

**UNIVERSIDAD NACIONAL  
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
CENTRO INTERNACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA  
PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE (CINPE)  
POSGRADO EN GESTIÓN Y FINANZAS PÚBLICAS**

**PAGOS POR ALQUILER EN EL HOSPITAL DR. RAFAEL ÁNGEL CALDERÓN  
GUARDIA: ANÁLISIS Y VIABILIDAD DE MECANISMOS DE FINANCIAMIENTO  
PARA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA**

**MANUEL MATARRITA VALVERDE**

**Heredia, Costa Rica**

**Mayo 2026**

**Trabajo Final de Graduación sometido a consideración del Tribunal  
Examinador de la Maestría en Gestión y Finanzas Públicas para optar por el  
grado de Maestría.**

**PAGOS POR ALQUILER EN EL HOSPITAL DR. RAFAEL ÁNGEL CALDERÓN  
GUARDIA: ANÁLISIS Y VIABILIDAD DE MECANISMOS DE FINANCIAMIENTO  
PARA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA**

**MANUEL MATARRITA VALVERDE**

## **MIEMBROS DEL TRIBUNAL EXAMINADOR**

---

PhD. Suyen Alonso Ubieta  
Coordinadora de la Maestría en Gestión y Finanzas Públicas

---

PhD. Mary Luz Moreno Díaz  
Tutora

---

PhD. Keynor Ruiz Mejías  
Miembro del Comité Asesor

---

MBA. Karla Rojas Valverde  
Miembro del Comité Asesor

---

Lic. Manuel Matarrita Valverde  
Sustentante

## ÍNDICE

|                                                                                                                                                           |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>AGRADECIMIENTO .....</b>                                                                                                                               | <b>VII</b>  |
| <b>DEDICATORIA .....</b>                                                                                                                                  | <b>VIII</b> |
| <b>RESUMEN EJECUTIVO .....</b>                                                                                                                            | <b>IX</b>   |
| <b>EXECUTIVE SUMMARY .....</b>                                                                                                                            | <b>XI</b>   |
| <b>CAPÍTULO I. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN .....</b>                                                                                                     | <b>13</b>   |
| <b>1.1 Antecedentes .....</b>                                                                                                                             | <b>13</b>   |
| <b>1.2 Justificación de la Investigación .....</b>                                                                                                        | <b>17</b>   |
| <b>1.3 Problema de Investigación .....</b>                                                                                                                | <b>17</b>   |
| <b>1.4 Objetivos del Trabajo de Investigación .....</b>                                                                                                   | <b>19</b>   |
| <b>1.4.1. Objetivo General .....</b>                                                                                                                      | <b>19</b>   |
| <b>1.4.2. Objetivos Específicos .....</b>                                                                                                                 | <b>19</b>   |
| <b>CAPÍTULO II. MARCO CONCEPTUAL Y MARCO METODOLÓGICO .....</b>                                                                                           | <b>20</b>   |
| <b>2.1. Marco Conceptual .....</b>                                                                                                                        | <b>20</b>   |
| <b>2.2. Marco Metodológico .....</b>                                                                                                                      | <b>25</b>   |
| <b>2.2.1. Métodos de Investigación .....</b>                                                                                                              | <b>25</b>   |
| <b>2.2.2. Diseño de la Investigación .....</b>                                                                                                            | <b>27</b>   |
| <b>2.2.3. Sujetos de Investigación .....</b>                                                                                                              | <b>27</b>   |
| <b>2.2.4. Fuentes de Información .....</b>                                                                                                                | <b>28</b>   |
| <b>2.2.4.1. Fuentes de Información Primarias .....</b>                                                                                                    | <b>28</b>   |
| <b>2.2.4.2. Fuentes de Información Secundarias .....</b>                                                                                                  | <b>29</b>   |
| <b>2.2.4.3. Descripción de los Instrumentos .....</b>                                                                                                     | <b>30</b>   |
| <b>CAPÍTULO III. MODELOS INTERNACIONALES DE GESTIÓN FINANCIERA EN INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA .....</b>                                                  | <b>32</b>   |
| <b>3.1. Modelos desarrollados mediante Alianzas Público-Privadas (APP), con el fin de identificar sus resultados y mecanismos de financiamiento. ....</b> | <b>32</b>   |
| <b>3.2. Análisis de los Efectos Financieros de los Pagos por Alquileres Sobre los Presupuestos Hospitalarios .....</b>                                    | <b>40</b>   |
| <b>3.3. Análisis de la Viabilidad de las APP, los Fideicomisos y el Financiamiento Público en el Contexto Nacional .....</b>                              | <b>55</b>   |
| <b>CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>                                                                                                  | <b>81</b>   |
| <b>4.1 Conclusiones .....</b>                                                                                                                             | <b>81</b>   |
| <b>4.1.1. Uso del arrendamiento como mecanismo de respuesta a necesidades de infraestructura .....</b>                                                    | <b>82</b>   |

|                                                                                                                                            |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 4.1.2. Los modelos internacionales de financiamiento hospitalario ofrecen alternativas viables y adaptables al contexto costarricense..... | 83  |
| 4.1.3. La eficiencia financiera como componente de la gestión del derecho a la salud .....                                                 | 84  |
| 4.1.4. El fortalecimiento de la gobernanza y de la planificación institucional para una infraestructura hospitalaria sostenible. ....      | 85  |
| 4.1.5. La inversión en infraestructura propia como parte de la planificación a largo plazo .....                                           | 86  |
| 4.2 Recomendaciones .....                                                                                                                  | 87  |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....                                                                                                           | 90  |
| ANEXO 1 MODELOS CONSTRUCCIÓN DE INFRAESTRUCTURA .....                                                                                      | 93  |
| ANEXO 2 CUESTIONARIOS PROFESIONALES .....                                                                                                  | 96  |
| ANEXO 3 FIDEICOMISO INMOBILIARIO CCSS–BCR 2017 .....                                                                                       | 98  |
| ANEXO 4 MATRIZ METODOLÓGICA .....                                                                                                          | 103 |

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

|                                                                                                                                                                 |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Gráfico 1 HCG: comparación entre el gasto acumulado por alquiler y la inversión en infraestructura propia (proyección a 30 años).....                           | 41 |
| Gráfico 2 HCG: asignación presupuestaria por Mantenimiento de Instalaciones y otras obras, (partida 2151, 2014-2024).....                                       | 44 |
| Gráfico 3 HCG: asignación partida presupuestaria por mantenimiento de infraestructura por terceros (partida 2156, 2014-2024).....                               | 46 |
| Gráfico 4 HCG: asignación presupuestaria para mantenimiento de infraestructura por terceros (partida 2212, 2014-2024).....                                      | 47 |
| Gráfico 5 HCG: evolución del gasto ejecutado por alquiler de edificios (partida 2102, 2014-2024).....                                                           | 49 |
| Gráfico 6 HCG: composición y evolución del gasto institucional asociado a infraestructura (análisis vertical,2014 – 2024).....<br>¡Error! Marcador no definido. |    |
| Gráfico 7 HCG: comportamiento del alquiler de infraestructura hospitalaria y su incidencia en el gasto institucional (periodo 2014-2024).....                   | 53 |
| Gráfico 8 HCG: Identificación de la etapa más importante del proceso de alquiler (según percepción).....<br>¡Error! Marcador no definido.                       |    |
| Gráfico 9 HCG: percepción profesional sobre eficiencia del proceso de alquiler de infraestructura medica.....                                                   | 59 |

|                                                                                  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------|--|
| Gráfico 10 HCG: grado de cumplimiento normativo de los inmuebles alquilados..... |  |
| ¡Error! Marcador no definido.                                                    |  |

|                                                                                             |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Gráfico 11 HCG: alternativas estratégicas de inversión en infraestructura hospitalaria..... | 63 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|

|                                                                                                                                   |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Gráfico 12 Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, Alquiler de instalaciones frente a invertir en infraestructura propia..... |  |
| ¡Error! Marcador no definido.                                                                                                     |  |

## ÍNDICE DE TABLAS

|                                                                                                                                   |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabla 1 Brasil, Chile, México y Costa Rica. modelos de financiamiento y gestión de infraestructura hospitalaria mediante APP..... | 34 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

|                                                                                                                                                    |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabla 2 Percepción de las consecuencias positivas y negativas del gasto institucional en el alquiler de instalaciones para servicios de salud..... | 62 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

|                                                     |    |
|-----------------------------------------------------|----|
| Tabla 3 Análisis de entrevista a profesionales..... | 67 |
|-----------------------------------------------------|----|

|                                                                     |    |
|---------------------------------------------------------------------|----|
| Tabla 4 Caracterización Fideicomiso Inmobiliario CCSS–BCR 2017..... | 72 |
|---------------------------------------------------------------------|----|

## ÍNDICE DE FIGURAS

|                                                                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1 Cantidad de obras según su nivel de avance en las etapas del ciclo de vida del Fideicomiso, al 2024..... | 70 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

## AGRADECIMIENTO

*A los profesores Mary Luz Moreno, Keynor Ruiz y Suyen Alonso, por su interminable paciencia, su guía y disposición para compartir su conocimiento a lo largo de mi proceso de aprendizaje. Su orientación experta fue vital para alcanzar esta meta académica.*

*A mi lectora Karla Rojas, le agradezco sinceramente el tiempo dedicado, este contribuyó a fortalecer la calidad del presente trabajo.*

*A mis hermanos Tita, Andresito y tío Juan k por su apoyo incondicional.*

*A mi familia, amigos, compañeros de maestría, por su comprensión y apoyo permanente a lo largo de este camino.*

## DEDICATORIA

*A Dios, por direccionarme, porque hubo muchos momentos en que quise rendirme, aun así, encontré la convicción de continuar, gracias por tu amor que me sostuvo en momentos de duda.*

*A mi mamá, la mejor del mundo Ingrid Valverde Mora, aunque ya no se encuentra conmigo, sé que guías mis pasos desde el amor, Tu recuerdo vive en cada logro y en cada esfuerzo. Te amo inmensamente más.*

*A mi esposa, Laura, sin ti esto no hubiera sido posible; Gracias por creer en este proceso y, sobre todo, en mí; por tu paciencia, tu respaldo y ese impulso constante, para lograr esta meta.*

*A mi hija, Michelle,  
por ser la inspiración, el motor para seguir adelante, todo nació de la luz de tus hermosos ojos. Gracias, mi niña amada, por ser el motivo que dio sentido a este esfuerzo.  
Este logro también es tuyo.*

*-Manuel-*

## RESUMEN EJECUTIVO

La infraestructura hospitalaria desempeña un papel fundamental en el desarrollo social, en la atención oportuna de la población y en la sostenibilidad del sistema de salud costarricense. En este contexto, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS, 2024) enfrenta una creciente presión presupuestaria derivada del crecimiento demográfico, del aumento sostenido de la demanda por servicios de salud y de la necesidad permanente de renovar o construir infraestructura hospitalaria de alta complejidad.

Esta investigación está enfocada en analizar los posibles mecanismos de financiamiento aplicables a la infraestructura hospitalaria en Costa Rica, con énfasis en el Fideicomiso CCSS–BCR/2017, el marco jurídico de la Ley General de Contratación Pública N.º 9986, su Reglamento (Decreto Ejecutivo 43808-H) y las Alianzas Público Privadas (APP). El estudio evalúa la evolución histórica del gasto en alquileres institucionales, las consecuencias presupuestarias y los retos de gestión derivados del uso prolongado de recursos en arrendamientos.

En términos metodológicos, la investigación aplica un enfoque mixto, de tipo descriptivo-analítico, complementado con análisis documental y entrevistas a funcionarios claves de áreas administrativas, financieras y técnicas del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.

A partir del análisis desarrollado, se identificaron patrones estructurales que explican la dependencia del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia del alquiler de infraestructura como mecanismo recurrente para atender la demanda de servicios de salud. En particular, se evidenció una debilidad en la planificación institucional de largo plazo, así como la ausencia de evaluaciones financieras integrales que permitan comparar de manera sistemática el costo del alquiler frente a la inversión en infraestructura propia. Estos factores han contribuido a consolidar un esquema de gasto corriente rígido, creciente y sin generación de patrimonio institucional, lo cual limita la capacidad del hospital para orientar recursos hacia soluciones estructurales y sostenibles.

Asimismo, el estudio aporta elementos técnicos y financieros que permiten valorar la viabilidad de distintos mecanismos de financiamiento para infraestructura

hospitalaria, tales como los fideicomisos públicos y las Alianzas Público-Privadas (APP), a partir de experiencias comparadas en países como Brasil, México y Chile. El análisis demuestra que estos esquemas, cuando se implementan bajo marcos normativos claros, con adecuada asignación de riesgos, mecanismos de pago por disponibilidad y sistemas de control del desempeño, pueden transformar el gasto en infraestructura, en una inversión de largo plazo, contribuyendo a la eficiencia del gasto público y a la sostenibilidad financiera institucional.

Finalmente, se concluye que, si bien el Fideicomiso CCSS–BCR constituye una alternativa relevante para la gestión de proyectos de infraestructura hospitalaria en Costa Rica, su implementación ha enfrentado limitaciones asociadas a la gobernanza, la coordinación interinstitucional y los mecanismos de fiscalización. En este contexto, la investigación plantea que la aplicación rigurosa de la Ley General de Contratación Pública N.º 9986 y su reglamento resulta clave para fortalecer la planificación estratégica, mejorar la transparencia en la inversión pública y generar criterios técnicos que orienten la toma de decisiones en materia de infraestructura hospitalaria.

De este modo, el estudio no propone la eliminación inmediata del alquiler como mecanismo operativo, sino que busca el aporte de evidencia para evaluar su eficiencia y para considerar alternativas de financiamiento que permitan avanzar hacia un modelo más sostenible, eficiente y alineado con los objetivos del sistema de salud costarricense.

Palabras Clave: Infraestructura hospitalaria, Financiamiento público, Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Fideicomiso Hospitalario, Alianza Público Privada (APP).

## EXECUTIVE SUMMARY

Hospital infrastructure is pivotal to social development, timely healthcare access, and the long-term sustainability of the Costa Rican health system. Within this framework, the Costa Rican Social Security Fund (CCSS, 2024) faces escalating budgetary pressures driven by demographic growth, a sustained rise in service demand, and the imperative to renovate or construct high-complexity facilities.

This research analyzes potential financing mechanisms for hospital infrastructure in Costa Rica, with a particular focus on the CCSS–BCR/2017 Trust, the legal framework of the Public Procurement Law No. 9986 (and its Regulation, Executive Decree No. 43808-H), and Public-Private Partnerships (PPPs). Furthermore, the study evaluates the historical evolution of institutional leasing expenditures, their budgetary implications, and the management challenges arising from the prolonged reliance on leased infrastructure.

Adopting a descriptive-analytical mixed-methods approach, this research is complemented by documentary analysis and semi-structured interviews with key administrative, financial, and technical stakeholders at the Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia Hospital.

The findings identify patterns intended to strengthen institutional planning and support evidence-based budgetary decision-making. Likewise, the study provides technical criteria to assess the viability of various financing models, considering their capacity to generate public value and enhance social well-being.

Finally, the analysis reveals that while the CCSS–BCR Trust emerges as a viable option for improving project management, it faces significant hurdles regarding fiduciary governance and oversight. Consequently, the research suggests that a rigorous application of Law No. 9986 could bolster strategic planning and transparency, while providing a robust framework for evaluating the role of PPPs within the Costa Rican institutional landscape.

Accordingly, the study does not advocate for the immediate elimination of leasing as an operational mechanism; instead, it aims to provide empirical evidence to assess its efficiency and to inform the consideration of financing alternatives that

may support the transition toward a more sustainable and efficient model, aligned with the objectives of the Costa Rican health system.

Keywords: Hospital infrastructure, public financing, Costa Rican Social Security Fund (CCSS), Hospital trust fund, Public–Private Partnership

## **CAPÍTULO I. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN**

### **1.1 Antecedentes**

La gestión de la infraestructura hospitalaria en Costa Rica representa un elemento clave para el progreso social, la atención adecuada y la sostenibilidad del sistema de salud; sin embargo, este pilar estratégico enfrenta desafíos significativos derivados del constante crecimiento en la demanda de servicios de salud. Como consecuencia de esto, la presión ha obligado a la CCSS (2024) a valorar diferentes alternativas para ampliar su capacidad operativa, a partir de ello, el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia ha recurrido a estrategias para garantizar la continuidad y calidad en la prestación de servicios.

Posterior al incendio del 2005, cuando el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia (HCG) perdió una gran parte de sus instalaciones físicas, se evidenció un atraso en el desarrollo de infraestructura para atención de pacientes. Debido a su condición de hospital especializado, esta situación fue crítica para un centro hospitalario con un alto nivel de atracción de usuarios y con una cobertura aproximada de un millón y medio de personas.

Ante estas limitantes, el HCG ha debido recurrir al alquiler de inmuebles para atender un crecimiento sostenido en la demanda de servicios médicos, como consecuencia del aumento poblacional, el envejecimiento demográfico y la alta ocupación hospitalaria; en ese sentido, el informe JD-0149-2024 (CCSS, 2024) señaló que muchos centros médicos han declarado plétora en sus servicios de emergencias, lo que ha documentado una presión estructural sobre la capacidad instalada.

Una infraestructura adecuada resulta indispensable para cumplir con los programas y normativas establecidas por ley, tal como la Ley General de Salud (Ley N.º 5395) reformada en 2021 y la Ley Orgánica de la Caja Costarricense de Seguro Social (Ley N.º 17) reformada en el 2020, donde se establece la obligación de garantizar condiciones adecuadas para la prestación de servicios de salud, los cuales deben ser accesibles, eficientes y seguros. Como consecuencia, la ausencia

de instalaciones propias adecuadas genera riesgos directos en la continuidad del servicio y en el cumplimiento de dichas normativas. Al no poder atender estas obligaciones mediante infraestructura propia, la institución se ha visto obligada a optar por soluciones inmediatas y, dentro de estas medidas se encuentra el arrendamiento de inmuebles, trasladando el problema de cumplimiento legal hacia una presión creciente sobre el presupuesto hospitalario

En 2014, con base en el informe del Mayor Auxiliar de Asignaciones Presupuestarias y la partida presupuestaria 2102–Alquiler de edificios, se determinó que la asignación a dicha partida fue de 473 millones de colones, vinculada a un gasto ejecutado ese año de 473,64 millones de colones por 15 contratos de alquiler del hospital; sin embargo, al realizar esta revisión para el año 2024, se constató que este monto había aumentado hasta llegar a ser 1 207 millones de colones por 21 contratos de alquiler.

Esta práctica ha implicado que muchos de los contratos de alquiler se gestionen por necesidad y se deban utilizar instalaciones sin las áreas adecuadas para la prestación de servicios médicos, donde en varias ocasiones, estos inmuebles han sido objeto de órdenes sanitarias emitidas por el Ministerio de Salud, que incluso han resultado en cierres técnicos de servicios. Un ejemplo destacado sucedió en diciembre de 2024, cuando el Ministerio de Salud ordenó el cierre total del servicio de Odontología del HCG debido a las condiciones inadecuadas de infraestructura, lo que provocó la pérdida de hasta 1.500 citas y afectó significativamente la atención de pacientes. (Ministerio de Salud, 2024, Orden Sanitaria N° MS-DRRSCMU-DARSCMU-22-2024). Este cierre evidenció las consecuencias de operar en espacios no aptos y la necesidad urgente de mejorar las condiciones físicas de los servicios de salud.

A esta situación se suman los hallazgos de la Contraloría General de la República (CGR), derivados de una auditoría realizada al programa para el mejoramiento de servicios, infraestructura y equipamiento desarrollado mediante un fideicomiso formalizado con el Banco de Costa Rica (BCR). En dicho informe se determinó que la CCSS no contaba con un programa estructural ni con una gobernanza claramente definida, lo que generó atrasos en la ejecución de las obras

y dificultades en la adquisición de terrenos, así como un déficit financiero aproximado de 137,1 millones de dólares acumulado desde 2019, afectando la sostenibilidad del programa. Asimismo, la auditoría señaló deficiencias en la aplicación de principios de gobernanza, particularmente en los ámbitos de supervisión, articulación institucional y control estratégico (CGR, 2024).

Desde un punto de vista más amplio la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2023) señaló que: *“Las barreras de acceso a la salud observadas en dicho análisis se atribuyeron a factores económicos, socioculturales y organizativos de los sistemas de salud, que afectan la oferta y la demanda de servicios”*. (p.7).

A raíz de estas observaciones, la CCSS ha planteado métodos para mejorar la gestión financiera del sistema de salud; estas iniciativas han surgido de ámbitos gerenciales y administrativos. Entre estas iniciativas se han propuesto los fondos de inversión, reestructuración de contratos, fideicomisos y planes maestros, aunque sin ofrecer soluciones definitivas. Un ejemplo es lo instruido por la Junta Directiva de la CCSS en el Acta N.º 9331 del 04 de mayo de 2023, donde se ordena la creación de una unidad ejecutora para las Juntas de Salud desde la Presidencia Ejecutiva, con el objetivo de fortalecer la gestión y ejecución de proyectos de infraestructura en salud.

En un contexto más amplio, la demanda por servicios de salud ha crecido de manera sostenida en América Latina, mientras que los recursos públicos resultan cada vez más limitados. Según menciona J.P. Morgan (2023), *“las Alianzas público-privadas (APP) se han convertido en instrumentos de política pública mediante los cuales se logra combinar financiamiento privado con objetivos sociales, siempre que se acompañen de una adecuada gobernanza, transparencia y control”* (p. 12), A nivel latinoamericano, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID, 2020) ha referido en su informe Perfil de las Asociaciones Público-Privadas en servicios e infraestructura de salud de América Latina y el Caribe, haber identificado 38 contratos firmados desde 2005: 14 en México (38 %), 13 en Brasil (34 %), 5 en Perú (13 %), 4 en Chile (11 %) y 2 en Colombia (5 %), de los cuales 29 proyectos se encuentran en operación y 7 en fase de construcción.

Esta tendencia regional contextualiza la discusión sobre infraestructura hospitalaria y las alternativas de financiamiento que han surgido en otros países frente a limitaciones similares, las APP, deben ser entendidas como esquemas contractuales de largo plazo mediante los cuales el sector público incorpora participación privada en el diseño, financiamiento, construcción y, en algunos casos, operación de infraestructura pública.

A partir de estos antecedentes, el presente trabajo de investigación se enfoca en analizar el esquema actual de pagos por alquiler en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia en el periodo 2014 al 2024, así como sus condiciones y variables, con el propósito de determinar cómo podrían contribuir a una mejor distribución del presupuesto destinado a la atención de los usuarios y el desarrollo del hospital. La investigación busca evidenciar, mediante la comparación entre los presupuestos destinados al pago de alquileres y los de mantenimiento de infraestructura propia, mostrando los efectos de estas decisiones sobre la gestión financiera hospitalaria, a fin de valorar las estrategias a largo plazo, que podrían orientar una reestructuración y mejora en la gestión del sector salud, en concordancia a objetivos de eficiencia y sostenibilidad en el uso de los recursos públicos.

En este contexto, la investigación abarca el período 2014 – 2024, lapso en el cual se ha identificado un incremento sostenido en los pagos por concepto de alquiler de infraestructura, realizando un análisis de la partida presupuestaria 2102 – Alquiler de edificios, así como en los posibles mecanismos financieros utilizados por la CCSS para la gestión de infraestructura hospitalaria.

Este estudio no parte de la premisa de que el alquiler de infraestructura hospitalaria sea ineficiente, sino que se busca analizar si, bajo las condiciones actuales del HCG, dicho mecanismo es financieramente eficiente, además de examinar otras alternativas como la construcción de infraestructura propia en comparación con otros métodos de financiamiento disponibles para la inversión en infraestructura.

## **1.2 Justificación de la Investigación**

La gestión eficiente de los recursos públicos es un pilar clave que ha permitido la sostenibilidad del sistema de salud. En el caso del HCG, resulta pertinente generar un análisis de los pagos por concepto de alquiler, con el propósito de comprender y examinar otras alternativas como la construcción de infraestructura propia, u otros mecanismos de financiamiento, los cuales permitan valorar si los recursos destinados a la atención de los usuarios y al desarrollo institucional se utilizan de la forma más sostenible y eficiente.

En consecuencia, este estudio se fundamenta en la necesidad de comprender cómo está constituida la partida presupuestaria 2102 referente a Alquiler de edificios dentro del gasto operativo, e identificar cómo las decisiones al respecto pueden influir en la planificación institucional. De esta manera, obtener criterios técnicos y financieros que orienten la toma de decisiones con base en evidencia empírica y las experiencias internacionales, las cuales podrían aplicarse en el contexto hospitalario nacional.

Esta investigación aporta evidencia para orientar la asignación presupuestaria hacia el cumplimiento de metas institucionales y contribuir a mejorar la situación financiera, enfocándose en documentar y generar un análisis detallado de los datos financieros que fortalezcan la toma de decisiones y acciones estratégicas en el HCG. Por otra parte, se contribuye a atender un vacío empírico en el análisis de la gestión financiera hospitalaria en Costa Rica, particularmente en relación con el uso prolongado del alquiler de infraestructura para prestar servicios de salud pública.

## **1.3 Problema de Investigación**

El análisis de la asignación y utilización del presupuesto en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, destinado al pago de espacios alquilados necesarios para la prestación de servicios médicos, ha evidenciado un aumento significativo y sostenido durante el periodo comprendido entre 2014 y 2024.

