

Jueves 3 de abril de 2014

N° 8707

Acta de la sesión ordinaria número 8707, celebrada por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, a las nueve horas del jueves 3 de abril de 2014, con la asistencia de los señores: Vicepresidente, Dr. Fallas Camacho, quien preside; Directores: Sr. Nieto Guerrero, Prof. Meléndez González, Licda. Solera Picado, Sr. Loría Chaves, Lic. Marín Carvajal; Auditor, Lic. Hernández Castañeda; y Lic. Alfaro Morales, Subgerente Jurídico. Toma el acta Emma Zúñiga Valverde.

El Director Salas Carrillo no participa en esta sesión. Disfruta de permiso sin goce de dietas.

El Director Gutiérrez Jiménez informó que retrasará su llegada a esta sesión.

Ingresan al salón de sesiones: Gerente Administrativo, licenciado Luis Fernando Campos Montes; ingenieros Fabián Cervantes Jiménez, Marvin Herrera Cairol, German Cabrera Valverde, funcionarios, el licenciado David Valverde Méndez, Asesor de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, y licenciado Rashid Leandro Camacho, Encargado de Protección Radiológica del Hospital San Juan de Dios.

ARTICULO 1°

En ausencia de la señora Gerente de Infraestructura y Tecnologías, quien participa en el “*Cuarto Encuentro Latinoamericano sobre Derecho a la Salud y Sistemas de Salud*”, en Bogotá, Colombia, el Gerente Administrativo presenta el oficio N° GIT-0499-2014 de fecha 24 de marzo del año 2014, firmado por la Gerente de Infraestructura y Tecnologías, que contiene la propuesta para la adjudicación de licitación pública N° 2013LN-000001-3110, promovida para la adquisición de nueve equipos de Rayos X para instalar en:

- a) Hospital Calderón Guardia: un equipo de Rayos X digital de columna y un equipo de Rayos X digitales de estativo de techo y bucky de pared.
- b) Hospital México: dos equipos de Rayos X digitales de estativo de techo y bucky de pared.
- c) Hospital San Juan de Dios: dos equipos de Rayos X digitales de estativo de techo y bucky de pared.
- d) Hospital Escalante Pradilla: un equipo de Rayos X digitales de estativo de techo y bucky de pared.
- e) Hospital de Ciudad Neily: un equipo de Rayos X digitales de estativo de techo y bucky de pared.
- f) Hospital Monseñor Sanabria: un equipo de Rayos X de columna.

La presentación está a cargo de ingeniero Cervantes Jiménez, con base en las siguientes láminas:

- 1) Proyecto de Sustitución
EQUIPOS DE RAYOS X – III FASE
Dirección Equipamiento Institucional
Licitación Pública 2013LN-000001-3110.

- 2) **Origen del Proyecto.**
Diagnóstico a nivel nacional
- Portafolio de Inversiones CCSS (proyecto 6 etapas).
 - Estudio de Preinversión de 9 equipos (DEI-unidades usuarias) – III etapa.
- 3) Situación actual.
- Equipos antiguos.
 - Problemas para brindarles Mantenimiento.
 - Escasez de Repuestos.
 - Equipos fuera de servicio.
 - Alto costo o sin respaldo de reparación.
- 4) Situación actual (fotografía).
- 5) Proyecto Equipos de Rayos X
III Etapa
- Objetivo de la licitación.
Adquirir 09 Equipos de Rayos X, para los servicios de radiología de 6 Hospitales del país.
- 6) Proceso de compra.
Participación de los usuarios.
- 7) Alcance del Proyecto.
- Adecuar las salas donde se instalarán los equipos.
 - Adquirir e Instalar los equipos de Rayos.
 - Capacitar al personal de operación, mantenimiento y normas de protección radiológica de los equipos específicos.
 - Garantía de funcionamiento por un período de 24 meses con mantenimientos preventivos trimestrales, y correctivos cuando sean requeridos.
 - Adjudicar los contratos de mantenimiento de un año prorrogables a 3 años más financiados por los centros médicos.
- 8) Centros médicos beneficiados.

Nombre del Hospital	Cantidad de equipos a sustituir
Hospital San Juan de Dios	2
Hospital Rafael A. Calderón Guardia	2
Hospital México	2
Hospital Fernando Escalante Pradilla	1
Hospital Ciudad Neily	1
Hospital Monseñor Sanabria	1

9) Composición del concurso.

- **ITEM N°1 – (1)** Equipo de Rayos X digital de columna.
- **ITEM N°2 – (5)** Equipos de Rayos X digitales de estativo de techo y bucky de pared.
- **ITEM N°3 – (2)** Equipos de Rayos X de estativo de techo y bucky de pared.
- **ITEM N°4 – (1)** Equipo de Rayos X de columna.

10) Análisis Administrativo

Ítem: uno

- 3 Oferentes

OFERTA	OFERENTE	REPRESENTANTE	MONTO OFERTADO
1	Multiservicios Electromédicos S.A.	Oferta en plaza	€168.538.798,57
4	Siemens S.A.	Oferta en plaza	€118.499.456,72
5	Eurociencia S.A.	Oferta en plaza	€402.038.666,75

- Análisis Administrativo: todas las ofertas cumplen.

11) Análisis Administrativo

Ítem: dos

- 4 Oferentes

OFERTA	OFERENTE	REPRESENTANTE	MONTO OFERTADO
1	Multiservicios Electromédicos S.A.	Oferta en plaza	€1.188.506.062,83
3	Elvatron S.A.	Oferta en plaza	€1.530.591.352,92
4	Siemens S.A.	Oferta en plaza	€1.140.469.897,10
5	Eurociencia S.A.	Oferta en plaza	€2.761.516.270,69

- Análisis Administrativo: todas las ofertas cumplen.

12) Análisis Administrativo.

Ítem: tres

- 4 Oferentes

OFERTA	OFERENTE	REPRESENTANTE	MONTO OFERTADO
1	Multiservicios Electromédicos S.A.	Oferta en plaza	€323.190.340,77
2	Promoción Médica S.A.	Oferta en plaza	€283.803.665,94
4	Siemens S.A.	Oferta en plaza	€283.473.020,53
5	Eurociencia S.A.	Oferta en plaza	€493.759.606,13

- Análisis Administrativo: todas las ofertas cumplen.

13) Análisis Administrativo

Ítem: cuatro

- 3 Oferentes.

