismos de gobernanza colegiada, regulación técnica y procesos de admisión estandarizados, al cierre del período auditado no se han concretado estas medidas ni se ha consolidado un mecanismo que permita coordinar sostenidamente la planificación del recurso humano en salud especializado.

¿Cómo se espera que funcione según la normativa?

1.5. El marco normativo establece que el Ministerio de Salud es responsable de dirigir, regular y coordinar el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, velar por la continuidad del servicio público y garantizar su adaptación a las necesidades sociales. Particularmente, la Dirección de Servicios de Salud debe ejecutar los procesos rectores para armonizar los recursos humanos en salud, y la Unidad de Recursos Humanos en Salud debe conducir la investigación, vigilancia, análisis y evaluación de la oferta y demanda del personal sanitario, para facilitar decisiones de planificación, formación y distribución con base en evidencia técnica[2].

¿Qué pasa si no se corrige?

1.6. La falta de una base técnica y de mecanismos efectivos de articulación interinstitucional puede dar lugar a decisiones sobre la formación y asignación de médicos especialistas desvinculadas de las necesidades reales de la población. Esta situación ya se refleja en brechas de atención: en abril de 2024, la CCSS reportó un faltante de 292 especialistas en diez áreas clínicas. La desconexión entre la planificación y las demandas del sistema de salud limita su capacidad para anticipar desafíos emergentes, compromete su sostenibilidad y reduce las oportunidades de coordinación con otras entidades que también requieren este perfil profesional.

1.7. Para la ciudadanía, esto significa enfrentar mayores tiempos de espera para acceder a atención especializada, mayores traslados hacia centros de referencia ubicados en la Gran Área Metropolitana, discontinuidad en tratamientos, y una atención menos oportuna en enfermedades que requieren intervención especializada. En términos simples, sin una planificación efectiva del personal médico especialista, el derecho a la salud se vuelve más desigual y distante, especialmente para quienes viven fuera del centro del país.

[2] Reglamento Orgánico del Poder Ejecutivo n.° 43580-MP-Plan. Artículo 3, 4 y 7 inciso i); Ley General de la Administración Pública, artículo 4 y Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud n.° 40724. Artículo 30.

¿Qué encontramos?

2.1. La CCSS no cuenta con una planificación técnica y operativa que permita estimar de manera sistemática la demanda institucional de personal médico especialista, asignar plazas formativas según criterios definidos ni ampliar de forma efectiva los centros hospitalarios para la formación, conforme a las necesidades de su red de servicios y de la población. Esta situación se evidencia en la ausencia de procedimientos institucionales aprobados, la falta de análisis documentados para la asignación anual de plazas, la no incorporación de hospitales con capacidad formativa identificada, y la limitada articulación efectiva. En particular:

a) En cuanto a la estimación de demanda, la institución no cuenta con una metodología definida, aprobada y con continuidad institucional[3] para proyectar cuántos médicos especialistas requiere, en qué especialidades y cuáles redes o centros de salud. Aunque se han realizado análisis aislados, la propia CCSS reconoció en 2024-2025 la necesidad de desarrollar un nuevo instrumento que considere factores como la renuncia anticipada de especialistas.

b) Respecto a la asignación de plazas formativas para el periodo 2024-2025, la administración no acreditó[4] que el análisis realizado se sustente en variables como plazas disponibles, especialidades liberadas, capacidad universitaria y diagnóstico de necesidades.

c) Sobre la red de centros formadores, actualmente solo 13 establecimientos de salud están habilitados para formar médicos especialistas[5], pese a que otros 13 hospitales regionales y periféricos indicaron en junio de 2025 a este Órgano Contralor que cuentan con capacidad para participar en este proceso (ver ilustración 4). Si bien el CENDEISSS ha realizado acciones indagatorias con hospitales de la CCSS y universidades para conocer la viabilidad de formar especialistas en otros centros de salud, el último hospital incorporado a la red formativa se habilitó en agosto de 2023.

Ilustración 4. Hospitales que manifiestan a CGR tener capacidad para formación de especialistas, junio 2025

Fuente: CGR - Elaboración propia.