De acuerdo con el Informe de Auditoría Interna de la CCSS (ASF-090-2020), se ha señalado que algunos contratos de alquiler no han sido favorables en términos

de costos debido a sus aumentos. Además de evidenciar, denuncias que se han presentado por instalaciones en mal estado y poca capacidad de atención. Ante esta situación, se plantean interrogantes sobre la eficiencia y sostenibilidad del modelo actual de gestión de espacios arrendados en el HCG, si bien existen estudios internacionales sobre diferentes modelos de financiamiento, en Costa Rica existe una carencia de investigaciones en las cuales se analicen específicamente los pagos por alquiler en la gestión financiera hospitalaria y se evalúen distintos mecanismos de financiamiento que podrían contribuir a una mejora en el uso de los recursos presupuestarios disponibles, lo cual sustenta la relevancia de la presente investigación.

No obstante, más allá del crecimiento sostenido del gasto en alquileres, la problemática se profundiza al evidenciarse una tensión estructural entre el uso recurrente de recursos públicos para el arrendamiento de infraestructura hospitalaria y la ausencia de inversión sistemática en infraestructura propia, situación que genera un costo de oportunidad significativo para la institución. Los recursos destinados a la partida 2102 – Alquiler de edificios-, al no traducirse en la creación de patrimonio institucional, tienden a limitar la capacidad del hospital para fortalecer su infraestructura física, modernizar sus servicios y planificar a largo plazo.

Esta dinámica presupuestaria podría presentar un riesgo financiero e institucional, al consolidar un esquema de gasto rígido, creciente y dependiente de contratos a mediano plazo, lo cual reduce el margen de maniobra para atender otras necesidades estratégicas del hospital. A su vez, la falta de evaluaciones sistemáticas que comparen el impacto financiero del alquiler frente a otros mecanismos de financiamiento, como la construcción de infraestructura propia, los fideicomisos o las APP genera un vacío en la toma de decisiones basada en evidencia, dificultando la identificación de alternativas más eficientes y sostenibles.

En este contexto, el problema de investigación no se limita a describir el aumento del gasto en alquileres, sino que se centra en determinar si el modelo actual de gestión de infraestructura hospitalaria es eficiente y sostenible, o si, por el contrario, está generando una carga presupuestaria creciente que compromete la

planificación estratégica y la sostenibilidad futura del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. La pregunta que guía la investigación es la siguiente:

¿Cómo influyen los pagos por concepto de alquiler registrados en la partida 2102 en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia en su presupuesto, y qué tan viables son otros mecanismos de financiamiento para el desarrollo de infraestructura hospitalaria?

## **1.4 Objetivos del Trabajo de Investigación**

### **1.4.1. Objetivo General**

Evaluar los efectos financieros de los pagos por alquiler registrados en la partida presupuestaria 2102 – Alquiler de edificios- en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, así como la viabilidad de mecanismos de financiamiento para el desarrollo de la infraestructura hospitalaria propia.

### **1.4.2. Objetivos Específicos**

1. Analizar modelos internacionales de gestión financiera en infraestructura hospitalaria desarrollados mediante alianzas público-privadas (APP), con el fin de identificar sus resultados y mecanismos de financiamiento.
2. Comparar los efectos financieros de los pagos por alquileres de edificios sobre el presupuesto hospitalario respecto a los costos asociados al desarrollo y mantenimiento de infraestructura propia.
3. Examinar la viabilidad financiera e institucional de mecanismos de financiamiento para infraestructura hospitalaria, tales como fideicomisos, financiamiento público tradicional y alianzas público-privadas (APP), en el contexto costarricense.

## **CAPÍTULO II. MARCO CONCEPTUAL Y MARCO METODOLÓGICO**

### **2.1. Marco Conceptual**

En esta investigación, el análisis se centra en cómo se ha gestionado el presupuesto asignado a la partida 2102 – Alquiler de edificios en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, así como en la viabilidad de otros mecanismos de financiamiento y la exploración de alternativas para la construcción de infraestructura propia, considerando la dependencia del alquiler de instalaciones para la prestación de servicios médicos en el HCG.

En relación con el enfoque de la eficiencia del gasto público, los recursos asignados al sector salud deben dirigirse a optimizar los resultados sociales, mediante el uso mínimo de fondos públicos, valorando el cumplimiento de los objetivos institucionales, criterios de sostenibilidad fiscal y valor por dinero. Con relación a esto, la evaluación de las decisiones de inversión y financiamiento en infraestructura hospitalaria trasciende el análisis del costo inmediato, incorporando la relación entre los recursos utilizados, los resultados obtenidos y los efectos de largo plazo sobre el presupuesto público.

Según la OPS (2003) y el Ministerio de Salud de Costa Rica (2021), la sostenibilidad financiera en salud no se limita al equilibrio de ingresos y egresos en un período específico, sino que también considera la capacidad futura del sistema para mantener un paquete de servicios, tomando en cuenta factores como el patrón de consumo, la estructura demográfica, los costos de atención, los gastos administrativos, las inversiones en infraestructura y equipo.

La calidad en la gestión del gasto en salud implica una administración eficiente de los costos involucrados en todo el proceso productivo; esto resulta esencial para el crecimiento y la sostenibilidad de la institución, funcionando como una estrategia clave para generar conciencia y promover acciones destinadas a mejorar la calidad del gasto en salud (Díaz & Salazar, 2021).

Sobre esta misma línea de argumentación, Vargas (1997) define la calidad en el gasto como la garantía de un manejo adecuado de los fondos, para la creación de servicios accesibles y equitativos, mediante la aplicación de la ciencia médica y

la tecnología para obtener el mayor beneficio posible. En este sentido, resulta necesario analizar el uso actual de los recursos financieros asignados al pago de alquiler y compararlo con el gasto de estos fondos hacia infraestructura propia, su mantenimiento u otras formas de financiamiento, permitiendo evaluar si la utilización del alquiler de infraestructura hospitalaria cumple criterios de eficiencia y sostenibilidad financiera.

Molina et al. (2020) destaca que el conocimiento del gasto nacional en salud y su financiamiento es esencial para la toma de decisiones respecto a la distribución de los recursos del sector salud, ya que permite evaluar la equidad y la eficiencia con que estos se asignan y utilizan.

De acuerdo con lo establecido por la teoría del gasto público, el gasto del Estado debe ser eficiente y orientado a optimizar los recursos para garantizar el bienestar social. En el caso de la salud, se debe realizar desde un marco analítico que valore si conviene invertir en infraestructura propia, mantener la dependencia de alquileres o buscar otras fuentes de financiamiento. Stiglitz (2000) señala que una buena administración pública es un bien compartido: cuando el Estado gestiona bien, todos los ciudadanos se benefician de estas importantes decisiones, además, que una administración pública eficiente produce beneficios generalizados para la población, por lo que puede entenderse como un componente esencial del desempeño del Estado y un criterio transversal para evaluar decisiones de inversión y financiamiento en sectores como salud e infraestructura (Stiglitz, 2000).

Este enfoque se usa en la presente investigación como criterio analítico para evaluar si los pagos por alquileres registrados en la partida 2102 constituyen una asignación eficiente de los recursos públicos, en términos de valor por dinero, aspecto que se desarrolla en el análisis financiero correspondiente al objetivo específico 2.

Este criterio es de vital relevancia en el sector salud, donde invertir no solo responde a una necesidad, sino que también genera beneficios a largo plazo, como mejor calidad de vida y mayor productividad. Desde esta perspectiva, es importante analizar lo señalado por Amartya Sen (1999), este sostiene que la inversión realizada en salud aumenta las libertades y oportunidades de las personas, lo cual

es clave para el desarrollo humano, o un enfoque más crítico, como el de Izquierdo y Pessino (2018), que afirmaban que un aumento del gasto en las últimas décadas no ha generado una mejora proporcional en la población.

Desde esta perspectiva, la aplicación del Principio de Eficiencia de Pareto refiere un marco que permitirá comparar los pagos por alquiler frente a la inversión en infraestructura propia, permitiendo valorar los beneficios financieros y sociales asociados a cada alternativa. Asimismo, la teoría del gasto público refuerza la importancia de una gestión eficiente de los recursos estatales, lo que justifica explorar mecanismos de financiamiento para el HCG.

Dentro del financiamiento de la infraestructura pública, el dirigido al sector salud, representa una decisión estratégica de largo plazo para el Estado, dado que define no solo la capacidad instalada de los servicios, sino su estructura de gasto público. Estas decisiones implican la selección entre distintos mecanismos de financiamiento e inversión, cuyos efectos se reflejan en la sostenibilidad presupuestaria, la flexibilidad fiscal y la generación de posibles activos públicos, aspectos especialmente relevantes en contextos de restricción de recursos y creciente demanda por servicios de salud.

Dentro de los mecanismos de financiamiento público de infraestructura hospitalaria, se encuentran los fideicomisos, que actúan como figuras jurídicas en las que una entidad financiera administra recursos destinados a la construcción, mantenimiento y operación de infraestructura. Esta figura legal permite que una persona física o entidad (fideicomitente), transfiera bienes o derechos a otra (fiduciario), quien debe administrarlos en beneficio de un tercero (fideicomisario) o para una finalidad específica. Dichos recursos pueden provenir del Estado o de empréstitos externos con una entidad internacional. En Costa Rica, se regulan mediante la Ley de Contratación Pública. De acuerdo con el documento *Doctrina: Concepto de fideicomiso público* del Centro de Información Jurídica (CIJUL, s. f.), el fideicomiso público es aquel en el que el patrimonio fideicomitado proviene de recursos públicos y el fideicomitente es un organismo o ente estatal.

Este método ha sido utilizado como alternativa de financiamiento en Costa Rica, por ejemplo, para financiar la construcción de áreas de salud como el Área de

Salud de Orotina – San Mateo y La Fortuna de San Carlos. El fideicomiso hospitalario ofrece ventajas en transparencia y planificación a largo plazo, aunque puede enfrentar obstáculos burocráticos y retrasos en la ejecución de obras.

Como alternativa a los mecanismos tradicionales, las APP permiten incorporar al sector privado en proyectos de infraestructura mediante esquemas basados en distribución de riesgos, eficiencia operativa y alivio de presiones fiscales de corto plazo. Sin embargo, su efectividad depende de un marco institucional sólido, adecuada supervisión estatal y una correcta estructuración contractual.

Estas figuras pueden utilizarse para la construcción de hospitales o la gestión de servicios médicos bajo esquemas de colaboración, combinando los recursos y capacidades de ambos sectores. Según el Banco Mundial (2025), una alianza público-privada es un acuerdo entre el sector público y el sector privado para proveer servicios o infraestructura pública bajo objetivos compartidos.

El uso de estas alianzas ha sido recurrente para resolver problemas de infraestructura, como por ejemplo en Brasil, Chile y México. El BID indica que el empleo del modelo APP para construir y operar hospitales, ha permitido a los gobiernos contar con los recursos aportados por entes privados y reducir la carga financiera directa del Estado, constituyéndose en un mecanismo efectivo a fin de cerrar la brecha de inversión y eficiencia en el sector.

Además, en la edición Infrascopio 2023/24 (BID, 2023), se indica que:

*“Las APP están ganando tracción, con USD 160.000 millones en transacciones registradas entre 2014 y 2023. Los gobiernos son cada vez más conscientes del potencial de las APP para fomentar inversiones innovadoras, sostenibles y eficientes. (página 12)”*

Asimismo, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2018) subraya que las APP deben evaluarse bajo el principio de *valor por dinero* (*value for money*), asegurando que la participación del sector privado brinde mejores resultados que las alternativas tradicionales de financiamiento público, se refiere a la búsqueda de la mejor combinación de beneficios, calidad y costos a lo largo del ciclo de vida de un proyecto, comparando la opción de APP con la alternativa tradicional de contratación pública. Esto implica no solo considerar el

menor costo inicial, sino también aspectos como la calidad del servicio, la transferencia y gestión de riesgos, la innovación y los costos de operación y mantenimiento. (PPP Center of the Philippines, 2011, p. 4)

Dentro de las nociones importantes para un abordaje teórico se encuentra la de la eficacia organizacional, desarrollada por autores como Peter Drucker, la cual permite evaluar qué tan capaz puede ser una institución pública para cumplir su misión y visión. Drucker distingue entre eficacia y eficiencia, señalando que una organización puede ser muy eficiente en sus procesos, pero ineficaz si no logra sus objetivos fundamentales: *“La eficacia de una organización es más importante que la eficiencia, dado que una institución puede ser altamente eficiente en sus tareas y aun así fracasar en sus objetivos o metas más importantes”* (Drucker, 1954, p. 3).

En el sector hospitalario, la gestión está direccionada al conjunto de estrategias, acciones y procedimientos empleados para dirigir los recursos y actividades de un hospital, estas acciones buscan mejorar la calidad de atención al paciente y optimizar las finanzas de la institución. Este proceso está compuesto desde la planificación financiera hasta la prestación de servicios médicos y se rige por criterios de productividad y efectividad, asegurando al mismo tiempo la calidad de los servicios de salud. Para ello, es fundamental definir indicadores de gestión que permitan evaluar y mejorar el desempeño hospitalario (Vargas González & Hernández Barrios, 2007).

Desde este punto de vista, es clave que entidades públicas como los hospitales orienten sus recursos hacia acciones que permitan ampliar su autonomía y sostenibilidad a largo plazo. Ordóñez (2014) aporta al análisis conceptual al diferenciar eficacia, eficiencia y efectividad, aclarando que la eficacia implica una fuerza transformadora capaz de producir efectos reales. En el ámbito hospitalario, una gestión eficaz se refleja en decisiones administrativas y financieras que elevan la calidad de atención médica, la cobertura y la satisfacción de los usuarios.

Mediante este marco teórico se orienta la investigación, con el propósito de aportar elementos objetivos que fortalezcan el análisis de los pagos por alquiler en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y permitan valorar la viabilidad de los

alquileres, así como las APP como mecanismos de financiamiento, para mejorar la gestión hospitalaria.

Al desarrollar los enfoques y teorías mencionadas, así como examinar modelos internacionales exitosos, se podrán identificar soluciones adaptables al contexto económico costarricense, lo que permitirá obtener detalles de la gestión actual, además de evaluar qué tan eficiente y sostenible resulta el uso de los presupuestos institucionales, estos enfoques teóricos permiten interpretar los hallazgos financieros y presupuestarios desarrollados en la investigación.

## **2.2. Marco Metodológico**

A continuación, se expondrán los métodos necesarios para cumplir con los objetivos anteriormente planteados, dado que con esta investigación se busca realizar un análisis sobre los presupuestos asignados para pagos por alquileres en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, examinar la aplicación de otras fuentes de financiamiento y valorar otros mecanismos alternativos en la gestión hospitalaria.

### **2.2.1. Métodos de Investigación**

La presente investigación parte de un enfoque mixto, con un alcance descriptivo y analítico. En este marco, se investigarán métodos cualitativos y cuantitativos, de conformidad con lo planteado por Hernández Sampieri et al. (2014), con el propósito de construir una visión integral del problema de investigación, combinando el análisis cuantitativo de los costos hospitalarios con el abordaje cualitativo de las percepciones de actores clave vinculados a la gestión de la infraestructura hospitalaria, la valoración de la viabilidad de los mecanismos analizados se limita al análisis técnico y financiero desarrollado en el estudio, sin extenderse a evaluaciones de carácter jurídico o político.

Esta decisión se argumenta en el carácter complejo del problema: no se trata únicamente de medir el gasto financiero relativamente asociado al pago de alquileres, sino también de mostrar cómo este impacta en la eficiencia operativa del HCG y en la calidad percibida de los servicios de salud, así como en la interpretación

crítica de información documental, presupuestaria y cualitativa, con el fin de comprender los efectos de los distintos mecanismos de financiamiento sobre la sostenibilidad de la infraestructura hospitalaria.

El enfoque cuantitativo permitirá establecer y analizar los costos asociados a las erogaciones por infraestructura hospitalaria, proyectar escenarios de inversión en infraestructura propia y valorar el impacto en la optimización del presupuesto del hospital. En esta línea, de acuerdo con Creswell y Plano Clark (2018), este estudio se enmarca en un diseño mixto, señalando que este enfoque posibilita evaluar relaciones entre variables mediante datos numéricos y análisis estadísticos. En la presente investigación este enfoque se circunscribe al análisis horizontal y vertical del presupuesto, buscando mostrar la evolución de los montos asignados para alquiler de infraestructura, y como se ha desarrollado la ejecución de estos montos.

El enfoque cualitativo será aplicado en relación con la percepción de expertos en presupuesto hospitalario, dado que la toma de decisiones en infraestructura tiene una repercusión de manera directa en la calidad de los servicios de salud. Además, esta perspectiva permite analizar a profundidad las valoraciones de los profesionales expertos sobre distintos mecanismos de financiamiento, brindando información relevante para los objetivos planteados. Este enfoque resulta oportuno porque de él se podrán comprender de manera más amplia los criterios técnicos, normativos, experiencias y percepciones desde un contexto institucional, generando una visión integral sobre los procesos de gestión y financiamiento de infraestructura para hospitales.

Además, el enfoque cualitativo se caracteriza por el uso de métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos no estandarizados ni completamente predeterminados, la información se obtiene a partir de las perspectivas y experiencias de los participantes, lo que otorga mayor flexibilidad al proceso de indagación según Hernández Sampieri et al., (2010), en síntesis, el proceso de indagación es más flexible, lo que resulta valioso para explorar con mayor profundidad la relación entre infraestructura hospitalaria y calidad del servicio.

La composición de ambos enfoques permitirá generar una visión más completa, que permitirá ver las variables del problema, dado que no solo se

analizarán datos financieros, sino también se explorarán opiniones, percepciones y experiencias de actores clave en la gestión hospitalaria.

### **2.2.2. Diseño de la Investigación**

La investigación se desarrolla como un estudio mixto de carácter analítico, orientado al análisis de las relaciones existentes entre variables institucionales como el gasto en alquileres en el hospital, su incidencia en el presupuesto y la operación institucional, así como variables financieras y de gestión asociadas al financiamiento de la infraestructura hospitalaria. En el contexto de esta investigación y empleados los conceptos de Sampieri et al. (2014), la investigación descriptiva permite caracterizar fenómenos sin manipular variables, mientras que el análisis explicativo busca mostrar la relación entre los gastos en alquiler y la optimización presupuestaria.

En este sentido, el diseño integra componentes descriptivos y comparativos, los cuales permitan identificar patrones, efectos financieros y operativos. Asimismo, se gestionará un manejo de variables abarcando las condiciones actuales de los presupuestos, la asignación a pagos por alquiler y su afectación en la administración hospitalaria, permitiendo analizar las variables de los costos de alquiler y la gestión presupuestaria.

### **2.2.3. Sujetos de Investigación**

Los sujetos de la presente investigación estarán conformados por funcionarios y profesionales del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia directamente vinculados al modelo de gestión institucional y a los procesos presupuestarios asociados a la infraestructura hospitalaria. Dentro de los perfiles incluidos con participación en la administración financiera, presupuestaria, la gestión técnica de infraestructura y la ejecución de contratos de alquiler.

Entre los sujetos de investigación se consideraron el Director Administrativo Financiero, las jefaturas del Área Financiero-Contable y de Presupuesto, profesionales adscritos a la Dirección Administrativa Financiera, así como personal del Área de Gestión de Ingeniería – Mantenimiento y Bienes - Servicios. Asimismo,

se incorporaron profesionales con experiencia en finanzas públicas y gestión hospitalaria que participan de manera directa en la toma de decisiones relacionadas con el uso de recursos financieros y la gestión de infraestructura del hospital.

La población estará integrada por alrededor de veinticinco profesionales, seleccionados con base en su criterio experto y su experiencia en procesos de alquiler y gestión de infraestructura hospitalaria. El criterio de selección respondió a la necesidad de contar con informantes que deben aplicar de forma cotidiana conocimientos técnicos en materia presupuestaria, pagos institucionales y administración de contratos de alquiler, con el propósito de obtener información relevante, profunda y contextualizada mediante la aplicación de entrevistas estructuradas.

#### **2.2.4. Fuentes de Información**

##### **2.2.4.1. Fuentes de Información Primarias**

Las fuentes primarias de la investigación estuvieron constituidas por información cualitativa obtenida mediante la aplicación de 25 entrevistas estructuradas a funcionarios y profesionales del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, directamente vinculados a la gestión, el instrumento aplicado para la recolección de información primaria puede consultarse en el Anexo 2.

Las entrevistas se aplicaron a informantes clave, con participación en procesos relacionados con la administración del presupuesto institucional, la ejecución de pagos por alquiler de inmuebles, la planificación de espacios hospitalarios, el mantenimiento de infraestructura y la gestión de contratos de arrendamiento. Asimismo, se incluyeron profesionales con experiencia en finanzas públicas y gestión hospitalaria adscritos a la Dirección Administrativa Financiera del hospital, cuya trayectoria permitió aportar criterios técnicos y valoraciones fundamentadas sobre el uso de recursos financieros y las alternativas de financiamiento disponibles.

#### **2.2.4.2. Fuentes de Información Secundarias**

Las fuentes secundarias de la investigación estuvieron conformadas por información documental preexistente de carácter institucional, normativo, financiero y académico, la cual permitió contextualizar el problema de investigación, construir el marco teórico, realizar el análisis financiero histórico y desarrollar la comparación de modelos internacionales de gestión de infraestructura hospitalaria.

En el ámbito nacional, se utilizaron informes emitidos por la Auditoría Interna de la CCSS, así como informes, auditorías y documentos oficiales de la Contraloría General de la República (CGR), relacionados con el gasto público, la ejecución presupuestaria y la gestión de infraestructura en el sector salud. Adicionalmente, se consultaron registros presupuestarios institucionales, informes financieros, estados de resultados y documentación contable vinculada a la partida 2102 – Alquiler de edificios, con el fin de cuantificar y analizar el comportamiento histórico del gasto asociado al arrendamiento de infraestructura hospitalaria.

Asimismo, se incorporaron publicaciones de organismos internacionales especializadas en gasto público, financiamiento de infraestructura y sostenibilidad del sector salud, particularmente aquellas emitidas entre los años 2019 y 2024 por la OPS, el BID y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Estas fuentes permitieron sustentar el análisis conceptual y comparativo de los modelos internacionales abordados en la investigación.

Como parte del análisis documental, también se consideraron libros, artículos académicos y estudios técnicos sobre gestión y financiamiento de infraestructura hospitalaria, así como análisis de experiencias desarrolladas en países como Brasil, Chile y México. Complementariamente, se consultaron publicaciones en revistas especializadas, informes de entes involucrados en el sector salud, bases de datos de distintas entidades gubernamentales y portales electrónicos de interés vinculados con el objeto de estudio.

### **2.2.4.3. Descripción de los Instrumentos**

#### **Entrevistas**

Las entrevistas fueron aplicadas con base a una guía específica de preguntas, en un formato digital para recopilar la información. De acuerdo con los autores Hernández, Fernández y Baptista (2014), la metodología de las entrevistas estructuradas se caracteriza por el uso de un instrumento previamente definido, en el cual se establece de manera anticipada el conjunto de preguntas que se formularán a todos los informantes, garantizando uniformidad en la recolección de la información. (p. 403).

La entrevista se estructuró en ocho secciones temáticas, orientadas a caracterizar al candidato, la comparación con infraestructura propia, las alternativas de financiamiento disponibles, analizar el proceso de alquiler de infraestructura, la gestión presupuestaria asociada, el impacto del gasto en alquileres, experiencias comparadas y propuestas de mejora.

El instrumento de entrevista (Véase anexo 2), fue diseñado con un enfoque en la gestión financiera hospitalaria y permitió recopilar información sobre la percepción institucional del gasto en alquiler de infraestructura y su impacto en la gestión operativa y presupuestaria del hospital. Una sección específica del instrumento se orientó a la recopilación de información asociada al objetivo específico 3, con el propósito de conocer la percepción de los informantes respecto a distintos mecanismos de financiamiento como fideicomisos, financiamiento público tradicional y APP con su posible viabilidad en el contexto costarricense. El instrumento en su totalidad se estructuró en ocho secciones temáticas, orientadas a caracterizar al entrevistado, analizar cómo se desarrolla el proceso de alquiler de infraestructura, la gestión presupuestaria asociada, la comparación con infraestructura propia, las alternativas de financiamiento disponibles, el impacto del gasto en alquileres, experiencias comparadas y propuestas de mejora.

## **Actividades por Objetivo Específico**

Para el cumplimiento del objetivo específico número uno, establecido para analizar modelos internacionales de gestión financiera en infraestructura hospitalaria, se realizó una revisión documental y analítica de experiencias internacionales relevantes, particularmente en países que han implementado distintos esquemas de financiamiento para infraestructura hospitalaria. Se examinaron documentos técnicos, informes institucionales y literatura especializada con el fin de identificar los resultados obtenidos, los mecanismos de financiamiento utilizados y las principales lecciones derivadas de estos modelos, las cuales sirvieron como referencia comparativa para el contexto costarricense. Con los datos obtenidos se estructuró una matriz comparativa, en la cual se sistematizaron los criterios de análisis relacionados con el marco normativo, los esquemas de financiamiento, la asignación de riesgos, la estructura de pagos, los mecanismos de control y los resultados financieros y operativos observados en cada país.

Con el fin de especificar los efectos financieros de los pagos por alquileres sobre los presupuestos hospitalarios relativo al objetivo 2, se llevó a cabo un análisis financiero del gasto institucional asociado a contratos de alquiler del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, comparándolo con los costos vinculados a infraestructura propia. Para ello, se analizaron partidas presupuestarias, registros históricos de ejecución del gasto y su evolución en el tiempo, lo que permitió identificar patrones, efectos presupuestarios y posibles implicaciones en la sostenibilidad financiera del hospital. Con los datos obtenidos se estructuró una matriz de análisis financiero comparativo, que permitió evaluar la relación entre el gasto en alquileres y el gasto destinado al mantenimiento y adecuación de infraestructura propia, así como la incidencia de dichas erogaciones sobre la rigidez presupuestaria y la planificación financiera institucional.