OFERTA	OFERENTE	REPRESENTANTE	MONTO OFERTADO
1	Multiservicios Electromédicos S.A.	Oferta en plaza	€123.771.925,63
4	Siemens S.A.	Oferta en plaza	€119.341.165,10
5	Eurociencia S.A.	Oferta en plaza	€229.743.772,06

- Análisis Administrativo: todas las ofertas cumplen

14) Análisis Técnico. Ítem: Uno.

Ofertas Excluidas.

Oferta No. 4, Siemens S.A.

- Empresa incumple 5 aspectos técnicos sustanciales del equipo solicitado.
 - Generador de 55 Kw (*mayor o igual a 63 KW*).
 - No da valores (*combinaciones de valores: 630 mA at 100 kV*).
 - Acumulación térmica de 230,000 HU (*300.000 HU*).
 - Desplazamiento máximo de 123 cms (*mínimo de 160 cms*).
 - Sin desplazamiento vertical (*no menor de 20 cms*).

15) Análisis Técnico. Ítem: Uno

- Ofertas elegibles y ponderación:

Oferta 1, Multiservicios Electromédicos S.A. **¢168.538.798,57.**

Puntaje: 89

Oferta 5, Eurociencia Costa Rica S.A. **¢402.038.666,75.**

Puntaje: 44,97.

16) Recomendación Técnica.

Ítem: Uno.

Oferta Recomendada.

- Oferta: No. 1
- Oferente: Multiservicios Electromédicos S.A.
- Marca: AGFA, Modelo DX-D 400.

Objeto Contractual.

- Un Equipo de Rayos X digital de columna.
- Accesorios.
- Preinstalación e instalación.
- Garantía 2 años.
- Mantenimientos Preventivos y correctivos durante la garantía
- Cursos de operación, mantenimiento y protección radiológica.
- Contrato de mantenimiento con repuestos después de garantía de un año prorrogable por 3 años más.

Monto: ¢168.538.798,57.

17) Recomendación Técnica.

Equipo de Rayos X digital de columna, Marca: AGFA, Modelo DX-D 400.

18) Análisis Técnico. Ítem: Dos

Ofertas Excluidas

Oferta No. 5, Eurociencia Costa Rica S.A.

- Empresa incumple 11 aspectos técnicos sustanciales del equipo solicitado.
 - *Sobre de la mesa plano (flotante) capacitado para movimientos longitudinales, transversales y solo los verticales a motor.*
 - *Longitudinal mínimo de ±45 cm.*
 - *Transversal mínimo de ±12 cm.*
 - *La altura máxima de la mesa entre 80 y 100 cms, y... desplazarse hacia abajo (movimiento vertical de la mesa) una altura no menor de 20 cms.*
 - *Con mínimo controles de pie...*

19) Análisis Técnico. Ítem: Dos

Ofertas Excluidas

.Oferta No. 5, Eurociencia Costa Rica S.A.

- Empresa incumple 11 aspectos técnicos sustanciales del equipo solicitado.
 - *Originalmente* monitor ofrecido, ELO ET2240L tenía solo 8 bits y se solicitaron 12 bits, se pidió subsanar.
 - Oferente subsana con monitor HP modelo LP1965, cumple con 12 bits, pero **incumple** con Brillo promedio de 300 cd/m², no es touch screen como el primer ofertado, tiene 3 pulgadas menos, y una resolución menor a lo originalmente ofrecido.
 - Lo cual va en perjuicio de la Institución ya que se ofrece un monitor de menores capacidades al originalmente ofertado.
 - Oferta de mayor precio.

20) Análisis Técnico. Ítem: Dos

- Ofertas elegibles y ponderación:

Oferta 1, Multiservicios Electromédicos S.A. ₡1.188.506.062,83.

Puntaje: 78,60.

Oferta 3, Elvatron S.A. ₡1.530.591.352,92.

Puntaje: 59,66.

Oferta 4, Siemens S.A. ₡1.140.469.897,10.

Puntaje: 89,71.

21) Recomendación Técnica.

Ítem: Dos.

Oferta Recomendada.

- Oferta: No. 4
- Oferente: Siemens S.A.
- Marca: Siemens, Modelo Ysio.

Objeto Contractual.

- Un Equipo de Rayos X digital de estativo de techo y bucky de pared.
- Accesorios.
- Preinstalación e instalación.
- Garantía 2 años.
- Mantenimientos Preventivos y correctivos durante la garantía.
- Cursos de operación, mantenimiento y protección radiológica.
- Contrato de mantenimiento con repuestos después de garantía de un año prorrogable por 3 años más.
- Monto cotizado en colones por rubro de preinstalación **₡184.397.434,70**.
- Monto cotizado en dólares por rubro de Equipos, accesorios, instalación, cursos, mantenimiento preventivo y correctivo (garantía) y contrato de mantenimiento \$1.896.480,00

Monto: ₡1.140.469.897,10*

US\$2.262.253,58*

*Montos calculados con el tipo de cambio de 504,13 vigente al día de la apertura.

22) Recomendación Técnica.

Equipo de Rayos X digital de estativo de techo y bucky de pared, Marca: Siemens, Modelo Ysio.

23) Análisis Técnico. Ítem: Tres.

- Ofertas Excluidas.

No se excluyó a ninguna de las ofertas.

24) Análisis Técnico. Ítem: Tres

- Ofertas elegibles y ponderación:

Oferta 1, Multiservicios Electromédicos S.A. ₡323.190.340,77.

Puntaje: 73,25.

Oferta 3, Promoción Médica S.A. ₡283.803.665,94.

Puntaje: 78,09.

Oferta 4, Siemens S.A. ₡283.473.020,53.

Puntaje: 87,00.

Oferta 5, Eurociencia Costa Rica S.A. ₡493.759.606,13.

Puntaje: 52,47.

25) Recomendación Técnica.

Ítem: Tres.

Oferta Recomendada.

- Oferta: No. 4
- Oferente: Siemens S.A.
- Marca: Siemens, Modelo Multix Fusión.

Objeto Contractual.