3 Oficio GM-CENDEISSS-0599-2025 del 24 de junio de 2025, la CCSS indica que se encuentra en construcción.
4 Oficios GM-CENDEISSS-0349-2025 del 2 de abril de 2025 y GM-CENDEISSS-0418-2025 del 12 de mayo de 2025.
5 Contempla cinco hospitales especializados, la Clínica Oftalmológica, los tres hospitales nacionales y cuatro regionales.

d) En relación con la coordinación interinstitucional, aunque se firmó un convenio en 2024 entre la CCSS, el Instituto Nacional de Seguros, el Poder Judicial y la Universidad de Costa Rica para formar especialistas en distintos campos de la salud, a la fecha no ha arrojado resultados concretos y aún se requiere el respaldo de la Universidad y la suscripción de convenios específicos que siguen en trámite para que estas instituciones participen en el proceso formativo de especialistas médicos.

¿Por qué se presenta este resultado?

2.2. La CCSS no ha consolidado una gestión que garantice la continuidad metodológica en la proyección de sus necesidades de personal médico especialista. Además, no existen mecanismos operativos para dar seguimiento a los compromisos adquiridos, definir responsables y asegurar las condiciones técnicas y logísticas requeridas para ejecutar los convenios suscritos. A esto se suma la ausencia de una visión sistémica basada en la prestación en red, que oriente la asignación de plazas hacia una mayor equidad territorial y funcional.

¿Cómo se espera que funcione según la normativa?

2.3. Como entidad responsable de la prestación de servicios de salud, la CCSS debe asegurar el acceso oportuno e integral a la atención médica especializada y quirúrgica, garantizando la continuidad del servicio público[6] y su adaptación a los cambios en las necesidades de salud de la población. Esto implica planificar estratégicamente el recurso humano en salud con base en evidencia, anticipando la demanda institucional, fortaleciendo la prestación en red y promoviendo la asignación equitativa de especialistas en todo el territorio nacional. En ese marco, el CENDEISSS debe conducir la planificación de manera técnica y sistemática del recurso humano[7], mediante metodologías formalizadas, criterios de asignación trazables y coordinación efectiva con otros actores del sistema.

¿Qué pasa si no se corrige?

2.4. Se limita la capacidad de la CCSS para alinear la formación y asignación de médicos especialistas con las necesidades reales de la población. Esto compromete la equidad en el acceso a servicios especializados, debilita la respuesta institucional ante los desafíos sanitarios emergentes y resta transparencia a las decisiones sobre plazas formativas. Además, la falta de implementación de convenios interinstitucionales reduce las oportunidades de expansión de la capacidad formadora y desincentiva la participación de actores clave.

---

6 Ley General de Administración Pública, n.° 6227, artículos 4 y 113.
7 Manual de Organización de la Gerencia Médica, objetivo general del CENDEISSS.

¿Qué encontramos?

3.1. Las recomendaciones para la distribución de personal médico especialista en la CCSS, las realiza la Comisión Técnica para el Análisis y Asignación de Médicos Especialistas (CTAME). De acuerdo con la CTAME, se consideran insumos como el nivel de complejidad[8] de los establecimientos de salud, listas de espera, movimientos de personal (por ejemplo: renuncias, jubilaciones o egresados). Sin embargo, no se evidencia la formalización de criterios de distribución ni la realización de un análisis integral que priorice las necesidades institucionales de acuerdo con el perfil epidemiológico y el acceso equitativo para la población. A continuación el detalle:

a) La asignación de personal médico especialista se analiza caso por caso, sin que en las minutas[9] de las CTAME conste la aplicación de los criterios señalados.

b) Aunque existe el Protocolo de distribución para retribución social de los profesionales en salud de enero de 2025, el cual aspira a una distribución planificada desde la etapa de formación, esta herramienta no contempla criterios para orientar la distribución de acuerdo con las necesidades reales de la población.

c) En una consulta realizada por el Órgano Contralor en junio de 2025 a 28 hospitales de segundo y tercer nivel, 9 directores indicaron desconocer los criterios aplicados para la distribución de especialistas y 10 los calificaron como deficientes, esto afecta la transparencia del proceso.

3.2. Al mes de mayo de 2025[10], —en promedio— solo los hospitales nacionales[11] logran cubrir al menos un 90% de la oferta de servicios especializados definida por la CCSS según nivel de complejidad. En contraste, la cobertura promedio de estos servicios desciende significativamente en hospitales regionales (74%), periféricos tipo 3 (70%) y periféricos tipo 1 y 2 (40%), lo que refleja una disminución en la capacidad resolutiva de los niveles de atención más cercanos a la población (ver clasificación de hospitales según su complejidad en el Anexo 1).