Para cumplir el objetivo específico relacionado con examinar los mecanismos de financiamiento disponibles, se diseñó y aplicó un instrumento de entrevistas a informantes clave vinculados a la gestión financiera y administrativa hospitalaria. El instrumento incluyó una sección específica orientada a recopilar la percepción

institucional sobre alternativas de financiamiento como fideicomisos, financiamiento público tradicional y Alianzas Público-Privadas (APP), así como su posible viabilidad en el contexto nacional. La información obtenida fue analizada de forma cualitativa y se utilizó para complementar el análisis comparativo y sustentar las conclusiones del estudio. La información obtenida se sistematizó según su categorización temática, la cual permitió organizar las respuestas según criterios de viabilidad financiera, riesgos percibidos, capacidades institucionales y limitaciones normativas, facilitando la interpretación de los hallazgos cualitativos.

### **CAPÍTULO III. MODELOS INTERNACIONALES DE GESTIÓN FINANCIERA EN INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA**

#### **3.1. Modelos desarrollados mediante Alianzas Público-Privadas (APP), con el fin de identificar sus resultados y mecanismos de financiamiento.**

El análisis se realiza a la luz de los principios de eficiencia del gasto público y valor por dinero de los modelos internacionales de Alianzas Publico Privada hospitalarias, el cual se desarrolla mediante una revisión sistemática de documentos vinculados a este modelo, con el objetivo de identificar los mecanismos de financiamiento, la estructura de gestión y los resultados derivados de la aplicación de APP orientadas a la infraestructura hospitalaria en Brasil, México y Chile, países que fueron seleccionados debido a que cuentan con APP en ejecución, disponen de un marco legal aplicable para este tipo de esquemas y cuya implementación ha sido regulada mediante ley, lo que permite analizar experiencias consolidadas desde una perspectiva normativa e institucional.

El propósito de esta revisión consistió en establecer un patrón comparable con la realidad institucional costarricense. Para ello, la metodología empleada siguió un procedimiento estructurado que incluyó la selección, lectura analítica y síntesis de la información relevante para cada país. Se utilizó como referencia la propuesta metodológica para análisis documental planteada por Hernández Sampieri et al.

(2014), incorporando un enfoque analítico con apoyo descriptivo que permitió examinar críticamente documentos especializados y marcos regulatorios.

Para cada país se revisaron documentos referentes a su alcance normativo y técnico vinculados al desarrollo de infraestructura hospitalaria mediante APP, además de documentos del BID. Se analizaron documentos clave para el análisis comparativo, los cuales fueron escogidos por su pertinencia con el tema de estudio, su disposición pública y distribuidos de la siguiente manera: inicialmente se estudiaron los instrumentos de Brasil, país que cuenta con una Ley Federal de APP promulgada en el año 2004, auditorías del Tribunal de Cuentas de la Unión (TCU), publicaciones del Ministerio de Salud brasileño y estudios del BID sobre APP hospitalarias. Posteriormente se examinó la normativa de México, particularmente su Ley Federal de APP (2012–2014), los lineamientos técnicos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), auditorías de la ASF, reportes institucionales del IMSS e ISSSTE, y análisis del BID sobre proyectos de prestación de servicios. Finalmente, se revisó el caso de Chile, cuya Ley de Concesiones de Obras Públicas, junto con los informes del MOP, los manuales del Sistema de Concesiones, los estudios del BID–OCDE y la documentación relativa al esquema Servicio de Financiamiento y Construcción (SFC), Servicio de Funcionamiento y Operación (SFO) y Pago Variable por Operación (PVO), constituyó un marco de referencia consolidado en la región.

De la información recopilada se elaboró la tabla 1, donde se muestra un análisis comparativo y el cual se amplía en el anexo 1, este permite identificar diferencias en estructura de pago, asignación de riesgos y mecanismos de control, el marco regulatorio, los mecanismos de financiamiento, la distribución de riesgos, el desempeño operacional y los resultados fiscales, así como contractuales entre los modelos internacionales y el caso costarricense.

| Tabla 1                                                                                                                                           |                                                |                                              |                                                     |                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <b>Brasil, Chile, México y Costa Rica: Modelos de financiamiento y gestión de infraestructura hospitalaria mediante Alianzas Público-Privadas</b> |                                                |                                              |                                                     |                                                          |
| <b>Criterio de análisis</b>                                                                                                                       | <b>Modelo Brasileño – APP</b>                  | <b>Modelo Mexicano – APP</b>                 | <b>Modelo Chileno – APP</b>                         | <b>Costa Rica</b>                                        |
| <b>Marco legal</b>                                                                                                                                | Ley federal específica, supervisión del BNDES. | Ley federal APP, articulación con Hacienda.  | Ley de Concesiones con reforma para hospitales.     | Ley N. 7762, Ley General de Concesión de Obras Públicas. |
| <b>Tipo de asociación</b>                                                                                                                         | BOT/DBFO.                                      | Contratos integrales de servicios.           | Concesión integral diseño– construcción– operación. | Contratos directos y alquileres.                         |
| <b>Plazo contractual</b>                                                                                                                          | 20–25 años.                                    | 25 años.                                     | 15–20 años.                                         | Anuales o plurianuales.                                  |
| <b>Estructura de pagos</b>                                                                                                                        | Parte fija + variable por desempeño.           | 90 % fijo + 10 % variable.                   | SFC–SFO–PVO.                                        | Pago tradicional por partidas.                           |
| <b>Asignación de riesgos</b>                                                                                                                      | Construcción y operación al privado.           | Igual que Brasil, terrenos al Estado.        | Igual que México y Brasil.                          | Estado asume todos los riesgos.                          |
| <b>Indicadores de desempeño</b>                                                                                                                   | Disponibilidad y calidad.                      | Evaluación técnica y administrativa mensual. | Calidad, tiempos y satisfacción.                    | Evaluaciones internas no vinculantes.                    |
| <b>Penalizaciones/incentivos</b>                                                                                                                  | Deducciones automáticas.                       | Penaliza el 10 % variable.                   | Penalizaciones y bonificaciones.                    | No existen mecanismos.                                   |
| <b>Lecciones para Costa Rica</b>                                                                                                                  | Separar riesgos y crear ley APP.               | Incluir incentivos de desempeño.             | Adoptar esquema SFC/SFO/PVO.                        | En trámite iniciativa 24.009.                            |
| <b>FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA CON BASE EN DOCUMENTOS INSTITUCIONALES REVISADOS (INCLUYE BID, 2019).</b>                                           |                                                |                                              |                                                     |                                                          |

De la información presentada en la tabla 1, se desprenden las siguientes conclusiones, se evidenció que Brasil constituye uno de los modelos más fortalecidos de la región en materia de APP aplicadas a infraestructura hospitalaria. La Ley Federal de APP, promulgada en 2004, estableció un marco jurídico sólido que habilita la participación del sector privado en proyectos desarrollados a nivel

federal, estatal y municipal. Este modelo se ejecuta bajo la supervisión del Banco Nacional de Desarrollo Económico y Social (BNDES), entidad que desempeña un papel determinante en la estructuración financiera, la evaluación de viabilidad y la aprobación de los proyectos. Adicionalmente, en los contratos que corresponden a infraestructura hospitalaria se debe incorporar el acompañamiento técnico del Ministerio de Salud brasileño, lo cual fortalece la articulación interinstitucional. Los contratos adoptados, generalmente de tipo BOT (Construcción-Operación-Transferencia) o DBFO (Diseñar-Constuir-Financiar-Operar), presentaban duraciones promedio de entre veinte y veinticinco años, lo que generó estabilidad para la inversión y un horizonte de retorno razonable además de atractivo para las empresas. El pago al concesionario se realizó mediante una cuota mensual compuesta, que integra una parte fija (correspondiente a la inversión y operación, es decir, CAPEX correspondiente a los gastos de capital de largo plazo y OPEX gastos operativos a corto plazo). Aunque la separación de estos componentes no siempre es absoluta, esta estructura permitió mantener la eficiencia constructiva y asegurar estándares elevados de mantenimiento y operación.

Durante esta dinámica, el sector privado asume los riesgos de construcción y operación, mientras que el Estado mantiene la responsabilidad sobre la demanda. Los mecanismos de pago por disponibilidad y las deducciones automáticas por incumplimientos se gestionan bajo criterios de disciplina contractual que garantizan la calidad del servicio. En este sentido, la transparencia se fortalece mediante el Portal Nacional de APP y la fiscalización del Tribunal de Cuentas de la Unión (TCU), cuyos procesos han permitido ejercer un control objetivo sobre el uso de los recursos públicos. Por lo general, los resultados han sido positivos, con hospitales construidos en plazos menores y con altos estándares operativos, como lo demuestra el caso del Hospital do Subúrbio construido en el año 2010. No obstante, la complejidad contractual ha generado riesgos de renegociación en fases posteriores, principalmente asociados a variaciones de costos o condiciones macroeconómicas del país brasileño.

Por otra parte, el modelo mexicano fue consolidado recientemente en comparación con el de Brasil, a partir de la promulgación de la Ley Federal de APP

en 2012 y su reglamento en 2014. En este contexto, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) desempeñó un rol articulador entre las entidades del sector salud y los inversionistas privados. Los contratos integrales suelen suscribirse a plazos de entre veinte y veinticinco años e incluyen el diseño, la construcción, el equipamiento, el mantenimiento y, en algunos casos, la prestación de servicios complementarios, con la modalidad de pagos estructurada a través de un monto mensual compuesto en un 90 % por un componente fijo vinculado a la disponibilidad del servicio y en un 10 % por un componente variable asociado al desempeño técnico, clínico y administrativo. Por medio de esta distribución se incentivó la eficiencia sin poner en riesgo la estabilidad financiera del contrato. Sin embargo, la ausencia de una separación clara entre CAPEX y OPEX generó dificultades en el control presupuestario y la evaluación económica de los proyectos.

En referencia a la asignación de riesgos, la construcción y operación recaen sobre el concesionario, mientras que el Estado asume la responsabilidad sobre los terrenos y permisos. El cierre financiero suele ser mixto, con participación de la banca privada, instituciones de desarrollo y, en algunos casos, fondos de pensiones interesados en invertir en estos esquemas. La transparencia se garantiza mediante el Sistema de Transparencia de Contratos APP y auditorías periódicas de la Secretaría de Hacienda. Los resultados han permitido reducir los tiempos de entrega y mejorar la planificación financiera a largo plazo; sin embargo, la sostenibilidad de estos contratos depende en buena medida de la estabilidad macroeconómica y del cumplimiento de los indicadores de desempeño.

En el caso de Chile, país pionero en la región en la implementación de concesiones de infraestructura pública, su Ley de Concesiones, promulgada en 1991 y reformada en 2010 para incluir la infraestructura hospitalaria, ha permitido el desarrollo de múltiples proyectos en el ámbito de la salud. Su modelo estuvo caracterizado por una estructura de pagos desagregada en tres componentes: Servicio de Financiamiento y Construcción (SFC), Servicio de Funcionamiento y Operación (SFO) y Pago Variable por Operación (PVO). Esta segmentación facilitó la participación de entes bancarios, la evaluación del desempeño y la previsibilidad presupuestaria. Los contratos, generalmente establecidos a plazos de entre quince

y veinte años, incluyen diseño, construcción, equipamiento y mantenimiento. Los pagos se realizan en Unidades de Fomento (UF), una unidad de valor indexada a la inflación, lo que permite reducir riesgos financieros y asegurar estabilidad. La asignación de riesgos sigue un patrón similar al de México y Brasil, donde el concesionario asume los riesgos de construcción y operación, mientras que el Estado se encarga de aspectos relacionados con la demanda y las autorizaciones administrativas. La fiscalización es responsabilidad del Ministerio de Obras Públicas a través del Sistema de Concesiones, que realiza auditorías anuales y publica informes de desempeño. Los resultados reflejaron un modelo eficiente, con altos estándares de calidad, cumplimiento de plazos y control aceptable de costos. Asimismo, ha fortalecido la institucionalidad pública mediante mecanismos claros de evaluación y rendición de cuentas.

En Costa Rica se evidencia un escenario institucional significativamente distinto al observado en los países analizados. El país desarrolló un marco normativo general que permite la participación del sector privado para el desarrollo y gestión de infraestructura pública, principalmente a través de la Ley General de Concesión de Obras Públicas con Servicios Públicos y su reglamento, el Decreto Ejecutivo N.º 27098 Reglamento General de Concesión de Obras Públicas con Servicios Públicos, así como normativa complementaria como el Decreto Ejecutivo N.º 31836-MOPT Reglamento de los Proyectos de Iniciativa Privada de Concesión de Obra Pública o de Concesión de Obra Pública con Servicio Público y el Decreto Ejecutivo N.º 44221-H Reglamento para gestionar la autorización de compromisos y contingencias fiscales derivados de proyectos de Asociaciones Público-Privadas. No obstante, dicho marco jurídico se ha aplicado principalmente en sectores como transporte, puertos, aeropuertos, y en la actualidad no hay una regulación específica orientada a la implementación de asociaciones público-privadas en infraestructura hospitalaria.

La gestión de infraestructura hospitalaria en el país se ha desarrollado predominantemente mediante esquemas tradicionales de contratación pública regulados por la Ley General de Contratación Pública y otras figuras administrativas como los fideicomisos públicos, los arrendamientos institucionales y la ejecución

directa de obra pública. Si bien estos instrumentos permiten cierto grado de flexibilidad administrativa y financiera, no alcanzan el nivel de integración contractual, distribución estructurada de riesgos y articulación funcional que caracteriza a los modelos de APP implementados en otros países.

La CCSS ejecutó proyectos de construcción o alquiler de inmuebles mediante contratos plurianuales sujetos a la disponibilidad presupuestaria del periodo fiscal, sin una separación explícita entre CAPEX y OPEX, lo cual complicó la evaluación de eficiencia y la trazabilidad del gasto. Por lo general en sus licitaciones el Estado debe asumir la totalidad de los riesgos financieros, constructivos y operativos, debido a la ausencia de una estructura contractual que permita trasladarlos al sector privado. La fiscalización está limitada a los procesos ordinarios de auditoría institucional, sin un sistema especializado de seguimiento contractual. Ello ha derivado en procesos administrativos lentos, una alta dependencia del arrendamiento de inmuebles y limitaciones estructurales para invertir en infraestructura nueva, situación que incrementa la presión presupuestaria de la partida destinada a alquileres.

Como se evidenció en la tabla 1, del análisis comparativo se desprende que las diferencias entre Costa Rica y los modelos estudiados no corresponden únicamente a factores normativos, sino también a conceptos puntuales sobre el papel del Estado en la gestión de infraestructura hospitalaria. Mientras Brasil, México y Chile han consolidado esquemas de colaboración público-privada donde el sector privado asume responsabilidades concretas, Costa Rica mantiene mecanismos tradicionales de contratación y arrendamiento, los cuales dificultan la generación de valor a largo plazo. Esta divergencia configura un horizonte institucional y financiero que condiciona la capacidad del país para enfrentar los desafíos de expansión, modernización y sostenibilidad del sistema hospitalario público.

Las entidades, en especial la CCSS, dependen de alquileres y contratos anuales, lo que genera limitaciones para la planificación a largo plazo y pérdida de eficiencia en el uso de los recursos públicos. Además, el Estado asume la totalidad de los riesgos financieros y constructivos, lo que restringe la capacidad de ejecutar

proyectos de infraestructura hospitalaria bajo esquemas modernos de cooperación público-privada.

En conclusión, del desarrollo del objetivo específico 1, los resultados muestran que los modelos internacionales de financiamiento de infraestructura hospitalaria mediante Alianzas Público-Privadas están estructurados mediante planificación a largo plazo, se define claramente a quien esta asignados los riesgos, además de mecanismos formales de control, a diferencia del esquema actualmente utilizado en Costa Rica.

La aplicación en Brasil, México y Chile muestran una separación entre CAPEX y OPEX, los pagos por disponibilidad y los incentivos asociados al desempeño, estos direccionan la eficiencia operativa y la previsibilidad presupuestaria hacia la mejora, al tiempo que reducen la presión fiscal directa del Estado. En el caso de Costa Rica se evidencia un escenario institucional distinto al observado en los países analizados. Actualmente, el país no cuenta con un marco normativo específico que regule las asociaciones público-privadas aplicadas a la infraestructura hospitalaria. Si bien existen instrumentos generales para la participación privada en infraestructura pública, esta debe generarse principalmente a través de la Ley N.º 7762, Ley General de Concesión de Obras Públicas con Servicios Públicos, y de los mecanismos de contratación pública regulados por la Ley General de Contratación Pública N.º 9986, estos han sido utilizados principalmente en sectores como transporte, puertos y aeropuertos, sin una aplicación sistemática en el ámbito hospitalario.

La gestión de infraestructura en el sistema de salud ha dependido principalmente de mecanismos tradicionales, no obstante, en el ámbito legislativo se encuentra en discusión el Proyecto de Ley Marco de las Asociaciones Público-Privadas (expediente N.º 24.009), cuyo artículo 1 propone establecer un marco normativo aplicable a cualquier entidad pública que gestione servicios públicos, lo cual eventualmente podría habilitar la utilización de este tipo de esquemas en distintos sectores, incluido el sanitario. Se debe mencionar que el análisis comparativo desarrollado en esta investigación no plantea la adopción inmediata de estos modelos, sino que permita identificar criterios técnicos, financieros e

institucionales relevantes que podrían orientar futuras decisiones estratégicas en el contexto nacional.

### **3.2. Análisis de los Efectos Financieros de los Pagos por Alquileres Sobre los Presupuestos Hospitalarios**

En este capítulo se presentan los resultados del análisis financiero elaborado sobre las partidas presupuestarias vinculadas al mantenimiento de infraestructura propia del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia; este análisis se constata con la evolución del gasto registrado en las partidas vinculadas al alquiler de edificios durante el período 2014–2024, incorporando además una estimación comparativa entre el costo acumulado del arrendamiento y la posible construcción de infraestructura propia.

El objetivo central es analizar la distribución del gasto institucional entre el mantenimiento de infraestructura propia y el arrendamiento de edificios, así como estimar los efectos financieros de este esquema sobre la sostenibilidad presupuestaria del hospital utilizando información proveniente del Sistema Integrado de Información Presupuestaria (SIIP), el mayor auxiliar de asignaciones presupuestarias y registros institucionales consultados mediante la plataforma institucional CITRIX.

A partir de estos datos se realizaron análisis de tipo horizontal, vertical y comparativo entre las partidas relacionadas con mantenimiento de infraestructura y la correspondiente al alquiler de edificios, estas se seleccionaron por su relación directa con las actividades de mantenimiento, reparación y adecuación de infraestructura hospitalaria.

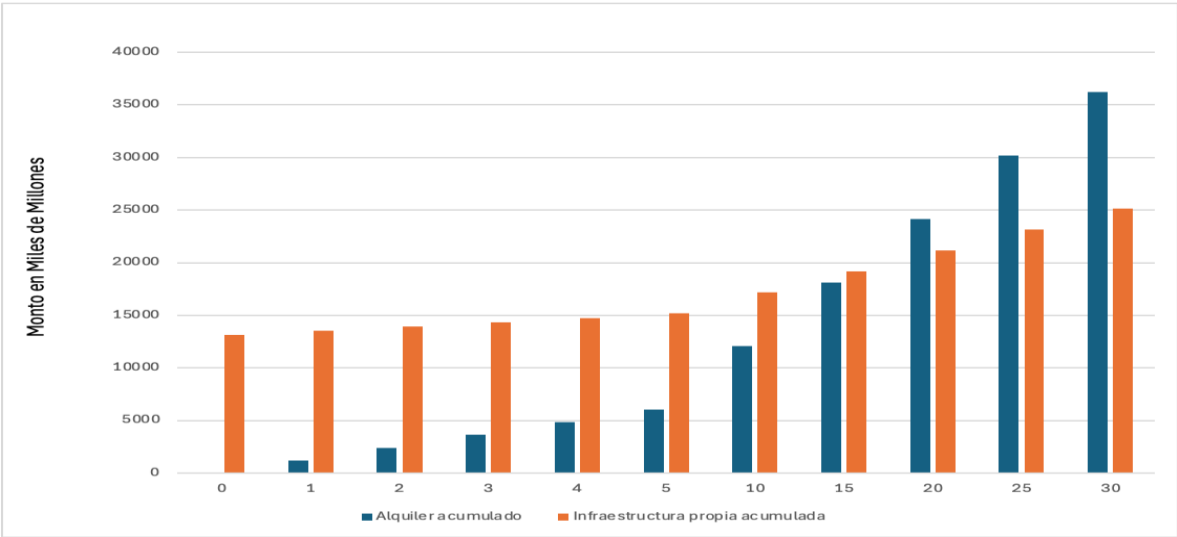
- 2149 – Servicios de Ingeniería y Arquitectura, utilizada para intervenciones puntuales en estructuras hospitalarias.
- 2151 – Mantenimiento de instalaciones y otras obras.
- 2156 – Mantenimiento y reparación de edificios por terceros.
- 2212 – Materiales metálicos de construcción.
- 2215 – Materiales para construcción.

Como complemento al análisis de las partidas presupuestarias, se utilizó la información aportada por la Auditoría Interna de la CCSS mediante el oficio AS-AOPER-0094-2023 y el informe 8072022000000012 de la CGR, en los cuales se incorpora información técnica suministrada por la Dirección de Arquitectura e Ingeniería (DAI) de la institución con el fin de obtener una percepción del costo de infraestructura propia en referencia a los gastos de alquiler.

En base a esta información, el gráfico 1 representa una proyección del costo acumulado en alquiler frente al costo estimado de construcción de infraestructura propia, considerando una proyección 30 años, permitiendo tener una visualización de ambas alternativas.

Gráfico 1

**HCG: comparación entre el gasto acumulado por alquiler y la inversión en infraestructura propia (proyección a 30 años)**



Fuente: Elaboración propia por medio de datos del Informe AS-AOPER-0094-2023

A partir de esta fuente se realizó una estimación del costo de reposición de la infraestructura actualmente arrendada en el HCG, utilizando como referencia el proyecto institucional denominado “Torre Este”, el cual registró un costo ejecutado aproximado de ¢24.778 millones para una superficie constructiva de 20.850 m².

Este dato permite estimar un costo unitario cercano a ¢1.188.000 por metro cuadrado de infraestructura hospitalaria especializada, parámetro que se utilizó como referencia para aproximar el costo de sustitución de la infraestructura

actualmente utilizada bajo la modalidad de arrendamiento para la prestación de servicios hospitalarios.

Con el propósito de fortalecer la consistencia de esta estimación, se incorporó adicionalmente como referencia el proyecto del nuevo Hospital Maximiliano Peralta de Cartago, uno de los desarrollos hospitalarios más prontos a gestionar por la CCSS. Dicho proyecto contempla una superficie aproximada de 88.875,58 m<sup>2</sup> y una inversión estimada cercana a \$417 millones.

Este dato permite estimar un costo aproximado de \$4.696 por metro cuadrado. La comparación entre ambos proyectos permite identificar rangos de costos comparables para infraestructura hospitalaria especializada de alta complejidad, aportando un criterio adicional de validación para la estimación del costo de reposición de la infraestructura actualmente arrendada.

De esta manera, el análisis no se fundamenta únicamente en una referencia institucional específica, sino que incorpora una aproximación comparativa basada en proyectos hospitalarios recientes desarrollados por la propia institución, lo cual contribuye a fortalecer la robustez técnica de la estimación realizada.

Al aplicar el parámetro estimado al total de 10.575,20 m<sup>2</sup> que actualmente se encuentran en condición de alquiler para la prestación de servicios hospitalarios, se obtiene un costo estimado de inversión cercano a los ¢13.160 millones, cifra que permite aproximar el monto requerido para sustituir la actual dependencia de infraestructura arrendada mediante la construcción de infraestructura propia. A este monto debe añadirse el costo anual de mantenimiento de la infraestructura, el cual, bajo supuestos conservadores que oscilan entre un 4% y un 6% del valor del activo construido, se ubicaría en un rango aproximado de ¢500 millones a ¢750 millones anuales, dependiendo de las condiciones de operación, los requerimientos de mantenimiento especializado y la evolución del costo de los insumos asociados a la gestión de infraestructura hospitalaria.

Al contrastar estos valores con el gasto actual en alquileres, el cual supera los ¢1.200 millones anuales, se observa que, aunque la inversión inicial requerida para desarrollar infraestructura propia es considerablemente elevada, los costos

anuales de operación y mantenimiento resultan significativamente inferiores en horizontes de largo plazo, particularmente en periodos superiores a quince años.