- Un Equipo de Rayos X de estativo de techo y bucky de pared.
- Accesorios.
- Preinstalación e instalación.
- Garantía 2 años.
- Mantenimientos Preventivos y correctivos durante la garantía.
- Cursos de operación, mantenimiento y protección radiológica.
- Contrato de mantenimiento con repuestos después de garantía de un año prorrogable por 3 años más.
- Monto cotizado en colones por rubro de preinstalación **₡69.826.759,57.**
- Monto cotizado en dólares por rubro de Equipos, accesorios, instalación, cursos, mantenimiento preventivo y correctivo (garantía) y contrato de mantenimiento \$423.792,00.

Monto: ₡ 283.473.020,53 *

US\$ 562.301,43 *

*Montos calculados con el tipo de cambio de ₡ 504,13 vigente al día de la apertura.

26) Recomendación Técnica.
Equipo de Rayos X de estativo de techo y bucky de pared, Marca: Siemens, Modelo Multix Fusion.

27) Análisis Técnico. Ítem: Cuatro
Ofertas Excluidas.
Oferta No. 4, Siemens S.A.

- Empresa incumple 5 aspectos técnicos sustanciales del equipo solicitado.
 - Generador de 55 Kw (*mayor o igual a 63 KW*).
 - No va valores (*combinaciones de valores: 630 mA at 100 kV*).
 - Acumulación térmica de 230,000 HU (*300.000 HU*).
 - Desplazamiento máximo de 123 cms (*mínimo de 160 cms*).
 - Sin desplazamiento vertical (*no menor de 20 cms*).

28) Análisis Técnico. Ítem: Cuatro.

• **Ofertas elegibles y ponderación:**

Oferta 1, Multiservicios Electromédicos S.A. ₡123.771.925,63

Puntaje: 88,08.

Oferta 5, Eurociencia Costa Rica S.A. ₡229.743.772,06

Puntaje: 53,88.

29) Recomendación Técnica.

Ítem: Cuatro.

Oferta Recomendada.

- Oferta: No. 1
- Oferente: Multiservicios Electromédicos S.A.
- Marca: AGFA, Modelo DX-D 400.

Objeto Contractual.

- Un Equipo de Rayos X de columna.
- Accesorios.
- Preinstalación e instalación.
- Garantía 2 años.
- Mantenimientos Preventivos y correctivos durante la garantía.
- Cursos de operación, mantenimiento y protección radiológica.
- Contrato de mantenimiento con repuestos después de garantía de un año prorrogable por 3 años más.

Monto: ₡123.771.925,63.

30) Recomendación Técnica.
Equipo de Rayos X de columna, Marca: AGFA, Modelo DX-D 400.

31) Resumen de Recomendación Técnica

<i>ITEM</i>	<i>OFERTA</i>	<i>OFERENTE</i>	<i>REPRESENTANTE</i>	<i>COSTO TOTAL</i>
1	1	Multiservicios Electromédicos S.A.	Multiservicios Electromédicos S.A.	₡168.538.798,57
2	4	Siemens S.A.	Siemens S.A.	₡184.397.434,70* \$1.896.480,00 **
3	4	Siemens S.A.	Siemens S.A.	₡69.826.759,57* \$423.792,00 **
4	1	Multiservicios Electromédicos S.A.	Multiservicios Electromédicos S.A.	₡123.771.925,63

Montos ofertados en colones para el rubro de la preinstalación.

**Montos ofertados en dólares para los rubros Equipos, accesorios, instalación, cursos, mantenimiento preventivo y correctivo (garantía) y contrato de mantenimiento.

32)

Orden	Tomo	Contenido del Expediente Principales documentos de la Licitación Asunto	Área Encargada	Número Folio
01	Tomo 1	Estudio de Factibilidad, (incluye guías de reemplazo)	AGT-DEI	001-639
02	Tomo 2	Compromisos	Unidades	672-830
03	Tomo 2	Validación de especificaciones	Unidades	831-838
04	Tomo 2	Peticiones Bienes Muebles	Unidades	843-851
05	Tomo 2	Decisión Inicial	DEI	852-855
06	Tomo 2	Cartel	DEI-Unidades	869-1287
07	Tomo 3	2do cartel modificado con objeciones y adendum	DEI-Unidades	1897-2321
08	Tomo 9	Recomendación Técnica	DEI-Unidades	7718 a 7739
09	Tomo 9	Estudio de Razonabilidad del precios	DEI-ACC (aval)	7937-8164
10	Tomo 9	Aval Estudio Razonabilidad Precios	Área Contabilidad de Costos	8191-8194
11	Tomo 9	Visto Bueno Dirección Jurídica	Dirección Jurídica	8217

33) Recomendación Técnica.
Garantía Solidaria del Fabricante (folio 2712)



Agfa Healthcare Colombia Ltda.
Carrera 68D No. 25B - 86 Of. 906
Tel: (+571) 457 8901
Fax: (+571) 427 2773
www.agfahealthcare.com
Bogotá D. C., Colombia

Bogotá, Mayo 2 de 2013.

Señores
Gerencia de Infraestructura y Tecnología
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
San José, Costa Rica.

Oferta N°
30 MAYO 2013 - - - - 01
GESTION ADMINISTRATIVA Y LOGISTICA
DIRECCION EQUIPAMIENTO INSTITUCIONAL

Asunto: Respaldo Solidario Garantías LICITACIÓN PÚBLICA N° 2013LN-000001-3110 OBJETO DEL CONCURSO: ADQUISICIÓN DE NUEVE EQUIPOS DE RAYOS X PARA ESTUDIOS CONVENCIONALES SIMPLES.

Estimados señores:

Con el fin de que la Caja se asegure el óptimo funcionamiento de los equipos, Agfa HealthCare Colombia ofrece el respaldo solidario de la garantía de los equipos adjudicados a **Multiservicios Electromédicos S.A.**, específicamente para el presente concurso y durante la vida útil de los equipos ofertados, en los términos contratados.

Esta garantía es total dentro del plazo indicado por la oferta de nuestro representante, no solo de mantenimiento preventivo y correctivo, sino también de todas las piezas sin excepción alguna, ni restricción de la cantidad de veces que se requieran reemplazar. De esta manera la casa matriz repondrá sin costo alguno para la CCSS todas y cada una de las piezas, componentes o unidades que integran el equipo ofertado y que fallen dentro del plazo previsto en el contrato, su cartel, oferta y manifestaciones adicionales debidamente acreditadas en el expediente de contratación; y que sean debidamente comprobadas por los expertos del fabricante.