3.3. Esta situación se explica en parte por la distribución del personal médico especialista. El 55,6% de estos profesionales se concentra en hospitales nacionales y especializados, mientras que el 44,4% restante se reparte entre los 20 hospitales del segundo nivel de atención. Esta distribución no considera criterios técnicos ni prioriza las necesidades territoriales (ver Ilustración 5). Por ejemplo, las regiones Huetar Norte y Atlántica, que juntas apenas concentran el 5,5% de los especialistas, enfrentan también altos porcentajes de jornada reducida (23,6% en Huetar Norte), lo cual limita aún más su capacidad de atención.

---

8 El modelo de atención de la CCSS contempla tres niveles: un primer nivel de atención primaria que funciona como puerta de entrada al sistema; un segundo nivel que contempla los hospitales periféricos 1, 2, 3 y los hospitales regionales; y un tercer nivel de atención, correspondiente a hospitales nacionales y centros especializados. Esta clasificación de hospitales definida por la CCSS se refiere a la capacidad resolutiva de cada centro y el nivel de complejidad de los servicios médicos que se ofrecen en el centro de salud. Para el detalle de esta clasificación ver anexo 1.

9 Se analizaron las actas del período 2020 a marzo 2025.

10 Información suministrada por la Dirección de Administración y Gestión de Personal mediante oficio GA-DAGP-1095-2025.

11 No se consideran hospitales especializados.

Ilustración 5. Distribución de médicos especialistas

Red	% de especialistas	% especialistas con reducción de jornada
Nacionales	55,6%	24,8%
Central Norte	17,8%	26,3%
Central Sur	8%	18,4%
Chorotega	5,3%	10,7%
Brunca	3,9%	7,8%
Pacífico Central	3,9%	12,2%
Huetar Atlántica	3,1%	2,8%
Huetar Norte	2,4%	23,6%

Fuente: CGR - Elaboración propia.

¿Por qué se presenta este resultado?

3.4. La CTAME actúa como un espacio de concertación que busca equilibrar el recurso humano especializado disponible y las necesidades institucionales. Sin embargo, no se ha priorizado la formalización y aplicación de criterios, así como su divulgación, que respalden el proceso y promuevan la transparencia.

3.5. Además, las renuncias recientes de especialistas han presionado a la institución a realizar asignaciones que priorizan la retención del recurso humano sin asegurar su alineación óptima con las necesidades institucionales; asimismo, la demanda institucional de personal médico especialista supera la oferta, aspecto que puede ser más crítico en algunas especialidades o subespecialidades .

¿Cómo se espera que funcione según la normativa?

3.6. La CCSS tiene la obligación de ofrecer servicios públicos de manera continua, accesible y adaptable, de manera tal que se garantice el derecho a la salud de la población[12] y la igualdad en el trato de los usuarios[13]. Todas las personas tienen derecho a acceder a los servicios en los diferentes niveles de atención, así como a la disponibilidad de tratamientos de calidad[14], por lo que la distribución de personal médico especialista debe procurar la igualdad en el acceso.

3.7. La Junta Directiva de la CCSS designó[15] a la Gerencia Médica para el análisis de todas las contrataciones y traslados de médicos especialistas en los centros que evidencian una

12 Constitución Política, Artículos 21 y 73.
13 Ley General de Administración Pública, n.° 6227, artículo 4.
14 Ley General de Salud, n.° 5395, artículo 9.
15 Inciso 1, artículo n.° 20 del Acta de Junta Directiva n.° 8699 celebrada el 6 de marzo de 2014.

necesidad institucional de este recurso. Para esto, en 2018 la Gerencia Médica conformó[16] la CTAME como un equipo técnico de trabajo para el análisis y asignación de especialistas en la CCSS, de manera que se prioricen las necesidades institucionales y prevalezca el interés público de garantizar la prestación de los servicios de salud.

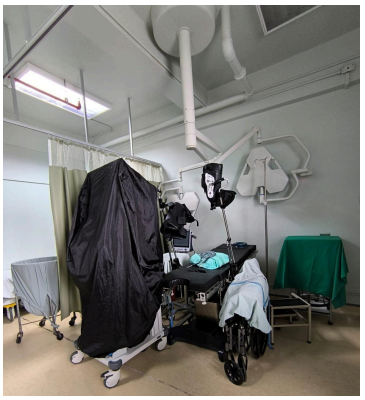
¿Qué pasa si no se corrige?