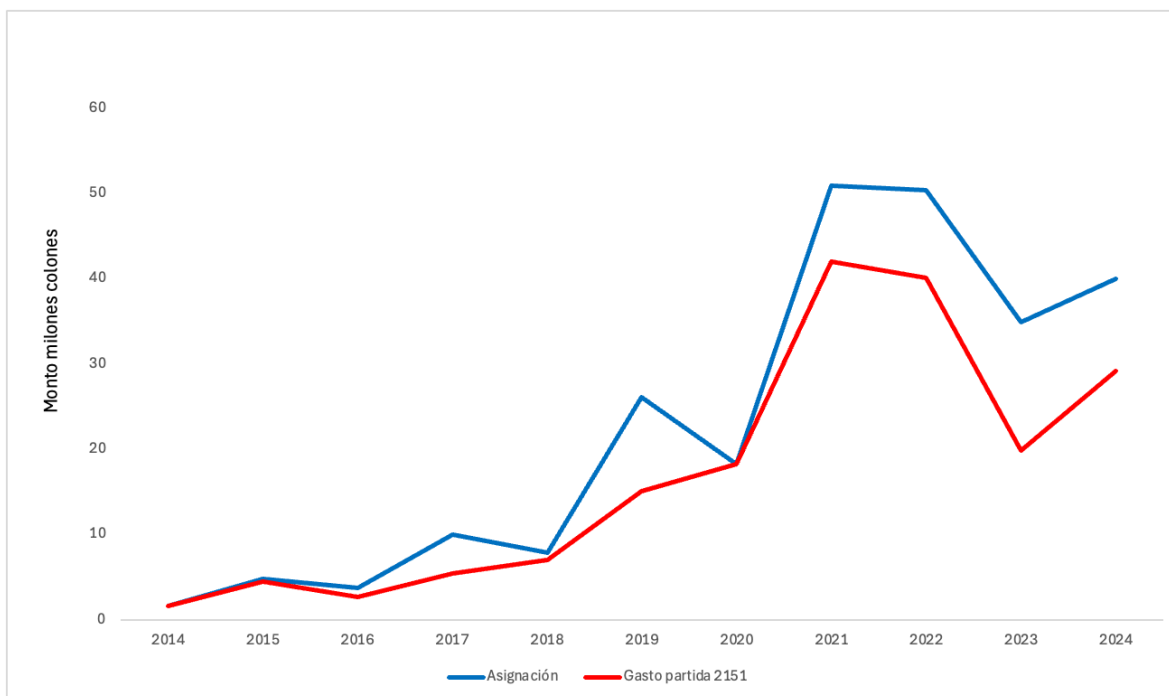
Bajo esta lógica, se estima que el punto de equilibrio referencial de la inversión se alcanzaría en un horizonte aproximado de 15 a 18 años, momento a partir del cual la infraestructura propia comenzaría a generar beneficios económicos netos para la institución, además de contribuir al fortalecimiento del patrimonio público institucional mediante la acumulación de activos estratégicos para la prestación de servicios de salud.

Esta estimación se realizó mediante una comparación simple entre el costo de inversión estimado para la construcción de infraestructura propia y el gasto anual promedio destinado al alquiler de edificios, sin considerar variaciones en tasas de descuento ni costos financieros asociados al financiamiento de la inversión.

De los montos analizados, se obtiene el Gráfico 2, el cual muestra la evolución del gasto ejecutado en la partida 2151 – Mantenimiento de Instalaciones y Otras Obras del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia durante el periodo 2014–2024, esta evidencia un crecimiento progresivo, aunque con fluctuaciones importantes, que responde a las necesidades crecientes de intervención en la infraestructura física propia del hospital.

Gráfico 2

**HCG: asignación presupuestaria por Mantenimiento de Instalaciones y otras obras, (partida 2151,2014-2024)**



Fuente: Elaboración propia por medio de datos del Informe del Mayor Auxiliar de Asignaciones Presupuestarias SIIP del año 2014 al 2024.

En los primeros años del periodo (2014–2017), los montos ejecutados permanecieron relativamente bajos, variando entre ₡1,63 millones y ₡5,42 millones, lo que revela que las intervenciones realizadas fueron de baja magnitud, sin embargo, a partir de 2018, la ejecución muestra un aumento sostenido, alcanzando valores significativamente superiores. En 2018 el gasto ejecutado ascendió a ₡7,03 millones, y luego experimentó incrementos relevantes en 2019 y 2020, llegando a ₡15,14 millones y ₡18,26 millones, respectivamente, lo cual refleja la creciente presión sobre una infraestructura cada vez más envejecida y funcionalmente exigida.

El incremento más pronunciado se observa en 2021 y 2022, donde la ejecución alcanza ₡42,08 millones y ₡40,20 millones. Este comportamiento responde a la necesidad de realizar intervenciones mayores en estructuras físicas que, debido al desgaste acumulado, requerían mejoras para garantizar la

continuidad operativa. Estos aumentos coinciden además con las adecuaciones generadas durante la pandemia, las cuales impactaron los espacios propios del hospital que debían adaptarse para cumplir requisitos de bioseguridad, ventilación, áreas de aislamiento y flujos diferenciados.

No obstante, en 2023 se observa una disminución significativa hasta ¢19,93 millones, atribuible al cierre de proyectos de adecuación mayores y a un retorno parcial a niveles de mantenimiento más regulares. Sin embargo, en 2024 la partida vuelve a incrementarse hasta ¢29,24 millones, lo cual demuestra que el mantenimiento de infraestructura propia continúa siendo un gasto recurrente y que las necesidades no desaparecen, sino que se reactivan conforme avanza el deterioro natural de las instalaciones.

Un hallazgo clave es que, aunque la partida 2151 aumentó de forma significativa especialmente entre el 2020 y 2024, estos montos siguen siendo sustancialmente menores en comparación con el gasto destinado a alquiler de edificios (partida 2102). Mientras que la partida 2151 alcanzó una ejecución máxima cercana a los ¢42 millones, la partida 2102 supera los ¢1.207 millones en 2024, lo que evidencia que, en la asignación del presupuesto, el mantenimiento de infraestructura propia recibe menos recursos frente a la magnitud del gasto en infraestructura arrendada.

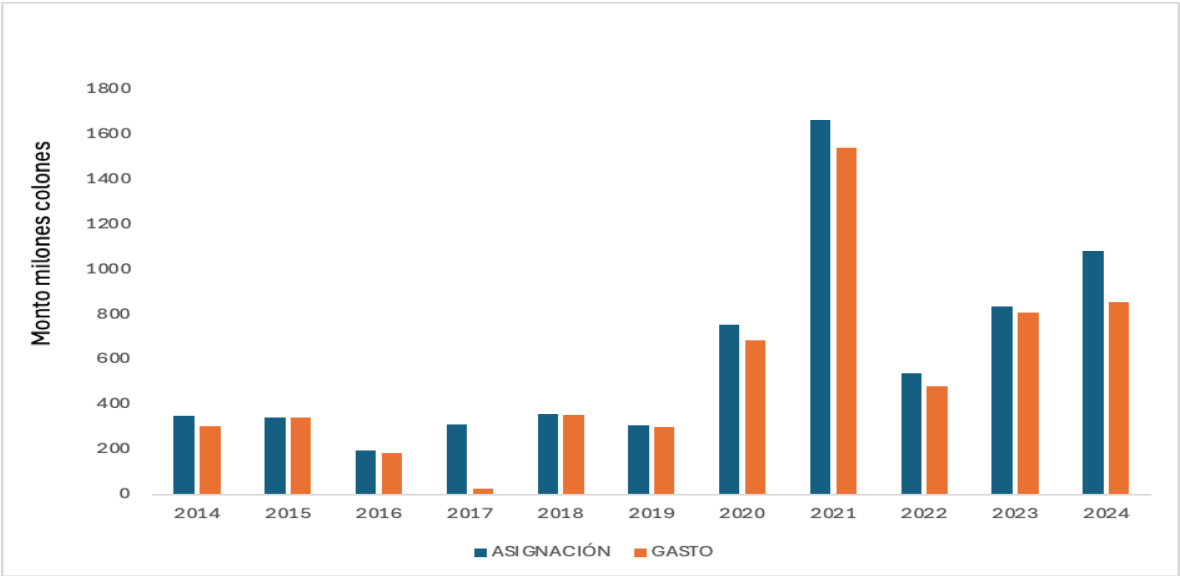
En síntesis, la evolución de la partida 2151 refleja que el hospital ha debido fortalecer progresivamente sus acciones de mantenimiento sobre una infraestructura propia deteriorada y operativamente exigida. Sin embargo, la baja inversión histórica y las limitaciones presupuestarias han obligado a recurrir simultáneamente a la contratación de espacios alquilados, generando un esquema dual de gasto que incrementa la rigidez financiera y limita la capacidad institucional para modernizar o expandir su planta física mediante inversión propia.

De forma complementaria, se analizó la evolución de la partida presupuestaria 2156, correspondiente a los gastos asociados al mantenimiento y reparación de infraestructura. Este análisis permitió elaborar el Gráfico 3, en el cual se observa que durante el período 2014–2024 el hospital registró un incremento

progresivo en los recursos destinados a estas actividades, principalmente mediante la contratación de servicios especializados con terceros.

Gráfico 3

**HCG: asignación partida presupuestaria por mantenimiento de infraestructura por terceros (partida 2156, 2014-2024)**



Fuente: Elaboración propia por medio de datos del Informe del Mayor Auxiliar de Asignaciones Presupuestarias SIIP del año 2014 al 2024.

Este comportamiento reflejó un gasto sostenido sobre el presupuesto institucional, ya que cada año ha sido necesaria la intervención de contratistas externos para asegurar la funcionalidad de los edificios propios existentes del HCG. En este análisis, los incrementos más claros se presentaron en 2020 y 2021, asociados a montos alrededor de los 40 millones de colones vinculados a la necesidad de atender deterioros acumulados, cumplir con requerimientos normativos y adaptar áreas hospitalarias ante un aumento en la demanda asistencial.

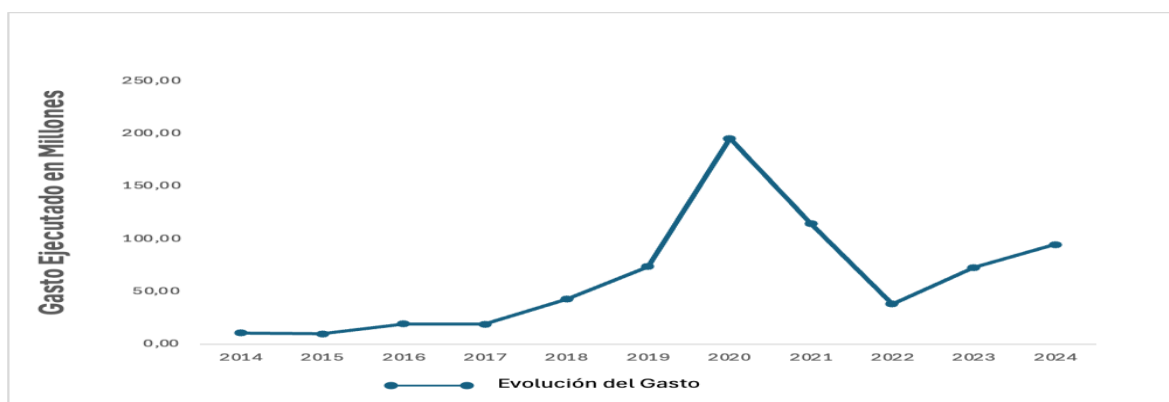
Aunque estas inversiones resultan indispensables para garantizar la continuidad operativa del nosocomio, lo que confirma que el mantenimiento de infraestructura propia existente constituye un gasto estructural y recurrente. En términos financieros, este comportamiento contrasta con el crecimiento paralelo del gasto en alquileres, evidenciando que la entidad debe asumir simultáneamente altos

costos por mantener su infraestructura propia y por sostener operaciones en inmuebles arrendados.

Ahora bien, del análisis realizado a la partida 2212 de Materiales y Productos Metálicos se obtuvo el gráfico 4, este reveló la tendencia dinámica durante el período 2014–2024, evidenciando aumentos significativos que muestran la necesidad continua por parte del hospital de realizar intervenciones a su estructura física y adecuaciones.

Gráfico 4

**HCG: asignación presupuestaria para mantenimiento de infraestructura por terceros (partida 2212,2014-2024)**



Fuente: Elaboración propia por medio de datos del Informe del Mayor Auxiliar de Asignaciones Presupuestarias SIIP del año 2014 al 2024.

Los datos muestran que, entre 2014 y 2016, el gasto ejecutado se mantuvo relativamente estable, moviéndose entre ₱9,2 millones y ₱10,9 millones, lo cual sugiere que en esos años las intervenciones fueron puntuales y de baja magnitud. No obstante, a partir de 2017, el gasto comenzó a presentar incrementos más notorios, pasando de ₱18 millones en 2017 a ₱42 millones en 2018, lo que constituye un crecimiento de más del 130%, a partir de este cambio en el patrón se dio una tendencia ascendente en el gasto que se intensificó conforme el hospital enfrentó mayores necesidades de acondicionamiento.

El incremento más significativo se observó en 2020, año en que el gasto aumentó de manera abrupta hasta alcanzar los ₱188,9 millones, presentando la ejecución más alta del período analizado y un incremento superior al 350% respecto

a 2019. Este comportamiento estuvo directamente vinculado con las necesidades extraordinarias generadas por la pandemia de COVID-19, las cuales obligaron al hospital a realizar adecuaciones urgentes, tales como: instalación de cerramientos, reforzamientos metálicos, divisiones físicas, adecuaciones para manejo de flujos limpios y sucios, y modificaciones para garantizar la bioseguridad en diversas áreas clínicas y administrativas.

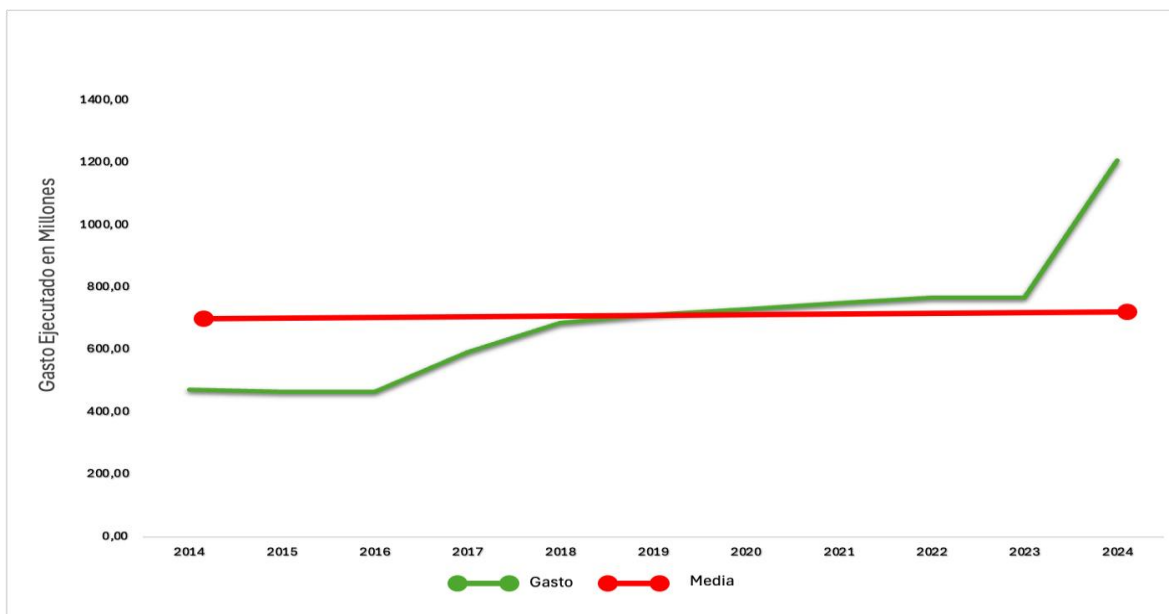
En 2021, el gasto disminuyó a ¢114,8 millones, reflejando el cierre de parte de las inversiones extraordinarias realizadas en el año previo; sin embargo, este nivel seguía siendo muy superior a los valores prepandemia. Posteriormente, en 2022, la partida volvió a caer de forma considerable hasta los ¢37,4 millones, lo que indica un periodo de relativa estabilización presupuestaria y la ausencia de intervenciones mayores. No obstante, esta reducción no implicó la eliminación de necesidades estructurales, sino más bien la finalización de las adecuaciones más críticas.

Para 2023 y 2024, el gasto nuevamente retomó una tendencia ascendente, alcanzando ¢72,2 millones y ¢71,7 millones, respectivamente. Este repunte confirmó la persistencia de necesidades de mantenimiento y adecuación en los inmuebles propios, así como en estructuras que continúan deteriorándose por antigüedad, uso intensivo o falta de inversión previa. La recurrencia de estos aumentos demuestra que la partida 2212 opera como un mecanismo de compensación estructural, cuando la infraestructura es insuficiente o inadecuada, los gastos en materiales y refuerzos metálicos aumentan para sostener la continuidad operativa.

Por otra parte, en el gráfico 5 se presenta el análisis de la partida 2102 – Alquiler de edificios del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, correspondiente al período 2014–2024. En este se evidencia la evolución del gasto ejecutado, el cual muestra un aumento sostenido a lo largo de los períodos analizados.

Gráfico 5

**HCG: evolución del gasto ejecutado por alquiler de edificios (partida 2102, 2014-2024)**



Fuente: Elaboración propia por medio de datos del Informe del Mayor Auxiliar de Asignaciones Presupuestarias SIIP del año 2014 al 2024.

El ciclo presupuestario mostró una trayectoria consistentemente ascendente, lo que confirma una creciente dependencia institucional del arrendamiento de inmuebles como mecanismo para solventar necesidades de infraestructura operativa.

El gasto pasó de ¢473,2 millones en 2014 a ¢1.207 millones en 2024, lo cual representa un crecimiento acumulado superior al 238% en diez años. Este incremento no es aislado: responde a un patrón sostenido de contratación de espacios externos ante la ausencia de inversión en infraestructura propia, el crecimiento de la demanda asistencial y la necesidad de ampliar servicios en plazos cortos.

Un elemento crítico de esta evolución es el aumento que se presentó entre 2023 y 2024, cuando el gasto se elevó de ¢767 millones a ¢1.207 millones, equivalente a un incremento del 57% en un solo año. Este comportamiento está asociado a la incorporación de dos nuevas edificaciones arrendadas, destinadas a

servicios sensibles como archivo, infectología y oftalmología cuya contratación fue el resultado de urgencias operativas y de la falta de espacios físicos dentro del centro hospitalario. Este aumento está vinculado a un punto de inflexión en la serie histórica, pues introduce un cambio estructural en la magnitud del gasto y en el nivel de compromiso financiero y presupuestario anual que el hospital debe sostener a futuro.

El gasto anual presenta una media de ¢633,34 millones y una mediana de ¢639 millones, valores muy similares entre sí que se incorporan con fines descriptivos para caracterizar el comportamiento de la serie. La proximidad entre ambas medidas de tendencia central sugiere que la distribución de los datos presenta baja asimetría lo que indica que los valores extremos no distorsionan significativamente la serie histórica, ante esto, dichos aumentos se han mantenido dentro de una trayectoria relativamente predecible.

No obstante, el valor observado en 2024 introduce una ruptura en este patrón, al constituir un incremento atípico dentro de la serie histórica. Este comportamiento puede interpretarse como un posible indicador de una decisión de infraestructura de carácter no planificado o bien como la señal inicial de una estrategia institucional más intensiva en el uso de infraestructura arrendada.

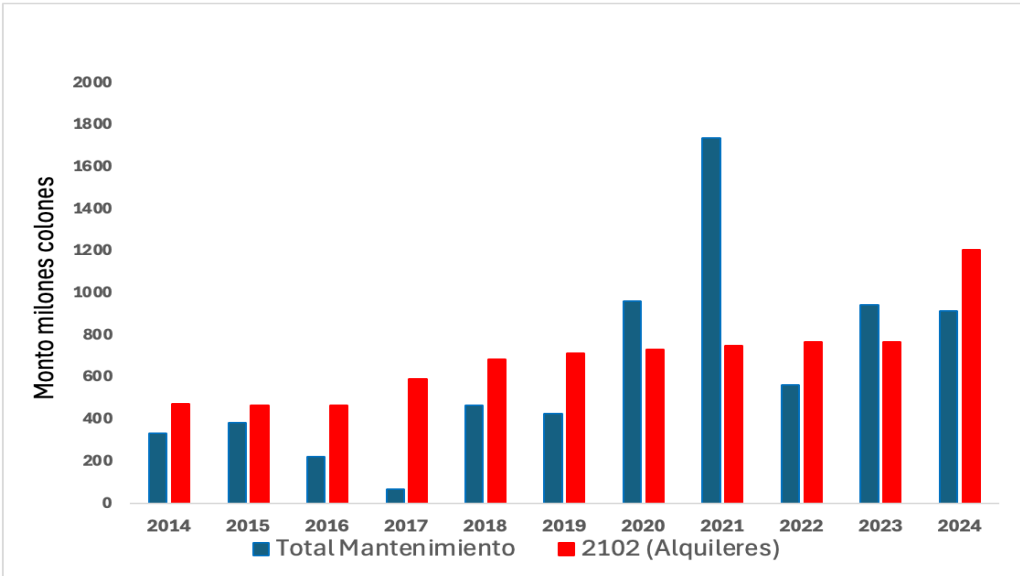
Asimismo, se identifican periodos de estancamiento e incluso reducción, como lo fue entre el 2014 y 2015, asociados a la no renovación de ciertos contratos. Sin embargo, estas variaciones no alteran la tendencia general, que permanece claramente ascendente. La estabilidad del crecimiento y la magnitud del gasto acumulado refuerzan la conclusión de que el arrendamiento se ha convertido en un gasto permanente dentro del presupuesto, este hallazgo es consistente con las percepciones recabadas en las entrevistas, las cuales se analizan con mayor detalle en el objetivo 3.

Por su parte, en el Gráfico 6 se presenta el análisis vertical comparativo según lo evidenciado, esta muestra diferencias estructurales en la asignación presupuestaria entre las partidas destinadas al mantenimiento de la infraestructura propia y la partida 2102 correspondiente al alquiler de edificios , permitiendo darle

seguimiento a la evolución del gasto presentada en cada una de las partidas durante el periodo 2014–2024.

Gráfico 6

**HCG: composición y evolución del gasto institucional asociado a infraestructura (análisis vertical, 2014 – 2024)**



Fuente: Elaboración propia por medio de datos del Informe del Mayor Auxiliar de Asignaciones Presupuestarias SIIP del año 2014 al 2024.

En términos absolutos, de la tasa de variación, el gasto en mantenimiento experimentó cambios más marcados que el gasto en alquileres. Entre 2014 y 2018, las partidas de mantenimiento mostraron una tendencia particular, con descensos significativos en 2016 y 2017. Alcanzando a representar apenas el 20,7% del valor base en el 2014, posterior a esto se dieron incrementos abruptos en 2018 (139,8%). Esta volatilidad evidenció intervenciones puntuales, ejecución condicionada por la disponibilidad presupuestaria y la atención de necesidades específicas de deterioro.

Este patrón cambió entre el 2020 y 2021, cuando las partidas de mantenimiento alcanzan índices del 288% y 520% respecto al año base, impulsados principalmente por obras de adecuación física derivadas de la pandemia por COVID-19 y por la necesidad de adaptar infraestructura propia para cumplir estándares de bioseguridad. Este crecimiento supera ampliamente el incremento

relativo de la partida 2102 en los mismos años (154% y 158%), lo que evidencia una presión temporal extraordinaria sobre la infraestructura institucional.

Sin embargo, en el análisis de largo plazo, la partida 2102 mantiene un crecimiento más estable y sostenido. El gasto relativo en alquileres pasa de 100% en 2014 a 255% en 2024, mostrando un aumento continuo y estructural, mientras que el mantenimiento presenta picos coyunturales que no se mantienen en el tiempo. A pesar del repunte de mantenimiento durante la pandemia, para 2022–2024 la relación vuelve a estabilizarse, y en 2024 el gasto relativo en alquileres supera nuevamente al de mantenimiento (274% vs. 255%).

Esto implica que, pese al aumento constante del gasto en mantenimiento y reparaciones, la inversión en infraestructura propia se ha mantenido prácticamente nula en el periodo analizado, lo cual sugiere una falta de planificación estratégica en materia de infraestructura hospitalaria.

El gasto acumulado en estas partidas a lo largo del periodo estudiado supera los diez mil millones en las partidas de mantenimiento, gastos que deben realizarse independientemente de la existencia de edificios arrendados. Esta cifra representa un reto financiero, pues equivale a la inversión necesaria para construir un módulo de consulta externa, una torre funcional o incluso la base financiera para iniciar un proyecto de fideicomiso de infraestructura.

De la evolución presupuestaria del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia en el periodo estudiado 2014–2024 se evidencia que los pagos por los edificios arrendados se han consolidado, como un gasto recurrente, al realizar la comparación del gasto destinado al mantenimiento de la infraestructura propia a cargo del hospital y el monto presupuestado a la partida 2102 – Alquiler de edificios evidencia una disyuntiva. Este diseño de doble gasto ha incrementado la rigidez presupuestaria del hospital, limitando la capacidad de que se pueda planificar a largo plazo, así como optar por inversiones estratégicas en infraestructura propia.