Cordialmente,



NIT: 900.158.401-4

Alejandro Varettoni | Agfa HealthCare
Country Manager | HE / North of Latin America (NOLA)
T +57 1 457 8900 | F +571 4272773 | M +57 310 6086145.

34) Recomendación Técnica.
Garantía Solidaria del Fabricante (folio 6785)

6487

<p>SIEMENS</p> <p>Siemens AG, H CX CRM-DS 3, Henkestr. 127, 91052 Erlangen</p> <p>Señores Caja Costarricense del Seguro Social Gerencia de Infraestructura y Tecnologías Dirección de Equipamiento Institucional</p>	<p>Healthcare</p> <table border="0"> <tr> <td>Name</td> <td>Heinz-Günter Wellendorf</td> </tr> <tr> <td>Department</td> <td>H CX CRM-DS 3</td> </tr> <tr> <td>Telephone</td> <td>+49 (9131) 84-3490</td> </tr> <tr> <td>Mobile</td> <td>+49 (171) 5531893</td> </tr> <tr> <td>E-mail</td> <td>guenter.wellendorf@siemens.com</td> </tr> <tr> <td>Date</td> <td>July 3, 2013</td> </tr> </table>	Name	Heinz-Günter Wellendorf	Department	H CX CRM-DS 3	Telephone	+49 (9131) 84-3490	Mobile	+49 (171) 5531893	E-mail	guenter.wellendorf@siemens.com	Date	July 3, 2013
Name	Heinz-Günter Wellendorf												
Department	H CX CRM-DS 3												
Telephone	+49 (9131) 84-3490												
Mobile	+49 (171) 5531893												
E-mail	guenter.wellendorf@siemens.com												
Date	July 3, 2013												

REFERENCIA: Licitación Pública No. 2013LN-00001-3110
Adquisición de Nueve Equipos de Rayos X para Estudios Convencionales Simples.

Equipo de Rayos X, Marca Siemens, Modelo Ysio, Multix Fusión y Multix Select DR.

Nosotros representantes legales de Siemens AG Healthcare Sector en Alemania, certificamos que Siemens S.A. en Costa Rica está autorizado a vender los equipos manufacturados por nosotros en el territorio de Costa Rica en su propio nombre.

Además certificamos que lo equipos suministrados por nosotros, son nuevos, libres de defectos, construidos con materiales de primera calidad y en línea de producción actual.

Garantizamos el suministro de repuestos por un plazo de diez años y tres meses, contados a partir de la fecha de embarque. La vida útil de estos equipos es normalmente diez años y tres meses, contados a partir de la fecha de embarque, cuando está operando en condiciones ambientales indicados en la instrucciones de uso y todos los mantenimientos preventivos y correctivos son realizados por personal calificado y autorizado por nosotros.

Siemens S.A. está autorizado por parte de nosotros para la prestación de servicio de mantenimiento, instalación, venta de repuestos, accesorios y consumibles.

Siemens AG Healthcare Sector

G. Wellendorf

Siemens AG
Healthcare Sector; Management: Hermann Requardt
Customer Solutions Division; Management: Norbert Gaus

GRAL

Henkestr. 127
91052 Erlangen
Germany

Tel.: +49 (9131) 84 0

Siemens Aktiengesellschaft: Chairman of the Supervisory Board: Gerhard Cromme;
Managing Board: Peter Loescher, Chairman, President and Chief Executive Officer, Roland Busch, Brigitte Ederer, Klaus Helmrich,
Joe Kasser, Barbara Kux, Hermann Requardt, Siegfried Russwurm, Peter Y. Solmsen, Michael Suss
Registered offices: Berlin and Munich, Germany; Commercial registries: Berlin Charlottenburg, HRB 12300, Munich, HRB 8664
EFG-Reg.-No. DE 23891322
.11_SR\20_CRM\60_SL\35_SL_4\10_Sekretariat\Documents to Countries\Costa Rica\2013-07-03 Carta de Fabrica Representacion.NL.doc
SCF 04\2011 V08.12 Page 1 of 1

35) Razonabilidad de precios.

- **Costo de los equipos.**


Estudio realizado por la Dirección de Equipamiento Institucional (folios 7937-8164), que concluye:

“... se concluye que los precios ofertados por las empresas Multiservicios en el Ítem 1 e Ítem 4 y Siemens S.A. en el Ítem 2 e Ítem 3, del proyecto son razonables.”(8026).

Estudio avalado por el Área de Contabilidad de Costos, ACC-0217-2014 (Folios 8191-8194) que concluye:

“... avala la metodología así como los resultados obtenidos en dicho análisis que brinda razonabilidad a las ofertas para cada ítem ...” (Folio 8192).

36) Aval de la Dirección Jurídica



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN JURÍDICA
Área Gestión Técnica y Asistencia Jurídica

2539-1309 2233-8373
jfredrig@ccss.go.cr

8217

7 de marzo del 2014
DJ-1654-2014

Ing. Marvin Herrera Cairol
Director
Dirección de Equipamiento Institucional

Estimado señor:

ASUNTO: REVISIÓN JURÍDICA DEL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN 2013LN-000001-3110 "EQUIPOS DE RAYOS X – III FASE".

Con instrucciones del Director Jurídico y con su autorización, se atiende el oficio DEI-0164-2014 del 21 de febrero del 2014, mediante el cual solicita la revisión de legalidad del procedimiento de contratación 2013LN-000001-3110, previo al dictado del acto final.

Una vez revisado y analizado el expediente administrativo conformado por 9 tomos con 8216 folios, esta asesoría no encuentra impedimento para que el concurso sea conocido por la Comisión Especial de Licitaciones, y posteriormente se eleve a la Junta Directiva para el dictado del acto final. No obstante, resulta necesario que se consideren los siguientes aspectos:

1. Los montos señalados en el Acta de Apertura de Ofertas (folios 2333 y 2334), no coinciden con los montos totales ofertados por las empresas participantes. Revisar dicho aspecto, para que se corrija lo que corresponda mediante resolución administrativa.
2. Se deberán incorporar nuevas certificaciones de las cuotas de la seguridad social (Caja y FODESAF), impuesto a las personas jurídicas y verificación de sanciones de las empresas MULTISERVICIOS ELECTROMÉDICOS S.A. y SIEMENS S.A. (ofertas recomendadas), así como de los subcontratistas ofrecidos. Los documentos que acrediten lo anterior, deberán ser emitidos en la fecha que se pretenda realizar la adjudicación o al menos un día antes de la misma.
3. Solicitar a las empresas recomendadas y a los subcontratistas ofrecidos, una personería jurídica (original o copia certificada) con no más de un mes de emitida.
4. En la etapa de formalización contractual, verificar que los contratistas aporten las pólizas establecidas en el punto 6.9 del cartel.
5. Queda bajo absoluta responsabilidad de la Licda. Melissa Artavia Valverde, funcionaria de la Dirección de Equipamiento Institucional; y del Área de Contabilidad de Costos, los análisis de razonabilidad del precio visibles en folios 7937 al 8164 y 8191 al 8194. Asimismo, corresponderá al Área Gestión de Equipamiento Institucional, en coordinación con las unidades usuarias de los Hospitales en donde se instalarán los equipos, fiscalizar la correcta ejecución del contrato, según lo establecido en el punto

2539-1309 Ext. Interna 7038 1

Una vez revisado y analizado el expediente administrativo conformado por 9 tomos con 8216 folios, esta asesoría no encuentra impedimento para que el concurso sea conocido por la Comisión Especial de Licitaciones, y posteriormente se eleve a la Junta Directiva para el dictado del acto final. No obstante, resulta necesario que se consideren los siguientes aspectos:

37) Aval de la Dirección Jurídica



38) Propuesta de acuerdo:

Por consiguiente, conocida la información presentada por el Lic. Luis Fernando Campos M., Gerente Administrativo, que concuerda con los términos del oficio N° GIT-0499-2014 de fecha 24 de marzo del presente año, suscrito por la Arq. Gabriela Murillo J., Gerente Infraestructura y Tecnologías, la Junta Directiva ACUERDA ADJUDICAR SEGÚN EL SIGUIENTE DETALLE:

Adjudicar la Licitación Pública N° 2013LN-000001-3110, para la Adquisición de 9 Equipos de Rayos X, que serán instalados en los Hospitales: Dr. Calderón Guardia, San Juan de Dios, México, Escalante Pradilla, Ciudad Neily y Monseñor Sanabria, según se detalla a continuación:

39) Propuesta de acuerdo:

- **ITEM N°. 01 OFERTA N°. 02: MULTISERVICIOS ELECTROMÉDICOS, S.A.**
- Adquisición de 1 unidad Equipo de Rayos X, **Marca AGFA, Modelo DX-D 400** (Equipo de Rayos X convencional de columna Digital con mesa fija y bucky de pared, incluye instalación, preinstalación y contrato de mantenimiento durante los dos años de garantía de funcionamiento) Las demás condiciones y especificaciones, de acuerdo con la oferta recomendada y lo solicitado en el cartel.
- **MONTO TOTAL RECOMENDADO A ADJUDICAR PARA EL ÍTEM No. 01: ₡168.538.798,57.**
- *Todo de conformidad con las condiciones exigidas en el respectivo cartel de la solicitud de cotización y las ofrecidas por la firma adjudicataria.*

40) Propuesta de acuerdo:

- **ITEM No. 04 OFERTA No. 02: MULTISERVICIOS ELECTROMÉDICOS, S.A.**
- Adquisición de 1 unidad Equipo de Rayos X, (Equipos de Rayos X convencional de columna con mesa fija y bucky de pared) **Marca AGFA, Modelo DX-D 400**, incluye instalación, preinstalación y contrato de mantenimiento durante los dos años de garantía de funcionamiento. Las demás condiciones y especificaciones, de acuerdo con la oferta recomendada y lo solicitado en el cartel.
- **MONTO TOTAL RECOMENDADO A ADJUDICAR PARA EL ÍTEM No. 04: ₡123.771.925,63.**
- *Todo de conformidad con las condiciones exigidas en el respectivo cartel de la solicitud de cotización y las ofrecidas por la firma adjudicataria.*

41) Propuesta de acuerdo:

- **ITEM No. 02 OFERTA No. 04: SIEMENS, S.A.**
- Adquisición de 5 unidades Equipo de Rayos X, (Equipo de Rayos X convencional de columna Digital con mesa fija y bucky de pared) **Marca Siemens, Modelo Ysio**, incluye instalación, preinstalación y contrato de mantenimiento durante los dos años

de garantía de funcionamiento. Las demás condiciones y especificaciones, de acuerdo con la oferta recomendada y lo solicitado en el cartel.

- **MONTO TOTAL RECOMENDADO A ADJUDICAR PARA EL ÍTEM No. 02: \$2,262,253.58**
- **¢1,140,469,897.10**
- **Tipo de cambio de referencia día la apertura ¢ 504,13.**
- *Todo de conformidad con las condiciones exigidas en el respectivo cartel de la solicitud de cotización y las ofrecidas por la firma adjudicataria.*

42) Propuesta de acuerdo:

- **ITEM No. 03 OFERTA No. 04: SIEMENS, S.A.**
- Adquisición de 2 unidades Equipo de Rayos X (Equipos de Rayos X convencional de estativo de techo, mesa fija y bucky de pared), **Marca Siemens, Modelo Multix Fusión**, incluye instalación, preinstalación y contrato de mantenimiento durante los dos años de garantía de funcionamiento. Las demás condiciones y especificaciones, de acuerdo con la oferta recomendada y lo solicitado en el cartel.
- **MONTO TOTAL RECOMENDADO A ADJUDICAR PARA EL ÍTEM No. 03: \$562.301,43**
- **¢283.473.020,53**
- **Tipo de cambio de referencia día la apertura ¢504,13.**
Todo de conformidad con las condiciones exigidas en el respectivo cartel de la solicitud de cotización y las ofrecidas por la firma adjudicataria.