3.8. La distribución actual limita el acceso equitativo a la atención especializada, en particular en zonas alejadas o de menor complejidad resolutiva. Esto puede traducirse en un aumento de referencias innecesarias, sobrecarga en hospitales de mayor nivel y subutilización de centros que cuentan con equipo médico pero carecen de recurso humano especializado (ver ejemplos en fotografías 1 y 2). A nivel poblacional, la continuidad y calidad del servicio de salud se ven comprometidas, afectando especialmente a personas que ya enfrentan barreras estructurales de acceso.

Fotografía 1. Angiógrafo en Hospital Monseñor Sanabria, hospital carece de Hemodinamista para su utilización.

Fuente: Fotografía tomada el 05 de junio de 2025.

Fotografía 2. Torre de Laparoscopía sin utilización en Hospital Geriátrico por carencia de especialista en Urología.



Fuente: Fotografía tomada el 02 de junio de 2025.

[16] Mediante oficio GM-MDA-11620-2028 del 7 de septiembre de 2018.

Disposiciones

Responsables

- Al Doctor Berny Francisco Villareal Cortés en su calidad de Director General de Salud del Ministerio de Salud, o a quien en su lugar ocupe el cargo.

Disposiciones	Plazo
D1. Definir, con base al menos en el perfil epidemiológico y las tendencias demográficas del país, una priorización de las especialidades médicas consideradas críticas a nivel nacional. (Ver párrafos 1.1 al 1.7).	a. Al 30 de enero de 2026, una certificación donde se haga constar la priorización de especialidades médicas.
D2. Diseñar, formalizar y divulgar, según el ámbito de competencia, estándares de cobertura por especialidad médica en áreas críticas, con base al menos en el perfil epidemiológico y las tendencias demográficas del país. Considerar un mecanismo de revisión periódica que garantice la actualización de estos estándares conforme evolucionen las condiciones de salud pública, la dinámica poblacional y las prioridades del sistema de salud. (Ver párrafos 1.1 al 1.7).	a. A más tardar diez meses después de la priorización de especialidades médicas, una certificación que respalde el diseño de los estándares de cobertura para las especialidades priorizadas, con evidencia de la incorporación de criterios epidemiológicos y tendencias demográficas. b. A más tardar cinco meses después del diseño, una certificación donde conste la formalización y divulgación de los estándares de cobertura desarrollados para las especialidades priorizadas, así como el mecanismo aprobado para su revisión y actualización.
D3. Establecer formalmente un mecanismo de articulación institucional entre el Ministerio de Salud, la CCSS, instituciones formadoras de médicos especialistas y otros actores pertinentes, que considere al menos: responsables claros y procesos de seguimiento para consolidar la coordinación interinstitucional estratégica en torno a la planificación y formación de médicos especialistas, y lo atinente a esta temática según lo definido en el Plan Nacional de Recursos Humanos en Salud. (Ver párrafos 1.1 al 1.7).	a. Al 15 de febrero de 2026, una certificación que haga constar el mecanismo de articulación definido, los responsables y los procesos de seguimiento.

Responsables

- Al Doctor Juan Carlos Esquivel Sánchez en su calidad de Director del Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS), o a quien en su lugar ocupe el cargo.

Disposiciones	Plazo
D4. Diseñar, formalizar e implementar un instrumento institucional para la proyección de la demanda futura de médicos especialistas, que permita contar con una herramienta técnica de uso continuo. Esta metodología deberá incorporar al menos lo siguiente: a. Identificación de brechas. b. Criterios de priorización. c. Tendencias en la permanencia y estabilidad del personal médico especializado. d. Mecanismos de monitoreo y actualización periódica que aseguren su vigencia en el tiempo. (Ver párrafos 2.1 al 2.4)	a. A más tardar el 30 de enero de 2026, una certificación donde conste el diseño y formalización del instrumento. b. Seis meses después del diseño y formalización, una certificación que haga constar la implementación del instrumento para la proyección de la demanda futura.
D5. Diseñar, formalizar e implementar un mecanismo formal para la definición de cupos por especialidad en cada período de ingreso al proceso formativo, que incluya al menos lo siguiente: a. Proyección de demanda futura. b. Insumos por analizar para la determinación de cupos. c. Priorización de criterios para determinación de espacios por especialidad. d. Documentación del análisis realizado en la definición de cupos por especialidad. e. Resultados de cupos por especialidad. (Ver párrafos 2.1 al 2.4)	a. A más tardar el 27 de noviembre de 2026, una certificación donde conste el diseño y formalización del mecanismo. b. Cinco meses después del diseño y formalización, una certificación que haga constar la implementación del mecanismo para definición de cupos por especialidad.