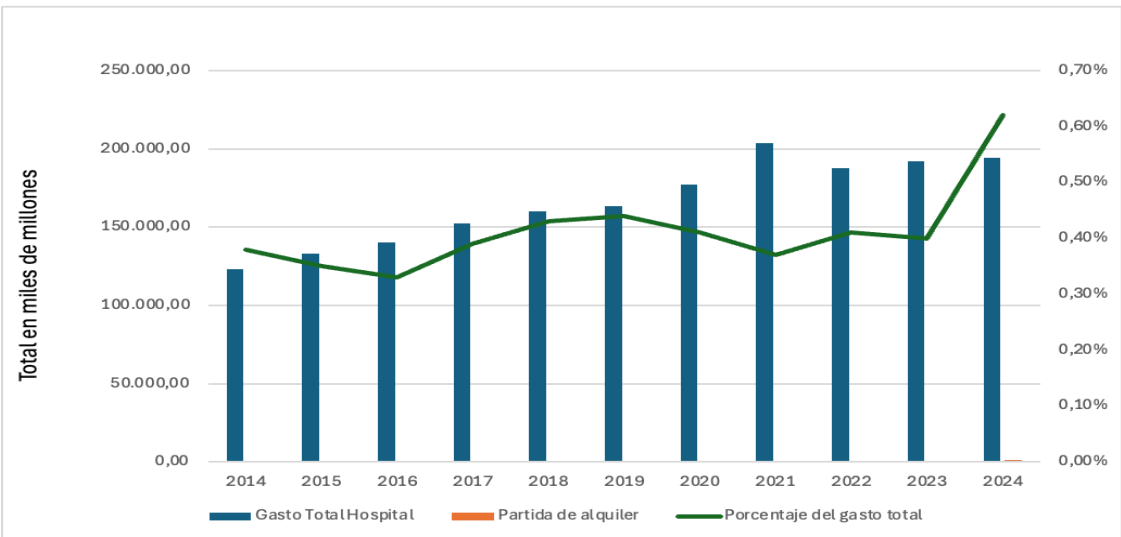
De los análisis financieros realizados a las diferentes partidas se evidencia que, durante el periodo 2014–2024, el gasto por concepto de alquiler de edificios (partida 2102) en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia presentó un crecimiento sostenido, pasando de aproximadamente ₡473,2 millones en 2014 a

₡1.207 millones en 2024, indicando un incremento acumulado superior al 238%, confirmando como el arrendamiento de infraestructura ha dejado de ser una solución extemporánea para convertirse en un componente permanente del presupuesto de la entidad.

Con el fin de ejemplificar el impacto del gasto en edificaciones arrendadas dentro de la estructura presupuestaria del HCG, se generó un análisis comparativo entre la ejecución de la partida 2102 sobre alquiler de edificios y el gasto total institucional durante el periodo 2014–2024. Esta dinámica permite identificar qué proporción del presupuesto hospitalario se destina al arrendamiento de infraestructura, lo cual resulta relevante para evaluar si dicho gasto representa una carga significativa dentro del presupuesto general o si, por el contrario, constituye un gasto secundario dentro del presupuesto asignado. A partir de esta relación es posible contextualizar el crecimiento observado en el gasto por alquileres y determinar su peso relativo dentro de la estructura financiera del hospital. El gráfico 7, muestra la evolución anual de esta proporción, permitiendo visualizar el comportamiento del gasto en arrendamiento en relación con el gasto total ejecutado por la entidad a lo largo del periodo analizado.

Gráfico 7

**HCG: comportamiento del alquiler de infraestructura hospitalaria y su incidencia en el gasto institucional (periodo 2014-2024)**



Fuente: Elaboración propia por medio de datos del Informe del Mayor Auxiliar de Asignaciones Presupuestarias SIIP del año 2014 al 2024.

Tal como se observa, el gasto destinado al alquiler de edificios representa una proporción relativamente pequeña dentro de la composición del gasto total del hospital durante el periodo analizado. Es por lo anterior, que la participación de la partida 2102 se mantiene por debajo del 1% del presupuesto ejecutado, variando entre el 0,33% y el 0,44% durante la mayor parte del periodo 2014–2023. Desde una perspectiva estrictamente presupuestaria, el arrendamiento de infraestructura no constituye uno de los rubros predominantes dentro del gasto institucional.

No obstante, en el año 2024 se observa un incremento en dicha proporción, alcanzando aproximadamente el 0,62% del gasto total, asociado al aumento significativo en los montos destinados a alquileres durante ese año. Si bien este porcentaje continúa siendo relativamente bajo en comparación con el volumen total del presupuesto hospitalario, esto evidencia la recurrencia dentro del gasto del HCG.

Al realizar el análisis presupuestario del HCG del 2014 al 2024 se puede evidenciar que se ha generado una transformación del modelo de gestión de la infraestructura, de los resultados obtenidos el arrendamiento se ha transformado de un mecanismo puntual a un componente estructural dentro del presupuesto.

Aunque su peso dentro del presupuesto es relativamente bajo, su recurrencia y su expansión sostenida sin una política clara de solución, evidencian que el arrendamiento se ha convertido en un mecanismo operativo expedito para resolver déficits de infraestructura en el corto plazo. Complementariamente, del análisis de las partidas vinculadas al mantenimiento de infraestructura propia muestra que estas presentan incrementos asociados principalmente a necesidades coyunturales de intervención, particularmente durante eventos extemporáneos.

De la dinámica presupuestaria se evidencia un esquema dual, dentro del cual la entidad debe asumir gastos asociados a su infraestructura propia actual y necesaria para brindar atención a los usuarios, así como los pagos recurrentes por el uso de infraestructura arrendada, como resultado, se configura un modelo de gestión que prioriza soluciones operativas de corto plazo frente a inversiones estructurales de largo plazo.

En consecuencia, los hallazgos del presente capítulo sugieren la necesidad de replantear las estrategias de financiamiento de infraestructura hospitalaria, explorando mecanismos con el fin de mejorar la sostenibilidad financiera y la capacidad de planificación institucional en el largo plazo.

La infraestructura propia presenta ventajas claras en términos de sostenibilidad financiera, control institucional sobre los activos y generación de patrimonio público, el uso de alquileres continúa siendo un mecanismo funcional y expedito en el corto plazo, particularmente en contextos de urgencia operativa, crecimiento acelerado de la demanda de servicios o limitaciones en la capacidad de inversión pública.

Esta situación evidencia la necesidad de avanzar hacia modelos intermedios de gestión de infraestructura, que permitan equilibrar la eficiencia financiera de largo plazo asociada a la construcción de infraestructura propia con la viabilidad operativa inmediata que ofrecen los esquemas de arrendamiento, especialmente en sistemas de salud que enfrentan presiones crecientes en términos de cobertura, demanda y disponibilidad de recursos para inversión en infraestructura hospitalaria.

### **3.3. Análisis de la Viabilidad de las APP, los Fideicomisos y el Financiamiento Público en el Contexto Nacional**

El análisis de los modelos o mecanismos de financiamiento, además de la revisión documental, incluyó la aplicación de veinticinco entrevistas estructuradas a funcionarios del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, realizadas entre agosto y octubre de 2025. Estas entrevistas estuvieron dirigidas a perfiles vinculados de la Dirección Administrativa Financiera y Subárea de presupuesto, personal del Área de Gestión de Ingeniería y Mantenimiento además de profesionales responsables de los procesos de alquiler y ejecución contractual. El objetivo de esto fue obtener información complementaria sobre la planificación de espacios, la percepción de los actores en los procesos de alquiler, las limitaciones presupuestarias y la valoración institucional de alternativas de financiamiento como las APP, los fideicomisos u otros mecanismos disponibles.

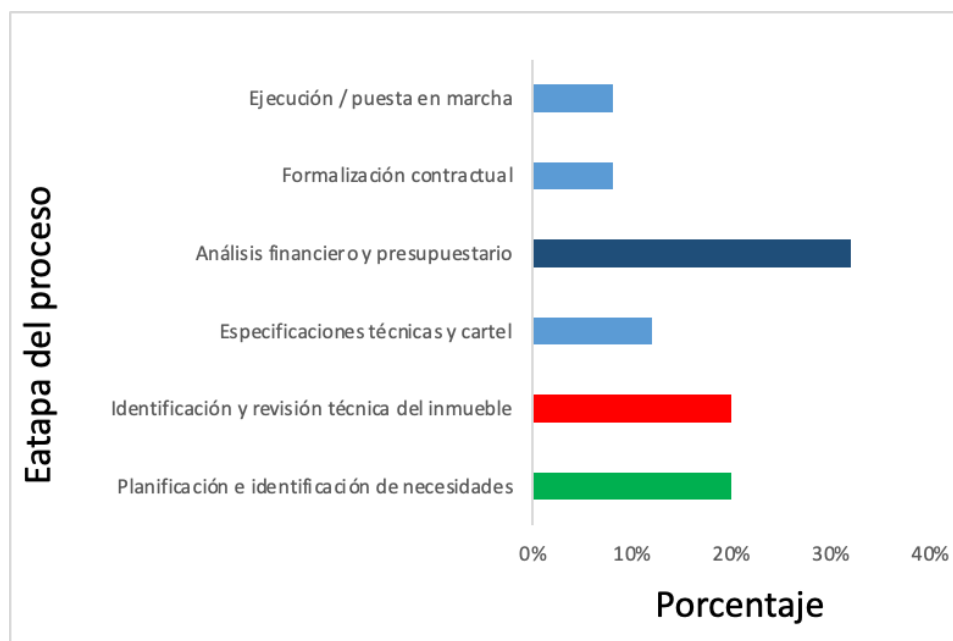
En este capítulo se presenta el desarrollo del objetivo 3, correspondiente al análisis de los mecanismos de financiamiento de infraestructura hospitalaria, en relación con las entrevistas realizadas a profesionales vinculados con la gestión operativa y administrativa del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, las entrevistas a los profesionales permitieron identificar un conjunto de hallazgos que ponen en evidencia la situación estructural y los desafíos de fondo en torno a la infraestructura hospitalaria, a partir de estas entrevistas se determinó que existen dificultades relevantes en la toma de decisiones sobre el alquiler de inmuebles, en los criterios utilizados para su selección, en los procesos de planificación aplicados y en las limitaciones presupuestarias señaladas por los profesionales, así como en la escasa disponibilidad de alternativas para atender esta necesidad.

En este contexto, se realizaron para establecer una línea base que oriente la implementación o mejora de modelos de gestión y financiamiento en el sistema de salud costarricense, a partir de la percepción de los entrevistados sobre la etapa principal del proceso de alquiler y los desafíos estructurales que enfrenta el HCG en materia de infraestructura y financiamiento.

De la variable analizada que corresponde a la percepción de los funcionarios sobre la etapa principal del proceso de alquiler de instalaciones para servicios de salud, se presenta el gráfico 8, el cual evidencia que el elemento predominante en las entrevistas es el análisis financiero y presupuestario como factor determinante en la toma de decisiones relacionadas con el alquiler de inmuebles para la prestación de servicios de salud, más que la planificación institucional como eje rector del proceso.

Gráfico 8

**HCG: Identificación de la etapa más importante del proceso de alquiler (según percepción)**



Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas a profesionales, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, octubre 2025.

De las percepciones obtenidas, el 20% de las respuestas identifica la planificación e identificación de necesidades como la etapa principal del proceso, mientras que otro 20% señala la identificación y revisión técnica del inmueble, lo que refleja una comprensión dividida del ciclo de decisión. No obstante, resulta significativo citar que el 32% de los profesionales entrevistados ubican el análisis financiero y presupuestario como etapa principal proceso, lo cual sugiere que las decisiones de alquiler se adoptan predominantemente a partir de restricciones presupuestarias inmediatas, más que desde una lógica de planificación estratégica de largo plazo.

Por otra parte, etapas como la elaboración de especificaciones técnicas y el cartel (12%), la formalización contractual (8%) y la ejecución o puesta en marcha (8%) presentan una menor ponderación relativa, lo que refuerza la percepción de que el proceso se caracteriza por respuestas reactivas ante urgencias coyunturales, antes que por diagnósticos técnicos integrales.

En la práctica, esta dinámica ha derivado en un patrón de comportamiento en el cual el alquiler se consolida como el mecanismo más inmediato para atender la saturación o la falta de espacio físico, debilitando la capacidad de anticipación y limitando la posibilidad de orientar los recursos públicos hacia otro tipo de proyectos de infraestructura.

Uno de los elementos más reiterados en las entrevistas es la debilidad en la planificación institucional, la dependencia del alquiler de inmuebles tiene su origen en la ausencia de una visión a largo plazo o en la falta de estudios técnicos integrales previos a la toma de decisiones. Se trata, según la percepción compartida de estos, de un proceso marcado por la improvisación, donde las decisiones responden a urgencias coyunturales más que a diagnósticos estructurados.

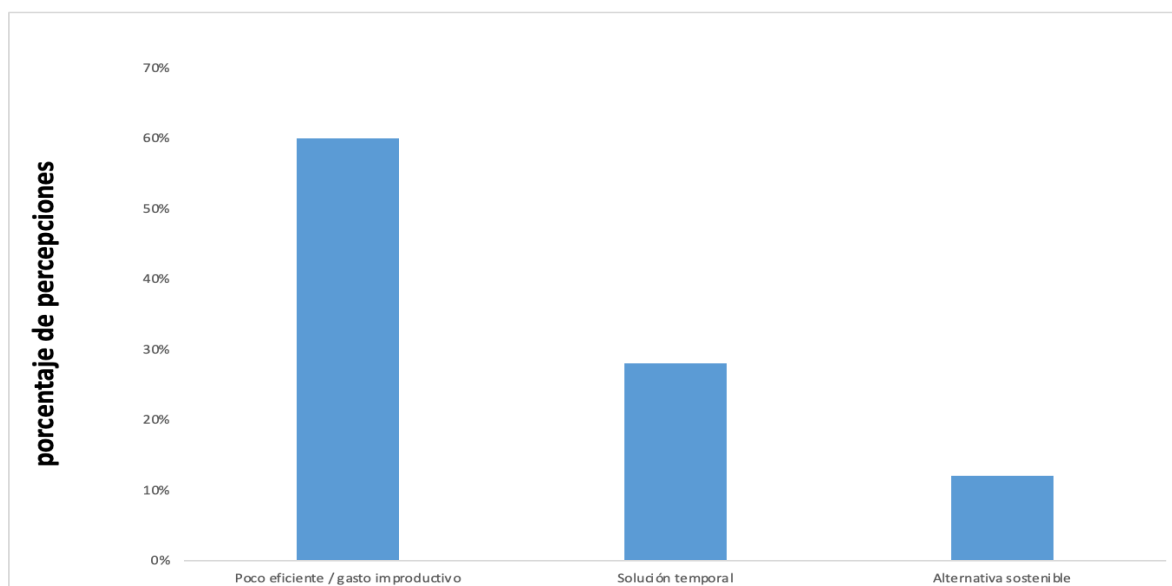
En la práctica, la planificación no se percibe como una fase estratégica, sino como una respuesta administrativa, que ha derivado en un patrón de comportamiento institucional, transformando el alquiler de infraestructura en el método más inmediato para resolver las necesidades urgentes de la demanda asistencial.

En los modelos internacionales analizados, particularmente en Brasil y Chile, la planificación constituye una etapa previa obligatoria dentro del ciclo de los proyectos de Alianza Público-Privada (APP). En esos países, cada iniciativa debe pasar por un estudio de prefactibilidad y factibilidad técnica, económica, social y ambiental antes de ser aprobada. Esta práctica asegura la relación entre la necesidad de infraestructura y qué tan sostenible será la inversión, lo cual contrasta con la dinámica costarricense, más sujeta a decisiones inmediatas y de corto plazo.

En el Gráfico 9, se presenta la eficiencia sobre el alquiler de infraestructura médica en el HCG. Se logra identificar la valoración que realizan los actores directamente vinculados con la gestión administrativa, financiero y operativo del hospital sobre el uso del alquiler como mecanismo para atender las necesidades de infraestructura en el ámbito de los servicios de salud.

Gráfico 9

### HCG: percepción profesional sobre eficiencia del proceso de alquiler de infraestructura medica



Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas a profesionales, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, octubre 2025.

De acuerdo con los resultados del gráfico, esta evidencia una percepción institucional ampliamente compartida sobre el carácter del gasto en alquileres. Para el 60% de los entrevistados, el alquiler de infraestructura es valorado como poco eficiente o ineficiente, al considerarse un gasto improductivo, rígido y sin retorno económico. La mayoría coincide en que los recursos presupuestarios destinados al pago de arrendamientos no generan valor agregado ni fortalecen el patrimonio institucional, ya que se limitan a cubrir una necesidad temporal sin derivar en la creación de activos infraestructurales.

Esta visión se refuerza por la forma en que el alquiler se clasifica contablemente como gasto, lo que impide su transformación en inversión, los participantes de la entrevista señalaron que este enfoque presupuestario no incentiva la eficiencia ni la innovación en infraestructura, ya que cada renovación de contrato implica una continuidad del gasto sin beneficios; en contraste con México y Chile, los esquemas APP permiten transformar ese gasto corriente en pagos por disponibilidad, en los que el Estado reconoce el uso de infraestructura y servicios

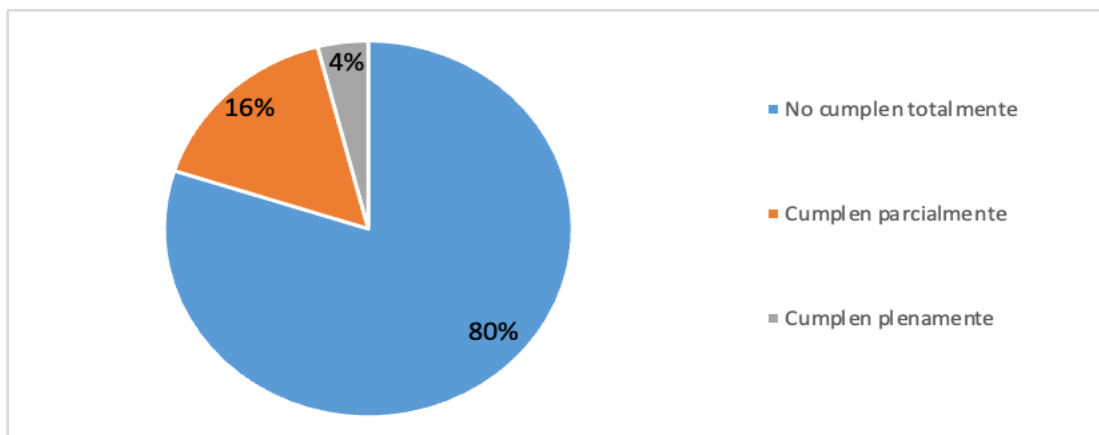
como parte de una inversión a largo plazo, esta lógica convierte la relación contractual en una herramienta de desarrollo institucional, al tiempo que permite por parte del Estado un control sobre los niveles de desempeño del operador privado.

Por otro lado, los entrevistados mencionan que la utilización del sistema de alquileres es funcional, pero de manera temporal, dado que según lo mencionado mantenerlos podría afectar las finanzas a largo plazo.

En relación con el análisis del cumplimiento normativo de los inmuebles arrendados, el Gráfico 10 reúne la percepción de los profesionales entrevistados sobre las condiciones técnicas y funcionales de estos espacios, en comparación con la infraestructura hospitalaria propia. Este análisis permite valorar en qué medida los inmuebles alquilados responden a los estándares requeridos para la prestación de servicios de salud y constituye un insumo clave para identificar limitaciones estructurales asociadas al modelo de alquiler utilizado por el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.

Gráfico 10

#### HCG: grado de cumplimiento normativo de los inmuebles alquilados



Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas a profesionales, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, 2025.

Uno de los hallazgos con mayor nivel de coincidencia, es que estas infraestructuras presentan deficiencias técnicas y el 80% de los entrevistados mencionaron que los espacios utilizados, no cumplen con las normas de arquitectura hospitalaria, ni los requisitos de bioseguridad, además de que los

estándares de calidad estructural actualmente exigen que la atención médica sea moderna y de vanguardia, por lo tanto las áreas adaptadas suelen presentar limitaciones en ventilación, distribución arquitectónica, accesibilidad y condiciones ambientales, aspectos que inciden directamente en la calidad del servicio brindado, así como en la comodidad de los pacientes, usuarios y trabajadores.

Los entrevistados resaltaron que estos espacios arrendados tuvieron que ser sometidos a readecuaciones periódicas, además de una posible pérdida de eficiencia funcional por la dispersión de los servicios. Estas adaptaciones, además de ser onerosas, no resuelven los problemas de fondo, pues los inmuebles alquilados no fueron diseñados originalmente para fines hospitalarios.

Por el contrario, los modelos de APP implementados en Chile incorporan estándares técnicos y normativos desde la etapa de diseño. Cada proyecto debe cumplir con especificaciones arquitectónicas, normativas sanitarias y criterios de sostenibilidad definidos por el Ministerio de Obras Públicas y el Ministerio de Salud. Esta planificación anticipada garantiza la funcionalidad de los espacios y reduce los costos por ajustes posteriores, evidenciando una diferencia sustantiva respecto al modelo costarricense.

Del análisis de las entrevistas se obtiene la tabla 2, en la cual se sistematizan las consecuencias positivas o negativas percibidas por los profesionales en cuanto a gasto institucional en alquiler de las instalaciones para servicios de salud, los participantes señalaron que el impacto del modelo de alquiler se manifiesta con especial claridad en los ámbitos financiero, operativo e institucional, las respuestas evidencian que, si bien el alquiler presenta algunas ventajas de carácter inmediato, predominan ampliamente las consecuencias negativas cuando este esquema se prolonga en el tiempo.

Tabla 2.

**Percepción de las consecuencias del gasto institucional en alquiler de instalaciones para la prestación de servicios de salud**

|                     | Positivas                                                                                                                                                                    | Negativas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Financiera          | Permite disponer de un espacio sin necesidad de una inversión inicial de gran escala.<br>Puede resolver necesidades inmediatas cuando existen restricciones presupuestarias. | - Erogación anual millonaria que no genera patrimonio.<br>Contratos largos y costosos, con rentas en constante alza.<br>Pérdida de capacidad presupuestaria para emergencias o inversión estratégica.<br>Gasto duplicado (alquiler + multas o reparaciones).<br>"Dinero perdido" sin retorno tangible ni físico.                                                             |
| operativa           | Rapidez en la obtención de espacios.<br>Alternativa expedita cuando la infraestructura propia es insuficiente.<br>Flexibilidad para resolver necesidades coyunturales.       | Ubicación geográfica desfavorable o dispersa (distanciamiento del cuadrante hospitalario, servicios fragmentados en distintos puntos).<br>Logística operativa afectada por condiciones del inmueble.<br>Falta de estandarización entre instalaciones alquiladas.<br>Resistencia de arrendadores a cambios o mejoras.                                                         |
| Atención al usuario | - Garantiza continuidad del servicio y acceso rápido a la atención.                                                                                                          | Instalaciones no aptas, adaptadas pero no diseñadas para uso médico.<br>Falta de cumplimiento normativo (ley 7600, código sísmico, eléctrico, etc.).<br>Quejas y denuncias constantes de pacientes.<br>Riesgos sanitarios y órdenes del Ministerio de Salud.<br>Dispersión de servicios afecta integralidad de la atención.<br>Baja calidad percibida en la infraestructura. |

Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas a profesionales, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, 2025.

De acuerdo con el 72% de los entrevistados, el gasto en alquiler genera altos costos anuales, los cuales superaron los ₡1.200 millones en el año 2024, sin que ello se traduzca en la generación de patrimonio institucional. Asimismo, se identificó una dispersión de los servicios en distintos edificios alquilados ubicados en los alrededores del distrito del Carmen, situación que limita la gestión de la salud pública y produce un impacto directo en la eficiencia operativa del hospital, tal como se detalla en el apartado de consecuencias negativas de la tabla.

Desde el punto de vista operativo, se muestra que los entrevistados reconocen como aspecto positivo la rapidez en la obtención de espacios, lo cual permite atender necesidades inmediatas de prestación de servicios. No obstante, esta ventaja se ve contrarrestada por múltiples efectos adversos, entre ellos: la fragmentación de los servicios, dificultades en la coordinación interdepartamental, incremento en los tiempos de traslado de pacientes, insumos y personal, así como un aumento de la carga logística y administrativa derivada de la dispersión física de los equipos de trabajo.

En cuanto a la atención al usuario, la tabla evidencia que, aunque el alquiler garantiza la continuidad del servicio, muchas instalaciones no cumplen con los

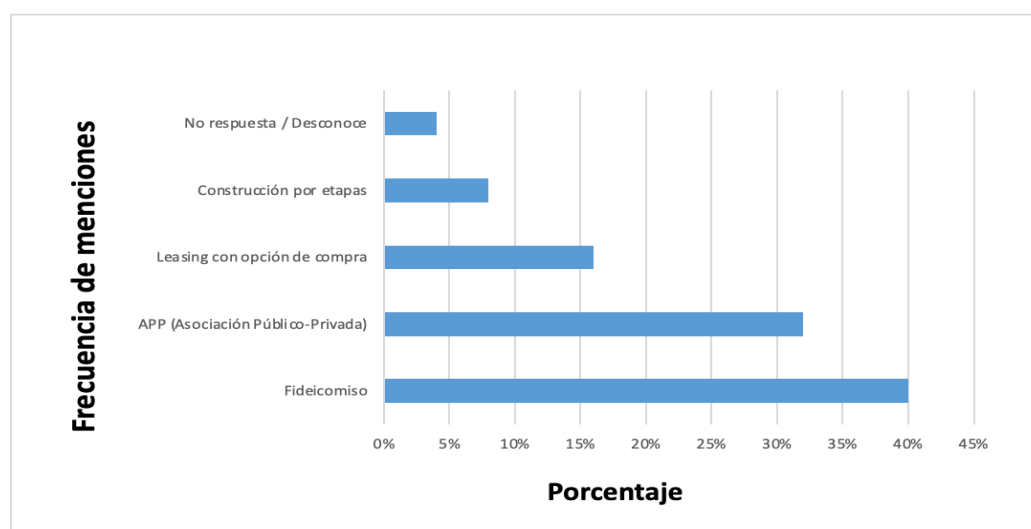
requisitos técnicos y normativos necesarios para una atención óptima, lo que ha generado quejas, denuncias y órdenes sanitarias por parte de las autoridades competentes. Esta situación afecta la integralidad y la calidad percibida de la atención, reforzando la valoración negativa del esquema de arrendamiento.