43) Propuesta de acuerdo:

CUADRO RESUMEN RUBROS POR ADJUDICAR

ITEM #	OFERTA #	EQUIPO	DESTINO	OFERENTE	COSTO TOTAL
1	2	1 Equipo de Rayos X digital de columna	H.DR.C.G.	Multiservicios Electromédicos S.A.	¢168.538.798.57
2	4	5 Equipos de Rayos X digitales de estativo de techo y bucky de pared	1 H.DR.C.G. 2 H.M 2 H.S.J.D.	Siemens S.A.	\$1.896.480,00 (Equipo)
					¢84.397.434,70 (Pre-instalación)
3	4	2 Equipos de Rayos X de estativo de techo y bucky de pared	1 H. Escalante Pradilla. 1 Ciudad Neily.	Siemens S.A.	\$423.792,00 (Equipo)
					¢69.826.759,57 (Pre-instalación)

4	2	1 Equipo de Rayos X de columna	Hospital Monseñor Sanabria	Multiservicios Electromédicos S.A.	€123.771.925,63
---	---	--------------------------------	----------------------------	------------------------------------	-----------------

El Director Loría Chaves expresa su preocupación porque no hay un plan para robustecer las Áreas de Salud, sino que se están aprobando una gran cantidad de contratos que se destinan a los hospitales, con lo que se termina saturando los servicios de esos centros. Quisiera que se aprueben proyectos para robustecer las Áreas de Salud, como se ha dicho muchas veces, pero en la práctica se siguen destinando todos los equipos que se adquieren a los hospitales.

Señala la Directora Solera Picado que estos equipos son de reemplazo y son muy necesarios para no caer en problemas con equipos totalmente inservibles. Recuerda que la compra de estos equipos se incluyó en el portafolio, a raíz de un estudio que se hizo inicialmente, que señaló la necesidad de hacer el reemplazo. Sin embargo, está de acuerdo con la posición del compañero Loría Chaves y quisiera que al final le permitan hacer una propuesta formal, porque se viene deliberando sobre el asunto y siempre que hay un tema que da la oportunidad de decir que se necesita fortalecer las Áreas de Salud, se queda en una deliberación y no hay una propuesta concreta de acuerdo. Cree que necesario que se fortalezcan los hospitales, para hacer los reemplazos necesarios, pero hay que ir pensando, a mediano y largo plazo, en un proyecto aparejado a los resultados de la revisión del modelo readecuado, que tiene que estar en un corto tiempo. Reitera su petición de que, al terminar de ver esta licitación, se le permita un espacio para hacer una propuesta formal.

El Director Fallas Camacho señala que es necesario tener la certeza de que la razonabilidad de costos fue hecha en los términos apropiados, que se está comprando lo mejor en calidad, que se cumple con las normas vigentes y que las garantías son de fábrica, no de representantes.

El ingeniero Cervantes Jiménez recuerda que este es un proyecto de sustitución ya identificado en alrededor de setenta equipos; anota que esta compra responde a criterios de urgencia debidamente priorizados. Respecto a la adecuación de los espacios, son trabajos importantes en las salas para instalar los equipos, no tiene que ver con reforzamientos estructurales; es una readecuación de las salas.

Señala el licenciado Hernández Castañeda que la Auditoría no tiene mayores observaciones que hacer a esta licitación. De la información que han analizado se observa que la oferta de Siemens para los ítems 2 y 3 es la de menor precio y que además obtuvo el mayor porcentaje en el proceso de valoración de las ofertas; lo mismo ocurre en el caso de los ítems 1 y 4 con la empresa Multiservicios Electromédicos S.A., es la de menor precio y también obtiene el mayor porcentaje. En cuanto al análisis técnico de las ofertas, está de acuerdo con las razones para declarar incumplimiento en algunas de ellas. En cuanto al análisis de precios, recuerda que él ha sido crítico en los informes que presenta el Área de Costos, y en esta oportunidad deja constancia de su reconocimiento por la forma en que se hizo el análisis; inclusive en una oportunidad anterior, en un caso muy similar, él había hecho una serie de observaciones que aquí se están contemplando. Finalmente, en cuanto a las garantías, le parece que hay información muy importante en los documentos que se presentan.

Por lo tanto, se tiene a la vista el oficio GIT-0499-2014 de fecha 24 de marzo del año 2014, que en adelante se transcribe, en lo conducente, que firma la señora Gerente de Infraestructura y Tecnologías, el cual es presentado por el Gerente Administrativo, en virtud de que la arquitecta Gabriela Murillo Jenkins participa en el “*Cuarto Encuentro Latinoamericano sobre Derecho a la Salud y Sistemas de Salud*”, en Bogotá, Colombia:

“Para conocimiento y aprobación de la Junta Directiva presento solicitud de adjudicación de la Licitación Pública N° 2013LN-000001-3110, para la adquisición de 9 Equipos de Rayos X, que serán instalados en los Hospitales: Dr. Calderón Guardia, San Juan de Dios, México, Escalante Pradilla, Ciudad Neily y Monseñor Sanabria, con base en la recomendación de la Comisión Especial de Licitaciones formulada en la sesión N°06-2014 celebrada el 24 de marzo de 2014, acta de aprobación remitida mediante oficio C.E.L.026-2013 (Folios 8249 a 8259), de la cual en lo que interesa transcribo:

1. “(...)Antecedentes:

- **Fecha de invitación:** 23 de enero de 2013, en el diario oficial *La Gaceta No. 16. Folio 1295.*
- **Apertura:** 30 de mayo de 2013. (Folios No. 2333 y 2334)
- **Modalidad de la compra:** ordinaria

2. Participantes:

OFERTA	OFERENTE	REPRESENTANTE
01	<i>Multiservicios Electromédicos (MesaMedical) S.A.</i>	<i>Oferta en plaza.</i>
02	<i>Promoción Médica S.A.</i>	<i>Oferta en plaza.</i>
03	<i>Elvatrón S.A.</i>	<i>Oferta en plaza.</i>
04	<i>Siemens S.A.</i>	<i>Oferta en plaza.</i>
05	<i>Eurociencia S.A.</i>	<i>Oferta en plaza.</i>

3. Análisis Administrativo:

De conformidad con el análisis realizado por la Dirección de Equipamiento Institucional, se determina que todas las ofertas cumplen con todos los aspectos administrativos solicitados en el cartel. (Folio 6248)

4. Análisis técnico y recomendación:

Mediante Oficio AGE-DEI-0701-2013, (Folios 7718 a 7739) de fecha 15 de noviembre de 2013, la Comisión Técnica responsable de emitir el análisis y recomendación, determina: Que en el Ítem 1, la oferta N° 04 queda excluida por que incumple con aspectos técnicos solicitados en el cartel. (Folios 7719 a 7721)

Al sistema de evaluación se someten las siguientes ofertas: (Folio 7722)

- *Oferta N° 01 Multiservicios Electromédicos S.A.*

- *Oferta N° 05 Eurociencia S.A.*

Que la oferta No. 01, Multiservicios Electromédicos S.A., obtuvo el mayor puntaje en la evaluación, cumpliendo con los parámetros establecidos en la ponderación, por lo que se recomienda adjudicar el ítem 1 a dicha oferta. Folio 7723.