Responsables

- Al Doctor Juan Carlos Esquivel Sánchez en su calidad de Director del Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS), o a quien en su lugar ocupe el cargo.
- Al Doctor Franz Vega Zúñiga en su calidad de Jefe del Departamento de Medicina Legal del Poder Judicial, o a quien en su lugar ocupe el cargo.
- Al Msc. Randall Zúñiga López, Director General del Organismo de Investigación Judicial, o a quien en su lugar ocupe el cargo.
- Al Doctor Carlos Araya Fonseca en su calidad de Director de Posgrado en Especialidades Médicas de la Universidad de Costa Rica, o a quien en su lugar ocupe el cargo.
- Dr. Kenneth Rojas Calderón, Director General de Servicios de Salud del Instituto Nacional de Seguros, o a quien en su lugar ocupe el cargo.

Disposiciones	Plazo
D6. Establecer un mecanismo para el seguimiento y coordinación interinstitucional que promueva la operativización efectiva de los convenios suscritos para la formación de médicos especialistas. El mecanismo deberá contemplar al menos lo siguiente: a. La definición de responsables por institución. b. Un plan de acción conjunto con plazos y productos clave. c. Medios de verificación del cumplimiento. d. Proceso de seguimiento periódico para garantizar la implementación efectiva de los acuerdos suscritos. (Ver párrafos 2.1 al 2.4)	a. A más tardar el 14 de marzo de 2026, una certificación conjunta donde conste la formalización del mecanismo, con evidencia de la designación de responsables, plan de acción y medios de seguimiento. b. Seis meses después, una certificación que documente la implementación del mecanismo incluyendo al menos un informe de seguimiento o evidencia del avance en la operativización de los convenios suscritos.

Responsables

- Al Doctor Alexander Sánchez Cabo en su calidad de Gerente Médico o a quien en su lugar ocupe el cargo

Disposiciones	Plazo
D7. Diseñar, validar, formalizar, divulgar e implementar un instrumento técnico de asignación de médicos especialistas en el segundo y tercer nivel de atención, que incorpore al menos lo siguiente: a. Evaluación de las necesidades de atención de la población, la prevalencia de enfermedades y características demográficas. b. Impacto en la prestación de servicios. c. Criterios sobre acceso oportuno y equitativo a la atención especializada para la población. d. Capacidad resolutiva de la red de servicios. (Ver párrafos 3.1 al 3.7)	a. Al 15 de mayo de 2026, una certificación donde conste el diseño del instrumento. b. Cuatro meses después, una certificación que haga constar la validación interna del instrumento. c. Seis meses después, una certificación que haga constar su formalización y divulgación. d. Tres meses después, una certificación de la implementación del instrumento.

Marco General de la auditoría

Fundamentación

La CGR realizó una auditoría de cumplimiento en el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social enfocada en la planificación y distribución de médicos especialistas. Este tipo de auditoría tiene el propósito de determinar el cumplimiento del marco normativo y técnico aplicable. Esta auditoría se efectuó con fundamento en las competencias conferidas a la CGR en los artículos 183 y 184 de la Constitución Política, y los numerales 17, 21 y 37 de su Ley Orgánica n.° 7428, en cumplimiento del Plan Anual Operativo de la División de Fiscalización Operativa y Evaluativa.