En contraste, experiencias internacionales como las de Brasil y Chile muestran que los proyectos hospitalarios desarrollados mediante Alianzas Público-Privadas (APP) tienden a integrar los servicios en entornos hospitalarios unificados, lo que permite optimizar la atención, mejorar la comunicación entre unidades médicas y aprovechar economías de escala, reduciendo muchas de las limitaciones señaladas para el caso del alquiler.

Esta tendencia puede observarse con mayor claridad en el Gráfico 11, del cual se identificó una disposición generalizada a explorar alternativas de financiamiento y gestión. Un 64% de los participantes propuso mecanismos como fideicomisos, esquemas de leasing con opción de compra o modelos de asociaciones público-privadas (APP), los cuales son percibidos como alternativas que permiten superar la rigidez del esquema de alquiler tradicional.

Gráfico 11

### HCG: alternativas estratégicas de inversión en infraestructura hospitalaria



Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas a profesionales, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, 2025.

Esta opinión de las personas entrevistadas refleja una mayor apertura de otras opciones institucionales hacia la innovación financiera y el reconocimiento de que la actual dependencia de arrendamientos no es sostenible en el tiempo según lo expuesto por los colaboradores. Los participantes identificaron la posibilidad de combinar capital público y privado para desarrollar proyectos hospitalarios más integrales, con responsabilidad compartida y objetivos definidos y de largo plazo.

En los modelos observados en Chile y México, esta forma de financiamiento mixto ha sido clave para expandir la infraestructura sanitaria sin comprometer la estabilidad fiscal. Estas experiencias demuestran que los marcos normativos adecuados permiten canalizar la inversión privada bajo esquemas controlados, orientados al servicio público.

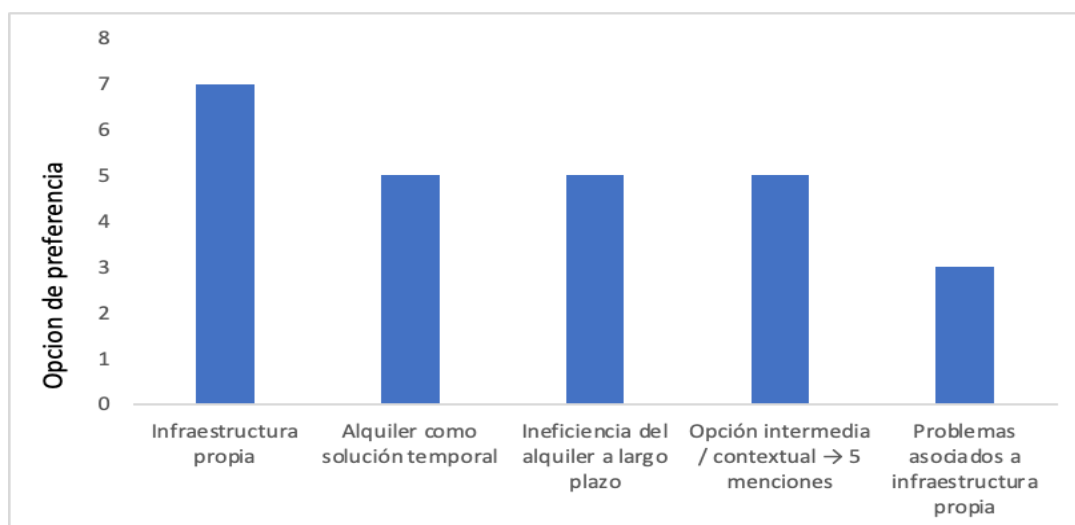
Un aspecto reiterado en las respuestas fue la falta de una política nacional o institucional en materia de infraestructura hospitalaria. El 56% de los entrevistados considera que, no existe una estrategia centralizada ni un ente técnico que coordine la planificación, priorización y ejecución de proyectos dentro del sistema institucional, lo cual genera cierta incertidumbre en el tema, mostrando una gestión dispersa, dependiente de la iniciativa de cada hospital o área de salud, sin una visión integral que articule necesidades, plazos y recursos.

Esta ausencia de supervisión técnica genera una brecha de gobernanza en la toma de decisiones, pues los proyectos de infraestructura dependen de procesos administrativos complejos y no siempre homogéneos. En Brasil, por ejemplo, existe una Unidad de APP en el sector salud, responsable de estandarizar procesos, evaluar proyectos y coordinar la ejecución con el BNDES; en Chile, el Ministerio de Obras Públicas, a través de la Dirección General de Concesiones, cumple un rol similar, asegurando continuidad técnica y control. En contraste, Costa Rica carece de una instancia especializada con esa capacidad de articulación.

El Gráfico 12 presenta la opinión de los entrevistados respecto a la valoración de la alternativa de alquilar instalaciones frente a invertir en infraestructura propia, en términos de eficiencia en el uso de los recursos institucionales.

Gráfico 12

**HCG: alquiler de instalaciones versus invertir en infraestructura propia, percepción del uso de recursos**



Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas a profesionales, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, 2025.

El punto más debatido entre los entrevistados fue el dilema entre invertir en infraestructura propia o continuar con el esquema de alquileres. Los resultados muestran una división clara de opiniones, sin obtener una posición dominante.

Dentro de los entrevistados un 28% se inclinan claramente por la infraestructura propia, siendo esta considerada como la opción que otorga mayor estabilidad, autonomía operativa y se logra generar patrimonio institucional. No obstante, un 20% de los entrevistados, valora el alquiler como una solución temporal, particularmente efectiva ante situaciones de urgencia operativa y restricciones inmediatas de espacio físico, lo que permite atender de forma expedita necesidades no previstas dentro de la planificación institucional.

De forma complementaria, otro 20% de las respuestas identifica al alquiler como una alternativa ineficiente a largo plazo, señalando que se trata de un gasto rígido que no genera valor agregado ni sostenibilidad financiera. Asimismo, un 20% de los participantes adopta una posición intermedia o contextual, reconociendo que ambas opciones, el alquiler y la construcción de infraestructura propia resultan necesarias dentro de la gestión institucional, dependiendo del contexto, la

disponibilidad presupuestaria y los objetivos planteados, lo cual evidencia una lógica de complementariedad más que de sustitución entre ambos mecanismos.

Finalmente, un 12% de las respuestas destaca que la infraestructura propia también presenta desafíos, especialmente en lo relativo a los costos de mantenimiento, la complejidad administrativa y los tiempos prolongados de ejecución de los proyectos, lo que introduce elementos de riesgo y rigidez en su implementación.

Más allá de la diversidad de opiniones, la dispersión observada en los criterios de decisión de los entrevistados sugiere la ausencia de un enfoque institucional unificado para la gestión de infraestructura hospitalaria. Esta heterogeneidad no responde a un modelo estratégico integral de la entidad, sino a la coexistencia de criterios diferenciados, que influyen de manera distinta en la toma de decisiones dentro de la CCSS.

En conjunto, estos resultados reflejan la falta de política institucional que ante casos de urgencia, impulsa el uso del alquiler como respuesta inmediata, esta dinámica evidencia no solo una limitación en la capacidad de anticipación de la entidad, sino también la necesidad de explorar mecanismos que permitan articular ambas dimensiones. En este sentido, la evidencia internacional muestra que países como Brasil, México y Chile han enfrentado dilemas similares, resolviéndolos mediante contratos de largo plazo con esquemas de riesgo compartido entre el sector público y el privado, como las APP.

La tabla 3 presenta el análisis de las entrevistas realizadas a profesionales, con el propósito de identificar sus percepciones sobre los modelos de gestión actualmente aplicados en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.

Tabla 3

### HCG: Resultado de análisis de entrevista a profesionales sobre el alquiler de infraestructura hospitalaria

| <i>Categoría de análisis</i>                         | <i>Hallazgo</i>                                                                                                       | <i>Tendencia en respuestas</i>                                                                                                                                                    | <i>Interpretación analítica</i>                                             | <i>Relación con modelos internacionales</i>                                         |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Planificación y etapa crítica del proceso</b>     | La planificación inadecuada origina la dependencia del alquiler.                                                      | 68% menciona deficiencia en planificación inicial o falta de visión a largo plazo.                                                                                                | El alquiler surge como respuesta reactiva, no como decisión estratégica.    | En Brasil y Chile la planificación es fase obligatoria antes de la APP.             |
| <b>Condición técnica de los inmuebles alquilados</b> | Casi todos los inmuebles alquilados no cumplen con normas de salud o arquitectura hospitalaria.                       | 80% de los entrevistados lo afirma.                                                                                                                                               | Se genera un costo oculto en readecuaciones y pérdida de funcionalidad.     | En Chile los contratos APP exigen estándares técnicos desde el diseño.              |
| <b>Percepción sobre el gasto en alquileres</b>       | Se percibe como un “gasto improductivo y rígido” que limita inversión estratégica.                                    | 20% califica el alquiler como una pérdida económica o gasto sin retorno.                                                                                                          | Coincide con la visión contable de “gasto corriente” y no inversión.        | México y Chile convierten ese gasto en inversión mediante pagos por disponibilidad. |
| <b>Consecuencias institucionales</b>                 | Altos costos anuales (> \$1.200 millones) y dispersión de servicios médicos.                                          | 88% cita el impacto negativo en eficiencia operativa.                                                                                                                             | Fragmentación de servicios afecta continuidad de la atención y logística.   | Brasil y Chile integran servicios en campus hospitalarios APP.                      |
| <b>Propuestas de mejora</b>                          | Implementar fideicomisos, APP o leasing con opción de compra.                                                         | 64% propone alternativas mixtas de financiamiento.                                                                                                                                | Muestra disposición a nuevos modelos de gestión de infraestructura.         | Coincide con los esquemas de financiamiento compartido en Chile y México.           |
| <b>Responsabilidad institucional</b>                 | Percepción de falta de una política nacional de infraestructura en salud.                                             | 56% considera que no hay una estrategia centralizada.                                                                                                                             | Reitera necesidad de una ley o ente técnico especializado.                  | Brasil tiene la Unidad de APP en Salud y Chile el MOP-Concesiones.                  |
| <b>Aspecto más debatido</b>                          | ¿Invertir o alquilar? Mayoría aboga por inversión propia, aunque reconocen la lentitud de los procesos de aprobación. | 28% Predomina una valoración favorable hacia la infraestructura propia, aunque persisten posiciones que reconocen el alquiler como una medida en contextos de urgencia operativa. | Refleja conflicto entre sostenibilidad presupuestaria y urgencia operativa. | Los modelos APP equilibran ambas condiciones mediante riesgo compartido.            |

Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas a profesionales, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, 2025.

Por otra parte, del análisis de mecanismos de financiamiento se tiene el Fideicomiso Inmobiliario CCSS–BCR 2017, que representa una experiencia totalmente nueva dentro del sistema costarricense de salud pública. Esta figura se estableció como una modalidad relevante para la ejecución de infraestructura hospitalaria, al plantear una manera distinta de ejecutar proyectos, más allá del sistema tradicional de contratación pública este se incorporó un sistema financiero, administrativo y legal diferente al tradicional. Este análisis permite comprender cómo un instrumento de naturaleza jurídica privada es aplicado a una entidad pública como la CCSS, al convertirse en un método de inversión multianual con mayor agilidad, autonomía operativa y sostenibilidad presupuestaria.

Este fideicomiso fue formalizado el 15 de mayo de 2017 entre la Caja CCSS, en calidad de fideicomitente, y el Banco de Costa Rica (BCR), en calidad de fiduciario. Su objeto contractual, según el documento oficial publicado por la CCSS, es “la construcción, equipamiento y entrega de infraestructura física destinada a la prestación de servicios de salud y apoyo administrativo en beneficio del sistema de seguridad social costarricense”. (página.7). Para ello, se constituyó un patrimonio autónomo, separado del patrimonio institucional de ambas entidades, con el propósito de desarrollar, administrar y ejecutar los recursos necesarios sin las limitaciones derivadas del ciclo presupuestario ordinario.

En términos estructurales, el fideicomiso está constituido por un portafolio de 53 proyectos, entre los cuales se incluyen 30 áreas de salud, 18 sucursales administrativas, 4 direcciones regionales, un centro logístico nacional y un laboratorio farmacéutico. La creación de este patrimonio autónomo permite que los fondos de la CCSS sean gestionados directamente por el fiduciario, que debe actuar como responsable de la contratación, licitación, construcción y supervisión técnica de las obras. Esta figura implica que, a diferencia de la ejecución presupuestaria tradicional, se otorgue continuidad por varios años, brindando una mayor capacidad de gestión de contrataciones, y un flujo financiero más predecible.

El Banco de Costa Rica, en su calidad de fiduciario, debe administrar los recursos, seleccionar a los contratistas y supervisar la ejecución conforme a los términos definidos por el contrato. La CCSS, como beneficiaria, mantiene la

supervisión técnica y estratégica sobre los proyectos, definiendo las prioridades de la institución en materia de infraestructura y especificaciones técnicas de los servicios, mientras el fiduciario garantiza el cumplimiento financiero y contractual.

Esta separación de funciones permite una distribución más eficiente de responsabilidades, al tiempo que introduce mecanismos de control cruzado entre la entidad pública y el fiduciario estatal en cumplimiento de sus responsabilidades legales adquiridas.

La implementación del fideicomiso no ha estado exenta de dificultades, de acuerdo con informes de seguimiento de la Contraloría General de la República (CGR), particularmente el Informe DFOE-BIS-AID-00006-2024, la ejecución de los proyectos se ha caracterizado por avances parciales y retrasos en etapas críticas. Al cierre de 2024, los datos del informe mostraban que aproximadamente un 17 % de las obras se encontraban en construcción, un 30 % en fase de diseño o permisos, un 20 % en adquisición de terrenos y el 33 % restante en etapas preliminares de planificación.

El objetivo del fideicomiso CCSS-BCR/2017, era aumentar la capacidad instalada de la institución mediante el desarrollo de 53 obras de infraestructura prioritaria, que incluyen sedes de áreas de salud, sucursales, direcciones regionales, un centro de almacenamiento y laboratorios. La distribución y alcance de estas obras, presentadas en la Figura 1, evidencian el carácter estratégico de esta iniciativa para el fortalecimiento de la red institucional y la mejora en la prestación de servicios.

Figura 1

**Cantidad de obras según su nivel de avance en las etapas del ciclo de vida del Fideicomiso Inmobiliario CCSS–BCR, (periodo al 2024)**



Fuente: Informe DFOE-BIS-IAD-00006-2024 (CGR,2024).

Este panorama evidencia un proceso de consolidación progresiva, donde los retos principales no radican en la disponibilidad de recursos, sino en la coordinación de las tareas de ambas instituciones, los procedimientos de contratación y la gestión de riesgos técnicos y legales.

La CGR destacó además que el fideicomiso cumple “parcialmente con el marco técnico y normativo aplicable”, identificando como áreas de mejora la planificación de la inversión, la oportunidad en la formulación de proyectos y la definición de un modelo sostenible para la operación y mantenimiento de la infraestructura construida. En respuesta, la Junta Directiva de la CCSS dispuso prorrogar el fideicomiso por un periodo adicional de siete años, extendiendo su vigencia hasta 2031, con el fin de completar el portafolio total de obras previstas. Esta decisión refleja tanto el reconocimiento institucional de la utilidad del mecanismo, como la necesidad de fortalecer su estructura de gobernanza.

Desde el punto de vista financiero y operativo, el fideicomiso ofrece ventajas significativas. La principal es su capacidad para desvincular la ejecución de

proyectos del ciclo presupuestario anual de la entidad, permitiendo la planificación a largo plazo, dado que se amplió la vigencia de este fideicomiso hasta el año 2031, para mantener un flujo continuo de recursos. Además, el carácter de patrimonio autónomo protege los fondos destinados a los proyectos, evitando su destinación o reprogramación a otras necesidades institucionales o proyectos. Este principio de autonomía financiera se complementa con la transparencia que compone a la figura fiduciaria, ya que las contrataciones y pagos deben documentarse y auditarse conforme a los procedimientos establecidos por el Banco de Costa Rica y los órganos de control público.

Otro atributo relevante del fideicomiso es la separación de funciones administrativas. Mientras el fiduciario gestiona los aspectos financieros y contractuales, la CCSS mantiene la supervisión técnica, sanitaria y funcional de acuerdo con sus intereses. Esta dualidad introduce un equilibrio entre eficiencia operativa y control institucional, reduciendo los riesgos asociados a la gestión directa de obras complejas. Adicionalmente, el fideicomiso permite la participación de profesionales especializados y empresas constructoras bajo criterios de licitación privada supervisada, lo cual agiliza la toma de decisiones y la ejecución.

No obstante, este modelo también presenta retos muy puntuales. La falta de una estructura de gobernanza claramente definida, la multiplicidad de actores intervinientes y la burocracia interna de la CCSS han limitado la velocidad de ejecución esperada. Adicionalmente, la ausencia de un sistema consolidado para la evaluación de resultados, control de riesgos y medición de desempeño del fiduciario, ha generado vacíos en la rendición de cuentas y en la trazabilidad de los avances. La CGR solicitó a la entidad establecer un modelo formal de recepción, operación y mantenimiento de las obras finalizadas, con fecha límite al 30 de abril de 2025, como requisito indispensable para garantizar la sostenibilidad del programa inmobiliario, lo que permitió que este se extendiera 7 años más.

A pesar de los desafíos presentados, el Fideicomiso Inmobiliario CCSS–BCR 2017 ha permitido modernizar la gestión de proyectos institucionales, ampliando las capacidades de ejecución y atrayendo una visión más técnica hacia la planificación de la infraestructura sanitaria. La existencia de este programa evidencia una

transición hacia modelos de inversión más integrados y profesionalizados dentro del sistema público costarricense.

En este contexto, se puede definir que el análisis del objetivo permite concluir que el fideicomiso se configura como una herramienta de financiamiento potencialmente aplicable en el contexto nacional, al ofrecer flexibilidad administrativa, previsibilidad financiera y autonomía operativa. No obstante, para su plena consolidación requiere fortalecer sus mecanismos de control, gobernanza y evaluación de desempeño, de este análisis se obtiene la tabla 4 que referencia la caracterización del Fideicomiso Inmobiliario CCSS–BCR 2017, una descripción más detallada de sus componentes puede consultarse en el Anexo 3.

Tabla 4

**Costa Rica; caracterización del Fideicomiso Inmobiliario CCSS-BCR 2017, (periodo al 2024)**

| <b>Categoría</b>                      | <b>Descripción sintética</b>                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Denominación oficial</b>           | Fideicomiso Inmobiliario CCSS–BCR 2017                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Fecha de suscripción</b>           | 15 de mayo de 2017                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Vigencia</b>                       | 2017–2027 (prorrogado en 2024 hasta 2031)                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Objeto</b>                         | Desarrollar infraestructura y equipamiento médico-administrativo para fortalecer la red de servicios de la CCSS.                                                                                                                           |
| <b>Portafolio de proyectos</b>        | 53 obras: 30 Áreas de Salud, 18 Sucursales, 4 Direcciones Regionales, 1 Centro Logístico, 1 Laboratorio Farmacéutico.                                                                                                                      |
| <b>Gobernanza</b>                     | CCSS: Junta Directiva, Comité Ejecutivo, Gerencia de Infraestructura (GIT), Unidad Técnica Contraparte (UTC), Comisión de Puesta en Marcha. BCR: Unidad Administradora de Proyectos (UAP) y Comité de Vigilancia (CCSS–BCR–independiente). |
| <b>Funciones del fiduciario (BCR)</b> | Administración financiera, licitaciones, ejecución contractual y supervisión integral.                                                                                                                                                     |

|                                              |                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Funciones de la CCSS (fideicomitente)</b> | Definición de prioridades, especificaciones técnicas, seguimiento técnico y recepción de obras.                                                                                                                                            |
| <b>Avance físico-financiero (2024)</b>       | 17% en construcción; 30% en diseño/permisos; 20% adquisición de terrenos; 33% planificación/estudios.                                                                                                                                      |
| <b>Limitaciones</b>                          | Lentitud en planificación y permisos; gobernanza débil; falta de indicadores; ausencia de modelo integral de mantenimiento y sostenibilidad.                                                                                               |
| <b>Impactos y afectaciones</b>               | Faltante estimado de USD 137,1 millones (UTC, 2019). Suspensión del portafolio (JD 2023) afectó costo-plazo-calidad: 43 de 53 obras con afectación alta (UAP-BCR, 2023). Alquileres prolongados para oficinas: ₡51.683.487/mes (sep-2024). |

Fuente: Elaboración propia con base en Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Fideicomiso Inmobiliario CCSS-BCR 2017.

A partir del análisis del fideicomiso como mecanismo de financiamiento y ejecución de infraestructura hospitalaria, resulta necesario situar estos instrumentos dentro del marco jurídico que regula la contratación pública en Costa Rica. La viabilidad, alcance y desempeño de mecanismos como los fideicomisos o las alianzas público-privadas no pueden analizarse de forma aislada, sino en función de las disposiciones normativas que condicionan su diseño, implementación y control. En este sentido, la Ley General de Contratación Pública N.º 9986 y su Reglamento constituyen el marco legal que habilita, orienta y limita la ejecución de proyectos de infraestructura hospitalaria en el contexto nacional.

La construcción y modernización de infraestructura hospitalaria en Costa Rica no es solo un asunto técnico o financiero, sino un compromiso con la salud pública y la dignidad humana. Cada edificio, cada ampliación y cada nuevo servicio representan una oportunidad para fortalecer el derecho a la salud, pero también una responsabilidad con el uso ético, transparente y eficiente de los recursos públicos.

Desde esta perspectiva, el país cuenta hoy con un marco jurídico que procura equilibrar ambas dimensiones: la eficiencia administrativa y la justicia social. Dicho marco se materializa principalmente en la Ley General de Contratación Pública N.º 9986, vigente desde diciembre de 2021, y su Reglamento (Decreto Ejecutivo N.º 43808-H, publicado en 2023), los cuales redefinen la manera en que las entidades estatales, especialmente la CCSS, planifican, contratan y ejecutan obras de infraestructura.

Ambas normativas se erigen como una respuesta a décadas de limitaciones derivadas de la antigua Ley de Contratación Administrativa, que, si bien cumplió un rol importante en su momento, terminó por mostrar un modelo agotado: fragmentado, lento y poco adaptado a la magnitud de los proyectos institucionales contemporáneos. La Ley N.º 9986 surge, entonces, con una visión renovada del Estado costarricense, que ya no se concibe únicamente como ejecutor, sino como gestor inteligente de recursos, orientado a resultados, con metas medibles y un compromiso explícito con la transparencia, la sostenibilidad y la eficiencia en cada decisión de gasto.

En materia de infraestructura hospitalaria, la Ley 9986 introduce un enfoque profundamente moderno, el cual exige que toda obra pública responda a los principios de eficiencia económica y sostenibilidad social, asegurando que los proyectos no solo se ejecuten bien, sino que realmente resuelvan las necesidades de la población. La norma obliga a planificar con perspectiva de ciclo de vida, es decir, contemplando desde el diseño y la construcción hasta la operación, mantenimiento y eventual reposición del activo. Este cambio resulta vital para el sector salud, donde el deterioro o la inadecuación de las instalaciones puede tener efectos directos en la atención al paciente y en la gestión hospitalaria.

El Reglamento de la Ley (Decreto Ejecutivo N.º 43808-H) profundiza en estos lineamientos y los traduce en procedimientos operativos, roles de los actores y mecanismos de control. Su aporte más significativo radica en permitir que las instituciones públicas, según la naturaleza y complejidad del proyecto, puedan utilizar modalidades integradas de contratación, como el esquema de diseñar–construir–equipar–mantener (DBFM). Este modelo, común en los países que han

modernizado su infraestructura pública, reduce la fragmentación contractual, mejora la coordinación técnica y acorta los plazos de ejecución, evitando los vacíos administrativos que tantas veces han retrasado proyectos hospitalarios en Costa Rica.

Asimismo, el Reglamento habilita el uso de instrumentos de colaboración público-privada, como los fideicomisos, alianzas estratégicas o contratos de gestión compartida, tal y como se establece en el artículo 6 de la Ley. Estas figuras cuando se gestionan con transparencia y bajo una gobernanza sólida ofrecen la posibilidad de aprovechar la capacidad técnica y financiera del sector privado para complementar los esfuerzos públicos. En el caso costarricense, esto ha permitido el desarrollo de proyectos como el Fideicomiso Inmobiliario CCSS–BCR 2017, que constituye un referente de cómo la normativa actual permite a la entidad pública ejecutar obras complejas fuera del ciclo presupuestario anual, pero bajo un marco jurídico controlado y fiscalizado por los órganos competentes.

La Ley 9986 también refuerza la gestión integral de riesgos. El Reglamento establece que todo proceso de contratación debe estar respaldado por un análisis de riesgos financieros, técnicos, legales y reputacionales, acompañado de estrategias de mitigación. Este enfoque coincide con las Normas de Control Interno (N-2-2009-CO-DFOE) de la CGR, y representa un paso hacia una administración pública más consciente y responsable. En el contexto hospitalario, la gestión de riesgos cobra una dimensión humana: un fallo estructural, una interrupción en los servicios o un retraso en la ejecución, no solo implican pérdidas económicas, sino consecuencias directas sobre la vida y la salud de las personas.

Más allá de lo técnico, este marco jurídico simboliza una nueva manera de entender la función pública. La Ley N.º 9986 no se limita a regular la compra de bienes y servicios, sino que impulsa una cultura de gobernanza, donde la rendición de cuentas y la transparencia se convierten en principios activos de la gestión institucional. Para la CCSS, esto significa transitar de un modelo administrativo reactivo hacia uno proactivo, planificado y orientado al valor público, en el que la infraestructura hospitalaria se concibe como una inversión social estratégica, y no simplemente como una partida de gasto.

Una alternativa relevante dentro de los mecanismos contemporáneos de financiamiento de infraestructura pública es el modelo de Alianza Público-Privada (APP), este se constituye como un contrato de largo plazo entre una entidad pública y un ente privado, en el cual el sector privado asume la responsabilidad de financiar, diseñar, construir, operar y mantener infraestructura pública.

Este esquema implica que el privado asuma riesgos significativos asociados al diseño, la construcción, la operación y el mantenimiento de los activos, mientras que el Estado conserva la función reguladora y de supervisión, garantizando que el servicio público se preste conforme a los objetivos institucionales. A cambio de esta asunción de riesgos y responsabilidades, el privado recibe pagos vinculados al desempeño y al nivel de avance del proyecto, lo que introduce una lógica de eficiencia y cumplimiento de estándares dentro de la relación contractual. De acuerdo con el Banco Mundial:

“A long-term contract between a private party and a government entity, for providing a public asset or service, in which the private party bears significant risk and management responsibility.” (World Bank 2017, PPP Reference Guide 20)

En términos generales, la aplicación de una Alianza Público-Privada responde a la necesidad de cerrar brechas estructurales en infraestructura pública, particularmente en contextos donde las restricciones presupuestarias limitan la capacidad del Estado para realizar inversiones de gran escala en plazos razonables.

Este modelo permite superar dichas limitaciones mediante la incorporación de capital y capacidades técnicas del sector privado, aprovechando su experiencia en eficiencia constructiva, operativa y de mantenimiento. Asimismo, la APP introduce mecanismos de control de calidad más rigurosos, ya que los pagos se encuentran condicionados al cumplimiento de indicadores de desempeño previamente definidos, lo que reduce la probabilidad de ineficiencias y sobrecostos a lo largo del ciclo de vida del proyecto.

Dentro del ciclo propio de una APP pueden identificarse varias etapas claramente diferenciadas. En primer lugar, se encuentra la identificación del proyecto, donde se define la necesidad de infraestructura y su justificación técnica y social. Posteriormente, se desarrolla la estructuración financiera y contractual,

etapa clave para asegurar que el proyecto sea viable desde el punto de vista operativo y económico. A continuación, se lleva a cabo el proceso de licitación y adjudicación, mediante el cual se selecciona al socio privado bajo criterios de competencia y transparencia. Finalmente, se ejecutan las fases de construcción del bien, operación y mantenimiento, acompañadas de un proceso permanente de monitoreo y evaluación del desempeño contractual.

“Good project preparation and appraisal are critical to successful PPP outcomes.” (World Bank.2017, PPP Reference Guide)

Dentro de este esquema, el diseño contractual adquiere un papel central, ya que constituye el instrumento mediante el cual se alinean los incentivos de las partes y se establecen con claridad las reglas del juego. Un contrato bien diseñado permite definir de forma precisa la asignación de riesgos, los estándares de calidad esperados y las responsabilidades de cada actor. Asimismo, resulta fundamental establecer con claridad el esquema de pagos, determinando si estos se realizarán por disponibilidad de la infraestructura, por niveles de desempeño o mediante una combinación de ambos mecanismos. De igual manera, deben definirse los mecanismos de supervisión y control que permitan evaluar el cumplimiento de las obligaciones contractuales a lo largo del tiempo.

En relación con el contexto costarricense, las APP representan una alternativa que permite transformar gasto corriente o recurrente en inversión, generando activos públicos que fortalecen el patrimonio institucional y contribuyen a la sostenibilidad financiera a largo plazo. De igual forma, su implementación debe estar sujeta a un marco legal claro, una suficiente capacidad de la organización y una gobernanza sólida que garantice la transparencia, la rendición de cuentas y la protección del interés público. En este sentido, las APP no sustituyen al fideicomiso ni al financiamiento público tradicional, sino que se presentan como mecanismos complementarios que, correctamente articulados, pueden ampliar el abanico de opciones disponibles para el desarrollo de infraestructura pública.

“Contract design should align incentives, allocate risks appropriately, and provide clear performance standards.” (World Bank. 2017, Best Practices on Contract Design in PPPs).

En conclusión, del análisis de los mecanismos de financiamiento desarrollados en este objetivo se evidencia que el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia ha presentado una dependencia histórica del financiamiento público tradicional y del uso de alquileres de infraestructura para expandir sus servicios, lo cual ha limitado la capacidad de la organización para atender de manera planificada las necesidades de modernización del nosocomio. Tal como se expuso, el gasto en alquileres ha mostrado un crecimiento sostenido a lo largo del período analizado, mientras que la infraestructura institucional continúa requiriendo recursos para su mantenimiento.

Aunque el porcentaje destinado al pago de alquileres representa una proporción relativamente reducida del presupuesto institucional, su consolidación como gasto recurrente para atender necesidades inmediatas de infraestructura no constituye un avance en términos de planificación estratégica, sino que evidencia la ausencia de políticas institucionales claras en materia de desarrollo de infraestructura.

Las APP no deben entenderse como una solución intrínsecamente superior al financiamiento público tradicional, sino que sus ventajas están estrechamente relacionados con la calidad de su diseño, la claridad del marco jurídico aplicable y la capacidad institucional para estructurarlo, supervisarlos y controlarlos eficientemente.

En el caso costarricense, el régimen vigente se basa principalmente en la Ley N.º 7762, Ley General de Concesión de Obras Públicas con Servicios Públicos, su Reglamento General (Decreto Ejecutivo N.º 27098), el Reglamento de Iniciativa Privada (Decreto Ejecutivo N.º 31836-MOPT) y, más recientemente, en el Decreto Ejecutivo N.º 44221-H, que regula la autorización, seguimiento y reporte de compromisos y contingencias fiscales derivados de proyectos APP.

Este conjunto normativo evidencia que el país dispone de herramientas jurídicas para desarrollar esquemas de participación privada en infraestructura pública; sin embargo, también revela que tales mecanismos han estado orientados principalmente a sectores como carreteras, puertos y aeropuertos, y no a

infraestructura hospitalaria, ámbito que además ha permanecido excluido del régimen de la Ley N.º 7762.

Por lo anterior, las APP pueden ofrecer ventajas relevantes, como la integración entre diseño, financiamiento, construcción, operación y mantenimiento; la posibilidad de distribuir riesgos contractualmente; y la incorporación de pagos vinculados al desempeño. No obstante, estas virtudes potenciales no eliminan sus costos ni sus riesgos. En la práctica, las APP también generan compromisos fiscales de largo plazo, posibles pasivos contingentes para el Estado, rigideces contractuales y eventuales controversias en torno a tarifas, reajustes, equilibrio económico-financiero, terminación anticipada o ejecución de garantías.

Precisamente por ello, el fortalecimiento reciente del control fiscal mediante el Decreto Ejecutivo N.º 44221-H y los informes semestrales de riesgos fiscales emitidos por el Ministerio de Hacienda reflejan que estos proyectos no deben evaluarse únicamente por su capacidad para movilizar inversión, sino también por su impacto acumulado sobre la sostenibilidad fiscal.

En el modelo costarricense, gran parte del contenido material de los proyectos se gestiona en el cartel de licitación y en el contrato, lo que convierte su diseño en una pieza decisiva. La metodología tarifaria, la asignación de riesgos, las garantías, las sanciones, los mecanismos de control y las reglas para restablecer el equilibrio económico-financiero no son aspectos accesorios, sino elementos centrales que determinan si la APP genera valor público o, por el contrario, reproduce conflictos, litigiosidad y sobrecostos.

En ese sentido, el análisis crítico obliga a reconocer que una APP mal estructurada puede trasladar al futuro obligaciones onerosas para el Estado, debilitar la transparencia del costo real del proyecto y generar una falsa percepción de alivio presupuestario inmediato, cuando en realidad solo redistribuye el gasto en el tiempo bajo compromisos contractuales complejos.

En el contexto costarricense, esta reflexión resulta especialmente relevante, ya que la experiencia práctica reportada por el Ministerio de Hacienda muestra proyectos APP activos en sectores específicos, pero también evidencia

controversias recurrentes relacionadas con tarifas, ingresos mínimos garantizados, tasa interna de retorno, equilibrio económico-financiero y gestión de riesgos fiscales.

Ante ello, el éxito de una APP no depende únicamente de la incorporación de capital privado, sino también de la existencia de una institucionalidad técnica robusta, supervisión pública efectiva, reglas claras de rendición de cuentas y suficiente capacidad estatal para negociar y administrar contratos de largo plazo antes de su adjudicación. Sin estos elementos, el modelo puede generar dependencia contractual, asimetrías de información y dificultades para proteger adecuadamente el interés público.

Por esta razón, en el ámbito hospitalario las APP no deben presentarse como una respuesta automática frente a la dependencia de alquileres o a las limitaciones del financiamiento público tradicional. Su eventual viabilidad requiere valorar con rigor si el proyecto genera efectivamente valor por dinero, si la distribución de riesgos es razonable, si la entidad cuenta con capacidades para fiscalizar su ejecución y si los compromisos fiscales futuros son compatibles con la sostenibilidad institucional.

De la aplicación del Fideicomiso Inmobiliario CCSS–BCR 2017 se demuestra que existe la posibilidad de ejecutar infraestructura hospitalaria fuera del ciclo presupuestario anual, con mayor previsibilidad financiera y autonomía operativa, aunque su implementación también reveló la necesidad de fortalecer la gobernanza, la planificación y los mecanismos de control para obtener resultados oportunos.

En este sentido, los hallazgos de este objetivo confirman que la viabilidad de estos mecanismos no depende únicamente de datos financieros saludables, sino de la existencia de un marco jurídico aplicable, suficientes capacidades institucionales y una estrategia nacional de infraestructura hospitalaria que articule planificación, financiamiento y ejecución. Así, los fideicomisos, las APP y el financiamiento público tradicional no deben concebirse como esquemas excluyentes, sino como herramientas complementarias que, correctamente articuladas, pueden contribuir a reducir la dependencia del alquiler, fortalecer el patrimonio institucional y avanzar hacia un modelo de gestión de infraestructura

hospitalaria más sostenible y alineado con las necesidades del sistema de salud costarricense.

Finalmente, la implementación de estos mecanismos de financiamiento requiere un análisis riguroso de costos, sostenibilidad fiscal y capacidades institucionales para su estructuración, supervisión y gestión contractual. En ausencia de estas condiciones, tales instrumentos pueden reproducir problemas de eficiencia o generar nuevas rigideces presupuestarias, como lo han evidenciado diversas experiencias donde la falta de capacidad técnica, regulación efectiva o supervisión contractual ha derivado en procesos de renegociación, conflictos tarifarios o tensiones institucionales.

## **CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **4.1 Conclusiones**

La evaluación de los pagos por alquiler registrados en la partida presupuestaria 2102 – Alquiler de edificios del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia evidenció un crecimiento sostenido de este gasto durante el período analizado. Aunque su participación dentro del presupuesto total del hospital representa una proporción relativamente reducida, menos del 1%, el arrendamiento de infraestructura se ha consolidado como un gasto recurrente asociado a la provisión de infraestructura hospitalaria. Esta situación se presenta en paralelo con erogaciones relevantes destinadas al mantenimiento de infraestructura propia, configurando un esquema de doble esfuerzo financiero que reduce el margen para orientar recursos hacia inversiones estratégicas de largo plazo.

Asimismo, el análisis de los mecanismos alternativos de financiamiento permitió identificar que existen instrumentos que podrían contribuir al desarrollo de infraestructura hospitalaria, siempre que se implementen bajo un marco normativo claramente definido y procesos de planificación adecuados.

En particular, el Fideicomiso Inmobiliario CCSS–BCR 2017 evidenció la posibilidad de ejecutar proyectos de infraestructura fuera del ciclo presupuestario anual, otorgando mayor previsibilidad financiera para la ejecución de inversiones en

salud. En el marco de este fideicomiso, la gestión técnica de los proyectos fue apoyada por CDS Corporación de Desarrollo SIGMA S.A., empresa privada contratada como Unidad Administradora del Programa (UAP), encargada de brindar servicios profesionales de administración y seguimiento del programa de infraestructura.

Esta contratación, realizada el 8 de julio de 2019 con orden de inicio el 22 de julio del mismo año, correspondió al proceso 2018PP-000002-0019300001 y tuvo como objetivo actuar como auxiliar técnico del fiduciario para apoyar los procesos técnicos, administrativos y de monitoreo de los proyectos financiados mediante este mecanismo.

Por su parte, los modelos de Alianzas Público-Privadas, analizados desde una perspectiva comparada y prospectiva, sugieren potenciales ventajas asociadas a la planificación multianual y a la asignación contractual de riesgos; no obstante, su eventual aplicación en el ámbito hospitalario requiere un desarrollo normativo específico y capacidades institucionales suficientes para su adecuada estructuración y control,

#### **4.1.1. Uso del arrendamiento como mecanismo de respuesta a necesidades de infraestructura**

En base al análisis presupuestario del HCG para el período 2014–2024, propiamente sobre la partida de alquiler de edificios, esta representa una proporción relativamente pequeña dentro de la estructura del gasto total institucional, manteniéndose durante la mayor parte del periodo por debajo del 1% del presupuesto ejecutado, con cambios entre 0,33% y 0,44%, y alcanzando aproximadamente 0,62% en el último año analizado.

Desde una perspectiva estrictamente presupuestaria, el arrendamiento de infraestructura no constituye uno de los rubros predominantes del gasto hospitalario. No obstante, la evolución observada evidencia una utilización recurrente de este mecanismo dentro de la gestión institucional, como una respuesta operativa inmediata para atender necesidades de espacio físico y funcionamiento del hospital en el corto plazo.

El análisis de la dinámica presupuestaria permite identificar la existencia de un esquema dual de gestión de infraestructura, en el cual la entidad debe asumir simultáneamente los costos asociados al mantenimiento de su infraestructura propia y los pagos recurrentes derivados del uso de infraestructura arrendada. Este modelo ha permitido responder de forma expedita a las demandas operativas del hospital, especialmente en contextos de limitaciones en la capacidad de inversión o necesidades inmediatas de expansión de servicios.

En consecuencia, los resultados sugieren la conveniencia de fortalecer los procesos de planificación de infraestructura hospitalaria, de manera que se logre equilibrar el uso funcional del arrendamiento como solución operativa de corto plazo con estrategias de inversión sostenibles orientadas al mediano y largo plazo.

#### **4.1.2. Los modelos internacionales de financiamiento hospitalario ofrecen alternativas viables y adaptables al contexto costarricense**

Del análisis comparativo de las experiencias de Brasil, Chile y México se evidencia que distintos países han recurrido a mecanismos mixtos de financiamiento para el desarrollo de infraestructura hospitalaria, incorporando esquemas de colaboración entre el sector público y privado que permiten distribuir riesgos, establecer mecanismos contractuales de control y ampliar la capacidad de inversión en infraestructura sanitaria, destacando a las Asociaciones Público-Privadas (APP), las cuales han demostrado su capacidad para ampliar la inversión en infraestructura sanitaria, distribuir riesgos y mejorar la ejecución de proyectos bajo marcos contractuales de largo plazo.

En este sentido, organismos internacionales como el Banco Interamericano de Desarrollo (BID, 2023) señalan que este tipo de instrumentos puede contribuir a fortalecer la inversión en salud cuando se encuentran respaldados por marcos institucionales claros y capacidades técnicas adecuadas para su gestión, aspecto que en el presente trabajo se analizó a partir del marco normativo y los proyectos legislativos relacionados con la regulación de estos mecanismos en el contexto costarricense.

En el caso costarricense, el análisis desarrollado evidencia que el financiamiento de proyectos de infraestructura hospitalaria ha incorporado mecanismos institucionales específicos, como el uso de fideicomisos, los cuales han permitido canalizar recursos y estructurar proyectos de inversión en el sector salud. En este contexto, la Procuraduría General de la República ha emitido criterios jurídicos relacionados con la utilización de estos instrumentos, incluyendo la viabilidad de extender la vigencia del fideicomiso utilizado para infraestructura hospitalaria por un plazo adicional de siete años, lo cual refleja la continuidad de este mecanismo dentro de la gestión institucional. En consecuencia, las experiencias internacionales analizadas deben entenderse como una referencia comparativa que permita identificar distintas modalidades de financiamiento de infraestructura hospitalaria, más que como modelos directamente transferibles al contexto costarricense, cuya eventual aplicación requiere considerar las condiciones normativas, institucionales y técnicas del país, así como los mecanismos de gobernanza y planificación necesarios para la gestión de proyectos de infraestructura dentro del sistema de salud costarricense.

#### **4.1.3. La eficiencia financiera como componente de la gestión del derecho a la salud**

El Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia ha demostrado una importante capacidad institucional para mantener la continuidad de los servicios de salud pese a limitaciones físicas relevantes, lo cual evidencia esfuerzos de gestión orientados a responder a la demanda asistencial mediante el uso de los recursos disponibles. Este desempeño refleja la capacidad del centro hospitalario para sostener la prestación de servicios aun en contextos donde la infraestructura presenta restricciones, lo que ha requerido la implementación de distintas soluciones operativas para garantizar la atención a la población usuaria.

No obstante, el análisis desarrollado también pone de manifiesto la importancia de fortalecer los procesos de planificación de infraestructura hospitalaria, de manera que las decisiones de inversión permitan mejorar progresivamente las condiciones físicas de los servicios y responder a las

necesidades presentes y futuras del sistema de salud. En este sentido, el fortalecimiento de la infraestructura institucional se vincula con los principios de acceso y equidad establecidos en la Ley General de Salud (N.º 5395), en la medida en que una adecuada gestión de los recursos públicos contribuye a mejorar las condiciones de prestación de los servicios y a fortalecer la capacidad del sistema para responder a las necesidades de la población.

#### **4.1.4. El fortalecimiento de la gobernanza y de la planificación institucional para una infraestructura hospitalaria sostenible.**

Los hallazgos de la investigación evidencian la importancia de fortalecer los procesos de gobernanza y planificación institucional en materia de infraestructura hospitalaria. En particular, informes de fiscalización de la Contraloría General de la República (CGR, 2024) han señalado debilidades en los mecanismos de planificación, priorización y seguimiento de proyectos de infraestructura dentro de la Caja Costarricense de Seguro Social como lo expuesto dentro del informe, lo que puede limitar la capacidad institucional para evaluar resultados y orientar la toma de decisiones en este ámbito. En respuesta a estas necesidades, se han impulsado algunas iniciativas institucionales, como la creación de una unidad ejecutora vinculada a las Juntas de Salud (Acta N.º 9331, 2023), lo cual constituye un avance en términos de organización administrativa y coordinación institucional.

No obstante, el fortalecimiento de la gobernanza en infraestructura hospitalaria requiere también el desarrollo de instrumentos de planificación más sistemáticos, que permitan dar seguimiento a los proyectos, establecer prioridades de inversión y evaluar el desempeño institucional en esta materia. En este sentido, organismos internacionales como el Banco Mundial (2021) señalan que una gobernanza efectiva en los sistemas de salud se sustenta en marcos institucionales claros, transparencia en la gestión presupuestaria y mecanismos de participación y control. Desde esta perspectiva, la incorporación de herramientas de planificación plurianual, indicadores de gestión y criterios técnicos para la toma de decisiones en materia de infraestructura puede contribuir a mejorar la coordinación institucional y fortalecer la sostenibilidad de las inversiones en infraestructura hospitalaria.

#### **4.1.5. La inversión en infraestructura propia como parte de la planificación a largo plazo**

La investigación evidencia que el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia ha recurrido al arrendamiento de infraestructura como mecanismo operativo para atender necesidades inmediatas de espacio físico, en situaciones donde la infraestructura hospitalaria disponible resulta insuficiente frente a la demanda de servicios. No obstante, el comportamiento observado en el gasto asociado a alquileres durante el período analizado sugiere la importancia en la cual se deben definir las estrategias de inversión en infraestructura hospitalaria, considerando tanto el uso de arrendamientos en un corto plazo, así como las posibilidades de desarrollo de infraestructura propia dentro de la planificación institucional a largo plazo.

En este sentido, la inversión en infraestructura propia puede contribuir a fortalecer la capacidad instalada del hospital y mejorar las condiciones de prestación de los servicios, especialmente cuando se integra dentro de procesos de planificación estratégica. Sin embargo, este tipo de inversiones también implica costos asociados al mantenimiento, operación y financiamiento de las edificaciones, aspectos que deben ser considerados dentro de los procesos de gestión institucional y planificación presupuestaria.

De acuerdo con la OCDE (2022), las inversiones públicas en infraestructura sanitaria pueden generar beneficios tanto económicos como sociales cuando se encuentran integradas dentro de estrategias institucionales de planificación y sostenibilidad financiera. El fortalecimiento de la infraestructura hospitalaria debe analizarse dentro de un marco más amplio de planificación estratégica, gobernanza institucional y desarrollo de marcos regulatorios adecuados, los cuales permitan evaluar de manera objetiva las distintas alternativas de financiamiento y gestión de infraestructura disponibles para el sistema de salud costarricense, dado que sin estos las opciones son limitadas.

## **4.2 Recomendaciones**

A la luz de los resultados obtenidos, el análisis comparativo permite concluir que es necesario fortalecer la transparencia y la comunicación institucional en la gestión de la infraestructura hospitalaria, siendo primordial mantener canales de comunicación claros, permanentes y transparentes entre las distintas instancias de la CCSS involucradas en la planificación, contratación y ejecución de proyectos de infraestructura, particularmente entre las áreas financieras, administrativas, técnicas y de planificación estratégica. Esto permitirá una comprensión integral de las decisiones asociadas a los pagos por alquiler, los proyectos de inversión y los compromisos presupuestarios.

En este sentido, la Dirección de Infraestructura y Tecnología (DAI), en conjunto con la Dirección de Planificación Institucional (DPI), debe establecer mecanismos formales y permanentes de coordinación orientados en la toma de decisiones con base en la información integral. En este marco, se recomienda la implementación y el fortalecimiento de herramientas tecnológicas para la planificación y el seguimiento de la infraestructura hospitalaria, que permita a las autoridades dar seguimiento sistemático al gasto en infraestructura propia y arrendada, así como estimar el impacto financiero, facilitando la trazabilidad del gasto y una rendición de cuentas más oportuna, de manera que la toma de decisiones se sustente en evidencia actualizada y verificable.

Por otra parte, se identificó la necesidad de instaurar evaluaciones periódicas del gasto asociado a la infraestructura hospitalaria, con énfasis en la partida 2102 – Alquiler de edificios, que permitan comparar de forma sistemática la inversión en infraestructura propia y su mantenimiento. Estas evaluaciones deben orientarse a la identificación de riesgos financieros y a la detección de oportunidades de mejora en la utilización del presupuesto asignado, facilitando el ajuste de la estrategia institucional.

Este ejercicio debe vincularse a un proceso de priorización estratégica del gasto, liderado por la Dirección de Planificación Institucional en conjunto con la Gerencia Financiera, que permita orientar progresivamente la asignación de recursos hacia inversiones de largo plazo que generen patrimonio institucional.

De igual forma, se sugiere consolidar mecanismos efectivos de monitoreo y control durante todo el ciclo de vida de los proyectos de infraestructura hospitalaria, desde la planificación hasta la operación. Esta responsabilidad debe recaer en la Gerencia de Infraestructura y Tecnología, con el apoyo de la Auditoría Interna, mediante la definición de responsables claros, revisiones periódicas del desempeño financiero y técnico, y la aplicación de indicadores de seguimiento que permitan prevenir desviaciones significativas en costos, plazos y calidad, fortaleciendo la rendición de cuentas institucional y la eficiencia en el uso de los recursos públicos.

Con el propósito de fortalecer las capacidades de las personas y la calidad de la toma de decisiones, resulta necesario impulsar procesos de capacitación y actualización continua del personal involucrado en la gestión financiera y de infraestructura hospitalaria, dado que este ámbito conlleva decisiones complejas y de largo plazo. En este sentido, se recomienda fortalecer los procesos de capacitación del personal clave en temas como evaluación de valor por dinero, análisis costo-beneficio, gestión de fideicomisos, contratación pública y modelos de financiamiento alternativo, lo que permitiría mejorar la calidad técnica de las decisiones y reducir la dependencia de soluciones poco planificadas.

Adicionalmente, los resultados del estudio sugieren que la realización de estudios actuariales podría constituir un insumo técnico complementario para la planificación de la infraestructura hospitalaria, al permitir proyectar el impacto de los pagos por alquiler y de las inversiones en infraestructura propia sobre la sostenibilidad financiera de largo plazo. Estos estudios podrían apoyar la identificación de riesgos presupuestarios futuros y fortalecer la toma de decisiones estratégicas.

Finalmente, se recomienda fomentar una cultura institucional orientada a la eficiencia y la innovación en la gestión de la infraestructura hospitalaria, mediante la identificación sistemática de oportunidades de ahorro, la optimización de procesos administrativos y técnicos, y la evaluación permanente de nuevas modalidades de financiamiento e inversión que maximicen el valor de los recursos públicos, fortalezcan la sostenibilidad financiera institucional y contribuyan al cumplimiento efectivo del derecho a la salud.