Validación de términos

Los términos de auditoría fueron comunicados al Ministerio de Salud y a la Caja Costarricense de Seguro Social mediante el oficio DFOE-BIS-0362 del 23 de junio de 2025. Se formalizaron los siguientes términos que consideran las observaciones efectuadas por las Administraciones:

- **Objetivo:** Determinar el cumplimiento del marco normativo y técnico aplicable en la planificación de personal médico especialista y su distribución en el segundo y tercer nivel de atención de la CCSS.
- **Alcance:** Acciones realizadas por el Ministerio de Salud y la CCSS para planificación de personal médico especialista y su distribución en el segundo y tercer nivel de atención de la CCSS, considerando el marco normativo y técnico aplicable. El período de análisis abarcó entre el 01 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2024, se amplió a mayo de 2025 para conocer la cobertura actual de la oferta de servicios por hospital, la cantidad de médicos especialistas y su distribución en las redes integrales de prestación de salud.
- **Fuentes de criterios:** Los criterios de auditoría se fundamentan principalmente en las siguientes fuentes:

Normativa	Artículos relevantes
Constitución Política de la República de Costa Rica	21 y 73
Ley General de Administración Pública	4 y 113
Ley General de Salud	9
Reglamento del Seguro de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social	17 y 75
Reglamento Orgánico del Poder Ejecutivo	3, 4 y 7
Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud	30

Marco General de la auditoría

Metodología

La auditoría se realizó conforme a las Normas Generales de Auditoría para el Sector Público, el Manual General de Fiscalización Integral de la CGR, el Procedimiento de Auditoría vigente, establecido por la DFOE, que está basado en la ISSAI 400: Principios de la Auditoría de Cumplimiento de las Normas Internacionales de las Entidades Fiscalizadoras Superiores (ISSAI por sus siglas en inglés).

Para recopilar la información, se emplearon diversas técnicas: entrevistas, reuniones, solicitudes de información a las instituciones fiscalizadas, remisión de encuestas a los 29 hospitales de la CCSS (28 respuestas recibidas), visitas de campo a 8 hospitales de diferentes niveles (especializados, nacionales, regionales y periféricos), así como un un taller presencial con representación del CENDEISSS, la Dirección de Red de Servicios de Salud - CCSS, la Dirección de Proyección de servicios de salud - CCSS, la auditoría interna de la CCSS y del Ministerio de Salud, la CTAME, el Colegio de Médicos, el Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de Seguros, la Defensoría de los Habitantes, médicos especialistas, hospitales regionales y periféricos (San Vicente de Paúl, San Rafael de Alajuela, Manuel Mora de Golfito, Max Peralta de Cartago, Enrique Baltodano Briceño de Liberia), representación del Sindicato Nacional de Médicos Especialistas y la Unión Médica Nacional y representación del Posgrado de Especialidades Médicas de la Universidad de Costa Rica.

Comunicación preliminar

El 6 de agosto de 2025 se realizó la comunicación preliminar de resultados, con la participación de funcionarios de la CCSS en representación de la Presidencia Ejecutiva, Gerencia Médica CENDEISSS, CTAME, Dirección de Proyección de Servicios de Salud, Auditoría Interna, y de la Dirección de Planificación Institucional; funcionarios del Ministerio de Salud en representación del Despacho Ministerial, la Vicerrectoría de Salud, la Dirección de Servicios de Salud y la Unidad de Recursos Humanos en Salud. Además, con funcionarios de la Universidad de Costa Rica en representación de la Vicerrectoría de Investigación, el Sistema de Estudios en Posgrado, y la Dirección de Posgrado de Especialidades Médicas; funcionarios del Instituto Nacional de Seguros, en representación de la Gerencia General de la Red de Servicios de Salud y la Dirección General de Servicios de Salud; y funcionarios del Poder Judicial en representación del Departamento de Medicina Legal. El borrador de informe fue remitido el 4 de agosto de 2025 con los oficios n.° 13754 (DFOE-BIS-0426) a la CCSS, n.° 13982 (DFOE-BIS-0436) al Poder Judicial, n.° 13979 (DFOE-BIS-0433) al Ministerio de Salud, n.° 13980 (DFOE-BIS-0434) a la Universidad de Costa Rica y n.° 13981 (DFOE-BIS-0435) al Instituto Nacional de Seguros.

Se recibieron observaciones de las administraciones en fecha 7 de agosto de 2025 mediante oficio n.° JDML 2025-0169-OG, del Poder Judicial; en fecha 11 de agosto los oficios n.° PPEM-2827-2025, de la Universidad de Costa Rica y n.° RSS-GG-00222-2025 del Instituto Nacional de Seguros; y en fecha 12 de agosto el oficio n.° PE-3336-2025 de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Marco General de la auditoría

Estas observaciones, tras ser valoradas, se atendieron en lo pertinente en el presente informe y el análisis efectuado sobre dichas observaciones se comunicó formalmente a las administraciones mediante los oficios n.° 14837 (DFOE-BIS-0450) al Poder Judicial, n.° 14839 (DFOE-BIS-0452) a la Universidad de Costa Rica, n° 14838 (DFOE-BIS-0451) al Instituto Nacional de Seguros, n.° 14841 (DFOE-BIS-0454) al Ministerio de Salud y n.° 14840 (DFOE-BIS-0453) a la Caja Costarricense de Seguro Social.

Cumplimiento de disposiciones

De conformidad con los artículos 183 y 184 de la Constitución Política, los artículos 12 y 21 de la Ley Orgánica de la Contraloría General de la República n.° 7428, y el artículo 12 inciso c) de la Ley General de Control Interno n.° 8292, las disposiciones contenidas en este informe son de acatamiento obligatorio y deberán cumplirse dentro del plazo establecido, siendo su incumplimiento injustificado causal de responsabilidad. Para su observancia, se deberán aplicar los Lineamientos Generales para el Cumplimiento de las Disposiciones y Recomendaciones de la CGR, Resolución R-DC-144-2015. La CGR se reserva el derecho de verificar la implementación efectiva de estas disposiciones y de valorar las responsabilidades correspondientes en caso de incumplimiento.

Equipo auditor

Esta auditoría fue realizada por un equipo multidisciplinario del Área de Fiscalización para el Desarrollo del Bienestar Social de la División de Fiscalización Operativa y Evaluativa, dirigida por Carolina Retana Valverde.

CGR | Firmado digitalmente
Valide las firmas digitales

Anexo 1: Clasificación de hospitales y cantidad de personal médico especialista al mes de mayo, 2025[1]

Hospital Nacional (Tercer nivel)	Red de servicio	Segundo nivel de atención	
		Hospitales Periféricos	Hospitales Regionales
México (298 especialistas)	Central Norte	-	San Vicente de Paul *(182 especialistas)*
		Dr. Carlos Luis Valverde Vega (San Ramón) *(38 especialistas)* San Francisco de Asís (Grecia) *(40 especialistas)*	San Rafael de Alajuela *(150 especialistas)*
	Huetar Norte	Los Chiles *(1 especialista)*	San Carlos *(54 especialistas)*
	Chorotega	La Anexión (Nicoya) *(34 especialistas)* Upala *(7 especialistas)*	Dr. Enrique Baltodano Briceño (Liberia) *(80 especialistas)*
	Pacífico Central	Dr. Max Terán Valls (Quepos) *(17 especialistas)*	Monseñor Víctor Manuel Sanabria Martínez (Puntarenas) *(73 especialistas)*
San Juan de Dios (287 especialistas)	Brunca	Ciudad Neily *(13 especialistas)* Juana Pirola (San Vito) *(6 especialistas)* Dr. Tomás Casas (Osa) *(8 especialistas)* Manuel Mora (Golfito) *(7 especialistas)*	Dr. Fernando Escalante Pradilla (Pérez Zeledón) *(56 especialistas)*
Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia (294 especialistas)	Central Sur	William Allen Taylor (Turrialba) *(26 especialistas)*	Dr. Maximiliano Peralta Jiménez (Cartago) *(159 especialistas)*
	Huetar Atlántica	Guápiles *(30 especialistas)*	Dr. Tony Facio Castro (Limón) *(41 especialistas)*

Nota:
[1] No contempla médicos en cumplimiento del servicio social obligatorio ni retribución social.

Fuente: Elaboración propia con base en información suministrada por la CCSS.

Hospitales y centros especializados (Forman parte del tercer nivel, atienden todo el territorio nacional)
Centro Nacional de Rehabilitación Dr. Humberto Araya Rojas *(44 especialistas)* Hospital de Geriatría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes *(69 especialistas)* Hospital Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva *(64 especialistas)* Hospital de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera *(184 especialistas)* Hospital de Salud Mental Manuel Antonio Chapuí y Torres *(31 especialistas)* Hospital Psiquiátrico Dr. Roberto Chacón Paut *(9 especialistas)* Centros y Unidades Especializadas: ● Laboratorio Nacional de Citologías. ● Banco Nacional de Sangre. ● Laboratorio de Genética Humana Molecular. ● Centro Nacional de Imágenes Médicas. ● Centro Nacional de control del dolor y cuidados paliativos. ● Clínica Oftalmológica.

Fuente: Elaboración propia con base en información suministrada por la CCSS.