En relación directa con el objetivo del presente estudio orientado al análisis de diferentes mecanismos de financiamiento de la infraestructura hospitalaria, se recomienda que la CCSS fortalezca los procesos de evaluación comparativa entre las distintas alternativas de financiamiento disponibles, incluyendo la construcción de infraestructura propia, el arrendamiento de edificaciones, el uso de fideicomisos y otros esquemas de financiamiento utilizados en experiencias internacionales. Para ello, resulta necesario desarrollar metodologías que permitan comparar los costos totales de cada alternativa a lo largo del ciclo de vida de los proyectos, considerando variables como la inversión inicial, los costos de mantenimiento, los riesgos financieros, los plazos de ejecución y la sostenibilidad presupuestaria, este análisis podría ser realizado por una instancia técnica especializada o un ente experto que brinde apoyo a la institución en la valoración económica y financiera de los distintos mecanismos de financiamiento, fortaleciendo así la toma de decisiones estratégicas en materia de infraestructura

En esta misma línea, se recomienda que la entidad incorpore herramientas de análisis económico-financiero que permitan determinar el peso real de los alquileres dentro de la estructura del gasto hospitalario, así como evaluar de forma periódica si el uso de este mecanismo continúa siendo la alternativa más eficiente frente a otras opciones de inversión en infraestructura propia o esquemas de financiamiento mixto. Este tipo de análisis permitiría fortalecer la toma de decisiones estratégicas en materia de infraestructura hospitalaria y orientar la planificación institucional hacia soluciones financieramente sostenibles en el mediano y largo plazo.

Finalmente, se recomienda que futuros procesos de planificación institucional incorporen análisis prospectivos y estudios técnicos que permitan valorar la viabilidad financiera, jurídica e institucional de distintos mecanismos de financiamiento para proyectos de infraestructura hospitalaria, incluyendo aquellos identificados en las experiencias internacionales analizadas en el presente estudio. Estos análisis permitirían ampliar el conjunto de alternativas disponibles para el financiamiento de infraestructura sanitaria, siempre considerando las particularidades del marco institucional del sistema de salud costarricense.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Banco Interamericano de Desarrollo. (2023). *Infrascopio 2023/24: Medición del entorno propicio para las alianzas público-privadas en América Latina y el Caribe*. Banco Interamericano de Desarrollo. [https://impact.economist.com/new-globalisation/infrascopie-2024/downloads/Economist\\_Impact\\_Infrascopie\\_2024\\_Report\\_ESP.pdf](https://impact.economist.com/new-globalisation/infrascopie-2024/downloads/Economist_Impact_Infrascopie_2024_Report_ESP.pdf)
- Banco Interamericano de Desarrollo. (2020). *Diseño y construcción de hospitales: ¿Cómo podemos mejorar la gestión de los proyectos de infraestructura en la región?* <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Diseno-y-construccion-de-hospitales-Como-podemos-mejorar-la-gestion-de-los-proyectos-de-infraestructura-en-la-region.pdf>
- Banco Interamericano de Desarrollo. (2022). *Financiamiento sostenible de la infraestructura económica y social en América Latina y el Caribe: Tendencias, actores e instrumentos*. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Financiamiento-sostenible-de-la-infraestructura-economica-y-social-en-America-Latina-y-el-Caribe-tendencias-actores-e-instrumentos.pdf>
- Banco Mundial. (2025a). *Acerca de las asociaciones público-privadas*. <https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/es/acerca-de-las-asociaciones-publico-privadas>
- Banco Mundial. (2025b). *¿Qué son las asociaciones público-privadas? Public-Private Partnership in Infrastructure Resource Center*. <https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/es/que-son-las-asociaciones-publico-privadas>
- Caja Costarricense de Seguro Social & Banco de Costa Rica (2017). *Contrato de Fideicomiso Inmobiliario CCSS-BCR 2017*. [https://www.ccss.sa.cr/arc/fideicomiso/214FideicomisoInmobiliarioCCSS-BCR2017-Contrato.pdf?utm\\_source](https://www.ccss.sa.cr/arc/fideicomiso/214FideicomisoInmobiliarioCCSS-BCR2017-Contrato.pdf?utm_source)

- Clements, B., Gaspar, V., & Gupta, S. (2020). *Well spent: How strong infrastructure governance can end waste in public investment*. International Monetary Fund. <https://www.imf.org/en/Publications/Books/Issues/2020/09/03/Well-Spent-How-Strong-Infrastructure-Governance-Can-End-Waste-in-Public-Investment-48603>
- Contraloría General de la República. (2024, 5 de noviembre). *Auditoría de carácter especial sobre la gobernanza del Programa de mejoramiento de los servicios, infraestructura y equipamiento de los centros de salud, logísticos y financieros de la CCSS, con el apoyo del Fideicomiso CCSS-BCR/2017* (Informe n.º DFOE-BIS-IAD-00006-2024). [https://cgrfiles.cgr.go.cr/publico/docs\\_cgr/2024/SIGYD\\_D/SIGYD\\_D\\_2024022578.pdf](https://cgrfiles.cgr.go.cr/publico/docs_cgr/2024/SIGYD_D/SIGYD_D_2024022578.pdf)
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (s.f.). *Desafíos y oportunidades de las asociaciones público-privadas en América Latina y el Caribe*. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/81146-desafios-oportunidades-asociaciones-publico-privadas-america-latina-caribe>
- Contraloría General de la República de Costa Rica. (2024). *Informe de auditoría SIGYD\_D\_2024022578*. [https://cgrfiles.cgr.go.cr/publico/docs\\_cgr/2024/SIGYD\\_D/SIGYD\\_D\\_2024022578.pdf](https://cgrfiles.cgr.go.cr/publico/docs_cgr/2024/SIGYD_D/SIGYD_D_2024022578.pdf)
- FIFARMA. (2024). *Financiamiento de la salud pública en América Latina*. <https://fifarma.org/wp-content/uploads/2024/09/Financiamiento-de-la-Salud-Publica-en-America-Latina-IRI-USP-2024.pdf>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5.ª ed.). McGraw-Hill. <https://www.smujerescoahuila.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Sampieri.Met.Inv.pdf>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill. <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodología%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>

- OCDE. (2018). *Subnational public-private partnerships: Meeting infrastructure challenges*. [https://www.oecd.org/en/publications/responding-to-the-infrastructure-challenge\\_9789264304864-en.html](https://www.oecd.org/en/publications/responding-to-the-infrastructure-challenge_9789264304864-en.html)
- OPS. (2023). *Barreras de acceso a los servicios de salud para las personas mayores en la Región de las Américas*. <https://doi.org/10.37774/9789275326985>
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232. <https://doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>
- Public–Private Partnership Center of the Philippines. (2011). *Value for money analysis (PPP reference guide)*. <https://ppp.gov.ph/wp-content/uploads/2011/03/Value-for-Money.pdf>
- Sarmiento Lotero, R., & Castellanos, P. (2008). *La eficiencia económica: Una aproximación teórica*. *Cuadernos Latinoamericanos de Administración*, IV (7), 19-28. <https://www.redalyc.org/pdf/4096/409634350003.pdf>
- J.P. Morgan. (2023). *Infraestructura y asociaciones público-privadas en América Latina: Oportunidades para el desarrollo sostenible*. J.P. Morgan Chase & Co. <https://privatebank.jpmorgan.com/latam/es/insights/markets-and-investing/ideas-and-insights/healthy-growth-for-latin-america-tapping-the-regions-healthcare-sector-for-economic-gains>

## ANEXO 1 MODELOS CONSTRUCCIÓN DE INFRAESTRUCTURA

### Modelos de construcción de infraestructura hospitalaria Brasil, Chile, México y Costa Rica

| Criterio de análisis              | Modelo Brasileño – APP                                                                                            | Modelo Mexicano – APP                                                                                                                                                         | Modelo Chileno – APP                                                                                                            | Costa Rica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Documentos analizados</b>      | Ley 11.079/2004, Ley 8.987/1995, Ley 8.666/93, Decreto 8.428/2015 y Ley 12.527/2011                               | Constitución Política Ley de Asociaciones Público-Privadas, Reglamento de la Ley de Asociaciones Público-Privadas, Lineamientos para un Esquema de Asociación Público-Privada | Decreto 900/96 (Ley de Concesiones de Obras Públicas) y Decreto 956/99 (Reglamento de la Ley de Concesiones de Obras Públicas). | Ley de 7762/98 (Ley General de Concesión de Obras Públicas con Servicios Públicos); Decreto 27098-MOPT (Reglamento General de Concesión de Obras Públicas con Servicios Públicos “Reglamento”); Decreto 31836-MOPT (Reglamento de los Proyectos de Iniciativa Privada de Concesión de Obra Pública o de Concesión de Obra Pública con Servicio Público); Decreto Ejecutivo 39965 (Reglamento para los Contratos de Colaboración Público-Privada). |
| <b>Marco legal</b>                | Ley Federal de APP (2004), reglamentada a nivel estatal y municipal; supervisión del BNDES y Ministerio de Salud. | Ley Federal de APP (2012) y Reglamento (2014); coordinación entre Secretaría de Hacienda y Salud.                                                                             | Ley de Concesiones de Obras Públicas (1991), reformada en 2010 para incluir infraestructura hospitalaria.                       | No existe ley de APP; se rige por la Ley de Contratación Administrativa y uso de fideicomisos públicos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Tipo de asociación</b>         | Contratos BOT/DBFO (Diseñar– Construir– Financiar–Operar).                                                        | Contratos integrales de largo plazo (20–25 años) para prestación de servicios hospitalarios.                                                                                  | Concesión integral para diseño, construcción, equipamiento y mantenimiento.                                                     | Contratación pública directa y alquiler de inmuebles (sin APP formal).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Plazo contractual promedio</b> | 20–25 años.                                                                                                       | 25 años.                                                                                                                                                                      | 15–20 años.                                                                                                                     | Contratos anuales o plurianuales sujetos a disponibilidad presupuestaria.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Estructura de pagos</b>        | Pago mensual compuesto: parte                                                                                     | Pago mensual integrado por                                                                                                                                                    | Pagos desagregados: SFC                                                                                                         | Pagos tradicionales por partida                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

| <b>Criterio de análisis</b>        | <b>Modelo Brasileño – APP</b>                                          | <b>Modelo Mexicano – APP</b>                                           | <b>Modelo Chileno – APP</b>                                                       | <b>Costa Rica</b>                                                                 |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
|                                    | fija (CAPEX + OPEX) y parte variable por desempeño.                    | disponibilidad y servicios (90 % fijo, 10 % variable).                 | (Construcción), SFO (Operación) y PVO (Variable).                                 | presupuestaria sin desagregación por etapas.                                      |
| <b>Separación CAPEX / OPEX</b>     | Parcial; algunos contratos integran ambos componentes.                 | No existe separación; pago totalmente integrado.                       | Separación explícita CAPEX–OPEX, mejora la bancabilidad y el control.             | No hay separación formal; gasto operativo y de capital en el mismo presupuesto.   |
| <b>Mecanismo de pago</b>           | Cuota periódica por disponibilidad con deducciones por incumplimiento. | Pago mensual por disponibilidad con componente variable por desempeño. | Pagos en UF: SFC por hitos, SFO fijo por disponibilidad y PVO por uso o servicio. | Pago corriente por servicio contratado (mantenimiento, limpieza, alquiler, etc.). |
| <b>Asignación de riesgos</b>       | Construcción y operación al privado; demanda parcialmente pública.     | Construcción y operación al privado; permisos y terreno al público.    | Construcción y operación al privado; demanda y permisos al público.               | El Estado asume todos los riesgos financieros, constructivos y operativos.        |
| <b>Indicadores de desempeño</b>    | Cumplimiento de disponibilidad, mantenimiento y calidad de servicios.  | Evaluación mensual técnica, clínica y administrativa.                  | Calidad, disponibilidad, tiempos de respuesta y satisfacción usuaria.             | Evaluaciones internas no vinculadas al desempeño contractual.                     |
| <b>Penalizaciones / incentivos</b> | Deducciones automáticas; bonificaciones limitadas.                     | Penalizaciones aplicadas al 10 % variable.                             | Penalizaciones sobre SFO o PVO; bonificaciones por alto desempeño.                | No existen mecanismos de penalización por desempeño.                              |
| <b>Cierre financiero</b>           | Privado; liderado por concesionario, con participación del BNDES.      | Mixto; privado con garantías públicas parciales.                       | Privado, condición previa al inicio de obras.                                     | Público; depende de la disponibilidad presupuestaria anual.                       |
| <b>Actores financieros</b>         | Bancos de desarrollo (BNDES), banca comercial y multilaterales.        | Banca privada y de desarrollo; fondos de pensiones.                    | Banca privada nacional y organismos multilaterales (BID, CAF).                    | Tesoro Nacional y presupuesto institucional de la CCSS.                           |

| <b>Criterio de análisis</b>          | <b>Modelo Brasileño – APP</b>                                                    | <b>Modelo Mexicano – APP</b>                                         | <b>Modelo Chileno – APP</b>                                 | <b>Costa Rica</b>                                                            |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Transparencia y fiscalización</b> | Portal nacional de APP y control del Tribunal de Cuentas (TCU).                  | Sistema de Transparencia de Contratos APP y auditorías de Hacienda.  | Sistema Público de Concesiones (MOP) y auditorías anuales.  | Auditoría interna institucional; sin marco APP formal.                       |
| <b>Resultados observados</b>         | Alta eficiencia constructiva, buena calidad operativa y riesgo de renegociación. | Reducción de tiempos de entrega; sostenibilidad financiera moderada. | Buena calidad del servicio y previsibilidad presupuestaria. | Procesos lentos, alta dependencia de alquileres y limitaciones de inversión. |
| <b>Lecciones para Costa Rica</b>     | Separar riesgos y desarrollar marco legal APP hospitalario.                      | Integrar incentivos de desempeño en contratos públicos.              | Adoptar esquema SFC/SFO/PVO e indexación en UF o similar.   | Actualmente hay una iniciativa bajo expediente 24009 A. L                    |

Fuente: Elaboración propia con datos BID 2019

## ANEXO 2 CUESTIONARIOS PROFESIONALES

1. Área de trabajo:
2. En sus propias palabras, cual considera que es la etapa principal del proceso de alquiler de instalaciones para servicios de salud. (Ejemplos: planificación, puesta en marcha, creación del cartel, creación de especificaciones técnicas.)
3. Desde el punto de vista presupuestario, ¿qué lecciones ha obtenido en la planificación del gasto al gestionar contratos de alquiler de instalaciones para servicios médicos?
4. ¿Considera que los espacios alquilados, en comparación con la infraestructura propia, están adecuadamente acondicionados para brindar un servicio médico de calidad? Explique su respuesta.
5. En términos de eficiencia en el uso de recursos institucionales, ¿cómo valora la opción de alquilar instalaciones frente a invertir en infraestructura propia? Explique su valoración.
6. ¿Piensa que los recursos destinados al alquiler podrían emplearse de forma más eficiente mediante otra estrategia de inversión? (Por ejemplo: construcción propia, Alianzas Público-Privadas, leasing.) Si su respuesta es afirmativa, indique cuál(es) y por qué.
7. ¿Qué consecuencias, positivas o negativas, percibe del gasto institucional en alquiler de instalaciones para servicios de salud? Puede mencionar aspectos financieros, operativos o relacionados con la atención al usuario.

8. ¿Conoce experiencias o casos, en Costa Rica o en otro país, relacionados con el uso de espacios alquilados para la prestación de servicios de salud? Describa brevemente uno o dos ejemplos.
9. Si pudiera proponer un cambio en la planificación o gestión del presupuesto destinado a infraestructura (incluyendo alquileres), ¿cuál sería y por qué?

## ANEXO 3 FIDEICOMISO INMOBILIARIO CCSS–BCR 2017

| Caracterización del Fideicomiso Inmobiliario CCSS–BCR 2017 |                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Categoría de análisis                                      | Descripción                                                                                                                                                                                                                                      |
| Denominación oficial                                       | <i>Fideicomiso Inmobiliario CCSS–BCR 2017</i>                                                                                                                                                                                                    |
| Partes contratantes                                        | Fideicomitente: Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)<br>Fiduciario: Banco de Costa Rica (BCR)                                                                                                                                              |
| Naturaleza jurídica                                        | Contrato de fideicomiso público con patrimonio autónomo, de carácter financiero y operativo, destinado a la construcción, equipamiento y entrega de infraestructura para el sistema nacional de salud.                                           |
| Fecha de suscripción                                       | 15 de mayo de 2017                                                                                                                                                                                                                               |
| Denominación oficial                                       | <i>Fideicomiso Inmobiliario CCSS–BCR 2017</i>                                                                                                                                                                                                    |
| Vigencia contractual                                       | Vigencia inicial 2017–2024. Prórroga aprobada (oct-2024): +7 años, extendiendo hasta 2031 para completar el programa.                                                                                                                            |
| Objeto                                                     | Desarrollo de proyectos de infraestructura física y equipamiento médico-administrativo para el fortalecimiento de la red de servicios de la CCSS.                                                                                                |
| Portafolio de proyectos                                    | 53 obras distribuidas en: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 30 áreas de Salud</li> <li>• 18 sucursales administrativas</li> <li>• 4 direcciones regionales</li> <li>• 1 Centro logístico</li> <li>• 1 laboratorio farmacéutico</li> </ul> |

|                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Mecanismo financiero</b>                | <p>Creación de un patrimonio autónomo administrado por el BCR, con recursos transferidos por la CCSS.</p> <p>Los fondos se ejecutan mediante contrataciones fiduciarias, fuera del ciclo presupuestario anual.</p>                                                                                |
| <b>Funciones del fiduciario (BCR)</b>      | <p>-Administrar los recursos y el patrimonio del fideicomiso.</p> <p>-Ejecutar licitaciones para diseño, construcción y supervisión.</p> <p>-Velar por el cumplimiento financiero y contractual de las obras.</p>                                                                                 |
| <b>Funciones del fideicomitente (CCSS)</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir prioridades, especificaciones técnicas y alcance de las obras.</li> <li>• Supervisar la ejecución a través de la Unidad de Infraestructura y Tecnologías.</li> <li>• Recibir y asumir la operación de los activos una vez concluidos.</li> </ul> |
| <b>Vigencia contractual</b>                | <p>Inicial: 10 años (2017–2027).</p> <p>Prórroga aprobada en octubre de 2024 por 7 años adicionales (hasta 2031).</p>                                                                                                                                                                             |
| <b>Objeto</b>                              | <p>Desarrollo de proyectos de infraestructura física y equipamiento médico-administrativo para el fortalecimiento de la red de servicios de la CCSS.</p>                                                                                                                                          |
| <b>Portafolio de proyectos</b>             | <p>53 obras distribuidas en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 30 Áreas de Salud</li> <li>• 18 Sucursales administrativas</li> <li>• 4 Direcciones regionales</li> <li>• 1 Centro logístico</li> <li>• 1 Laboratorio farmacéutico</li> </ul>                                           |
| <b>Mecanismo financiero</b>                | <p>Creación de un patrimonio autónomo administrado por el BCR, con recursos</p>                                                                                                                                                                                                                   |

|                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                   | transferidos por la CCSS. Los fondos se ejecutan mediante contrataciones fiduciarias, fuera del ciclo presupuestario anual.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Estructura de gobernanza (diseño previsto)</b> | En la CCSS: Junta Directiva (lineamientos y decisiones estratégicas); Comité Ejecutivo (coordinación ejecutiva, seguimiento, priorización y rendición de cuentas); Gerencia de Infraestructura y Tecnologías – GIT (coordinación técnica del Programa); Unidad Técnica Contraparte – UTC (especificaciones, adendas, fiscalización de normativas, coordinación interáreas, verificación de bienes recibidos); Comisión de Puesta en Marcha (plazas, recursos para operación). En el Fideicomiso (BCR): UAP (Unidad Administradora de Proyectos) para contrataciones y control técnico-legal-financiero; Comité de Vigilancia (3 miembros: CCSS, BCR y un tercero) para fiscalizar plazo, costo y transparencia. |
| <b>Funciones del fiduciario (BCR)</b>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Administrar los recursos y el patrimonio del fideicomiso.</li> <li>-Ejecutar licitaciones para diseño, construcción y supervisión.</li> <li>-Velar por el cumplimiento financiero y contractual de las obras.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Funciones del fideicomitente (CCSS)</b>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Definir prioridades, especificaciones técnicas y alcance de las obras.</li> <li>-Supervisar la ejecución a través de la Unidad de Infraestructura y Tecnologías.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                          | -Recibir y asumir la operación de los activos una vez concluidos.                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Avance físico y financiero (2024)</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 17 % de proyectos en construcción</li> <li>• 30 % en diseño o permisos</li> <li>• 20 % en adquisición de terrenos</li> <li>• 33 % en planificación y estudios previos</li> </ul>                                                         |
| <b>Control y fiscalización</b>           | Supervisión conjunta CCSS–BCR, auditoría interna institucional y control externo de la Contraloría General de la República (CGR).                                                                                                                                                 |
| <b>Informe de la CGR (2024)</b>          | <p>Cumplimiento parcial del marco técnico y normativo; observaciones en planificación, administración de riesgos y modelo de mantenimiento.</p> <p>La CGR solicitó implementar, antes del 30 de abril de 2025, un modelo de recepción y gestión de infraestructura terminada.</p> |
| <b>Ventajas identificadas</b>            | <p>Continuidad multianual y ejecución fuera del ciclo fiscal.</p> <p>Mayor agilidad administrativa.</p> <p>Separación patrimonial que resguarda los fondos.</p> <p>Transparencia contractual al estar el fiduciario sujeto a auditorías.</p>                                      |
| <b>Limitaciones identificadas</b>        | <p>Lentitud en fases de planificación y permisos.</p> <p>Debilidad en la gobernanza y coordinación interinstitucional.</p> <p>Ausencia de indicadores de desempeño claros.</p> <p>Falta de modelo integral de mantenimiento y operación post-construcción.</p>                    |

|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Impactos y afectaciones</b> | <p>Estimación (UTC, 2019) de faltante <math>\approx</math> USD 137,1 millones por m<sup>2</sup>, terrenos y mantenimiento no contemplados.</p> <p>La suspensión del Portafolio de Inversiones Institucional (JD, 09-mar-2023) sin análisis costo-beneficio integral afectó la calidad, alcance, tiempo y costo: la UAP-BCR clasificó 43/53 proyectos con afectación alta (16-ago-2023).</p> <p>Efecto colateral: continuidad de alquileres para Sucursales y Direcciones Regionales por ¢51.683.487,32/mes (sep-2024).</p> |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## ANEXO 4 MATRIZ METODOLÓGICA

| Objetivos específicos                                                                                                                                                                                                      | Variable                                                                      | Definición conceptual de la variable                                                                                       | Indicadores                                                                                                                                                                                                                                           | Fuente de Información                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Analizar modelos internacionales de gestión financiera en infraestructura hospitalaria desarrollados mediante alianzas público-privadas (APP), con el fin de identificar sus resultados y mecanismos de financiamiento. | Modelos internacionales de gestión financiera en infraestructura hospitalaria | Conjunto de prácticas, políticas y esquemas de financiamiento, administración y operación de infraestructura hospitalaria. | -Modelo brasileño de APP de “Parcerias Público-Privadas”<br>-Modelo mexicano de APP bajo Ley de Asociaciones Público-Privadas (2012).<br>-Modelo chileno de APP en hospitales bajo Ley de Concesiones de Obras Públicas (1991, ampliada en los 2000). | Entrevistas con expertos en salud pública y gestión hospitalaria<br>Documentos de la OPS, BID, CEPAL<br>Revisión documental de experiencias en Brasil, Chile, México |
|                                                                                                                                                                                                                            |                                                                               |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                      |

|                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2. Comparar los efectos financieros de los pagos por alquileres de edificios sobre el presupuesto hospitalario respecto a los costos asociados al desarrollo y mantenimiento de infraestructura propia.                                              | Gasto en los alquileres hospitalarios                          | Se refiere a las erogaciones presupuestarias que realiza el hospital por concepto de arrendamiento de inmuebles para su funcionamiento                                | Monto anual de gastos por alquiler-<br>Porcentaje del presupuesto destinado a alquiler-<br>Comparación con costos de infraestructura propia                   | Informes financieros del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia (HDRACG),<br>Plataforma CITRIX, informes de la CGR, estudios de la CCSS |
| 3. Examinar la viabilidad financiera e institucional de mecanismos de financiamiento para infraestructura hospitalaria, tales como fideicomisos, financiamiento público tradicional y alianzas público-privadas (APP), en el contexto costarricense. | Mecanismos de financiamiento para infraestructura hospitalaria | Mecanismos financieros viables para el desarrollo de infraestructura hospitalaria, tales como alianzas público-privadas (APP), fideicomisos o financiamiento estatal. | Existencia de marco normativo aplicable -<br>Experiencia nacional e internacional en uso de APP y fideicomisos-<br>Riesgos y beneficios financieros asociados | Entrevistas a administradores financieros<br>Informes de la CCSS, CGR, BID, CEPAL<br>Documentos legislativos y jurídicos                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                             |

|                                                                                                         |                                                  |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                |                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4. Proponer mejoras al sistema financiero y presupuestario de infraestructura hospitalaria disponibles. | Propuesta de optimización del gasto hospitalario | Estrategias orientadas a la sostenibilidad, eficiencia y reestructuración del gasto hospitalario en infraestructura, tomando como base el análisis de mecanismos y modelos existentes. | Sostenibilidad financiera- Costo-beneficio de la inversión propia vs. alquiler- Validez técnica y financiera de las propuestas | Resultados de entrevistas<br>Comparaciones presupuestarias<br>Validación de propuestas con expertos nacionales |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|