Que en el Ítem 2, la oferta N° 05 queda excluida por que incumple con aspectos técnicos solicitados en el cartel. (Folios 7724 y 7725)

Al sistema de evaluación se someten las siguientes ofertas: (Folios 7725 a 7727)

- *Oferta N° 01 Multiservicios Electromédicos S.A.*
- *Oferta N° 03 Elvatrón S.A.*
- *Oferta N° 04 Siemens S.A.*

Que la oferta No. 04, Siemens S.A., obtuvo el mayor puntaje en la evaluación, cumpliendo con los parámetros establecidos en la ponderación, por lo que se recomienda adjudicar el ítem 2 a dicha oferta. (Folio 7727).

Que en el Ítem 3, no se excluyó ninguna oferta. (Folio 7729)

Al sistema de evaluación se someten las siguientes ofertas: (Folio 7729)

- *Oferta N° 01 Multiservicios Electromédicos S.A.*
- *Oferta N° 02 Promoción Médica S.A.*
- *Oferta N° 04 Siemens S.A.*
- *Oferta N° 05 Eurociencia S.A.*

Que la oferta No. 04, Siemens S.A., obtuvo el mayor puntaje en la evaluación, cumpliendo con los parámetros establecidos en la ponderación, por lo que se recomienda adjudicar el ítem 3 a dicha oferta. Folio 7730.

Que en el Ítem 4, la oferta N° 04 de Siemens S.A., queda excluida por que incumple con aspectos técnicos solicitados en el cartel. (Folios 7731 y 7732)

Al sistema de evaluación se someten las siguientes ofertas: (Folio 7732)

- *Oferta N° 01 Multiservicios Electromédicos S.A.*
- *Oferta N° 05 Eurociencia S.A.*

Que la oferta No. 01, Multiservicios Electromédicos S.A., obtuvo el mayor puntaje en la evaluación, cumpliendo con los parámetros establecidos en la ponderación, por lo que se recomienda adjudicar el ítem 4 a dicha oferta. Folio 7733.

5. Razonabilidad del Precio:

Mediante oficio N° ACC-0217-2014, visible en folios 8191 a 8193, de fecha 29 de enero de 2014, el Área de Contabilidad de Costos, avala técnicamente el estudio de razonabilidad del precio, elaborado por la Licda. Melissa Artavia Valverde, Grupo de Normalización de la Dirección Equipamiento Institucional, en el cual, mediante análisis visible en folio 8194, indica entre otras cosas, lo siguiente:

“De acuerdo a lo revisado, se validan los cálculos realizados y las fuentes de información oficiales a nivel nacional utilizadas como instancias de Gobierno y de acreditación técnica, por lo que esta Área avala la metodología así como los resultados obtenidos en dicho análisis que brinda razonabilidad a las ofertas recomendadas para cada ítem a partir de la referencia construida con la que se establece que el precio cotizado como monto total en colones es menor respecto a dicha referencia en cada uno de los ítems solicitados, tal como se observa en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 3
Comparativo de precios ofertas recomendadas respecto a referencia Institucional por monto total, según ítem (en colones y porcentajes)

Ítem	Oferta recomendada	Monto recomendado	Referencia DEI	Dif %
1	Multiservicios Electromédicos S.A.	¢144.058.798, 57	¢281.302.420, 94	-48,79%
2	Siemens S.A.	¢910.698.241, 75	¢2.539.933.713, 01	-64,14%
3	Siemens S.A.	¢204.066.782, 70	¢297.028.192, 13	-31,30%
4	Multiservicios Electromédicos S.A.	¢106.431.925, 63	¢131.269.289, 01	-18,92%

Fuente: Elaboración propia a partir de Anexos adjunto al presente informe.”

6. Criterio Legal:

Mediante oficio DJ-1654-2014, de fecha 07 de marzo de 2014, la Dirección Jurídica otorga el visto bueno para que la Comisión de Licitaciones pueda recomendar la emisión del acto de adjudicación por parte de la Junta Directiva de la Institución. Folio 8217.

7. Recomendación:

De acuerdo con los elementos que se tienen como acreditados en el expediente de la licitación pública N° 2013LN-000001-3110, y dado el cumplimiento administrativo, técnico y legal, así como la determinación de la razonabilidad del precio por parte del Área de Contabilidad de Costos, la Comisión Especial de Licitaciones avala el presente caso con la finalidad de elevarlo a la Junta Directiva para su respectiva adjudicación, según el siguiente detalle:

8. **Presupuesto:** Partidas presupuestarias No. 2131, 2154, 2320 y 2510 se han separado y se encuentran disponibles los recursos, para hacer frente al compromiso que genera este concurso (folio 8201).

9. Sanción a Proveedor: *Los oferentes recomendados no tienen sanción de apercibimiento ni de inhabilitación. (Folios 8236 a 8239). “*

• **RECOMENDACIÓN:**

De acuerdo con los elementos que se tienen como acreditados en el expediente administrativo de la Licitación Pública 2013LN-000001-3110, dado el cumplimiento administrativo, técnico y legal, así como el aval al estudio de la razonabilidad de precios por parte del Área de Contabilidad de Costos en oficio ACC-0217-2014 (folios 8191 a 8193), la recomendación de la Comisión Técnica en oficio AGE-DEI-0701-2013 (folios 7718 a 7739), el aval de la Dirección Jurídica en oficio DJ-1654-2014 y la recomendación de la Comisión Especial de Licitaciones formulada en la Sesión N° 06-2014 de fecha 24 de marzo de 2014, visible en folios 8249 a 8259, la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías recomienda a la Junta Directiva, adjudicar la Licitación Pública 2013LN-000001-3110 para la adquisición de 9 Equipos de Rayos X para instalar en los Hospitales : Dr. Calderón Guardia , México ,San Juan de Dios, Escalante Pradilla, Ciudad Neily y Monseñor Sanabria, según se detalla en el siguiente cuadro:

CUADRO RESUMEN RUBROS A ADJUDICAR

ITEM #	OFERTA #	EQUIPO	DESTINO	OFERENTE	COSTO TOTAL
ITEM 1	2	1 Equipo de Rayos X digital de columna	H.DR.C.G.	Multiservicios Electromédicos S.A.	¢168.538.798,57
ITEM 2	4	5 Equipos de Rayos X digitales de estativo de techo y bucky de pared	1 H.DR.C.G. 2 H.M 2 H.S.J.D.	Siemens S.A.	\$1.896.480,00 (Equipo) ¢ 84.397.434,70 (Instalación)
ITEM 3	4	2 Equipos de Rayos X de estativo de techo y bucky de pared	1 H. Escalante Pradilla. 1 Ciudad Neily.	Siemens S.A.	\$423.792,00 (Equipo) ¢69.826.759,57 (Instalación)
ITEM 4	2	1 Equipo de Rayos X de columna	Hospital Monseñor Sanabria	Multiservicios Electromédicos S.A.	¢123.771.925,63

Las demás condiciones y especificaciones, de acuerdo con la oferta recomendada y lo solicitado en el cartel ...”,

habiéndose hecho la presentación pertinente por parte del ingeniero Fabián Cervantes Jiménez, Asesor de Equipamiento de la Dirección de Equipamiento Institucional, con la

recomendación de la arquitecta Gabriela Murillo Jenkins, Gerente de Infraestructura y Tecnologías, que consta en el citado oficio número GIT-0499-2014, así como la recomendación de la Comisión Especial de Licitaciones que en la sesión N° 06 del 24 de marzo del año 2014; con el aval al estudio de razonabilidad de precios, por parte del Área de Contabilidad de Costos, en el oficio N° ACC-0217-2014, de fecha 29 de enero del año 2014, la recomendación de la Comisión Técnica en oficio N° AGE-DEI-0701-2013 del 15 de noviembre del año 2013, el criterio de la Dirección Jurídica en el oficio N° DJ-1654-2014, además de los elementos que se tienen como acreditados en el expediente de la licitación pública 2013LN-000001-3110, que muestran el cumplimiento administrativo, legal y técnico, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** adjudicar la licitación pública N° 2013LN-000001-3110, promovida para la adquisición de nueve equipos de Rayos X, que serán instalados en los Hospitales: Calderón Guardia, San Juan de Dios, México, Escalante Pradilla, Ciudad Neily y Monseñor Sanabria, según el siguiente detalle:

1. ITEM N° 01 OFERTA N°. 02: MULTISERVICIOS ELECTROMÉDICOS, S.A.

Adquisición de **1 (una)** unidad Equipo de Rayos X, **Marca** AGFA, **Modelo** DX-D 400 (Equipo de Rayos X convencional de columna Digital con mesa fija y bucky de pared; incluye instalación, preinstalación y contrato de mantenimiento durante los dos años de garantía de funcionamiento)

Las demás condiciones y especificaciones, de acuerdo con la oferta recomendada y lo solicitado en el cartel.

MONTO TOTAL ADJUDICADO PARA EL ÍTEM N° 01	¢168.538.798,57
--	------------------------

2. ITEM N° 04 OFERTA No. 02: MULTISERVICIOS ELECTROMÉDICOS, S.A.

Adquisición de **1 (una)** unidad Equipo de Rayos X, (Equipos de Rayos X convencional de columna con mesa fija y bucky de pared), **Marca** AGFA, **Modelo** DX-D 400; incluye instalación, preinstalación y contrato de mantenimiento durante los dos años de garantía de funcionamiento.

Las demás condiciones y especificaciones, de acuerdo con la oferta recomendada y lo solicitado en el cartel

MONTO TOTAL ADJUDICADO PARA EL ÍTEM N° 04	¢123.771.925,63
--	------------------------

3. ITEM N° 02 OFERTA N° 04: SIEMENS, S.A.

Adquisición de **5 (cinco)** unidades Equipo de Rayos X, (Equipo de Rayos X convencional de columna Digital con mesa fija y bucky de pared), **Marca** Siemens, **Modelo** Ysio; incluye instalación, preinstalación y contrato de mantenimiento durante los dos años de garantía de funcionamiento.

Las demás condiciones y especificaciones, de acuerdo con la oferta recomendada y lo solicitado en el cartel.

MONTO TOTAL ADJUDICADO PARA EL ÍTEM N° 02	\$2,262,253.58	¢1,140,469,897.10
--	-----------------------	--------------------------

Tipo de cambio de referencia día la apertura ¢ 504,13

4. ITEM No. 03 OFERTA No. 04: SIEMENS, S.A.

Adquisición de **2 (dos)** unidades Equipo de Rayos X (Equipos de Rayos X convencional de estativo de techo, mesa fija y bucky de pared), **Marca** Siemens, **Modelo** Multix Fusion; incluye instalación, preinstalación y contrato de mantenimiento durante los dos años de garantía de funcionamiento.

Las demás condiciones y especificaciones, de acuerdo con la oferta recomendada y lo solicitado en el cartel.

MONTO TOTAL RECOMENDADO A ADJUDICAR PARA EL ÍTEM N° 03	\$562.301,43	¢283.473.020,53
---	---------------------	------------------------

Tipo de cambio de referencia día la apertura ¢504,13.

CUADRO RESUMEN RUBROS ADJUDICADOS:

ITEM #	OFERTA #	EQUIPO	DESTINO	OFERENTE	COSTO TOTAL
1	2	1 Equipo de Rayos X digital de columna	H.DR.C.G.	Multiservicios Electromédicos S.A.	¢168.538.798.57
2	4	5 Equipos de Rayos X digitales de estativo de techo y bucky de pared	1 H.DR.C.G. 2 H.M 2 H.S.J.D.	Siemens S.A.	\$1.896.480,00 (Equipo)
					¢84.397.434,70 (Instalación)
3	4	2 Equipos de Rayos X de estativo de techo y bucky de pared	1 H. Escalante Pradilla. 1 Ciudad Neily.	Siemens S.A.	\$423.792,00 (Equipo)
					¢69.826.759,57 (Instalación)
4	2	1 Equipo de Rayos X de columna	Hospital Monseñor Sanabria	Multiservicios Electromédicos S.A.	¢123.771.925,63

Las demás condiciones y especificaciones, de acuerdo con la oferta recomendada y lo solicitado en el cartel.

Todo de conformidad con las condiciones exigidas en el respectivo cartel de licitación y las ofrecidas por las firmas adjudicatarias.

Sometida a votación la moción para que la resolución se adopte en firme es acogida unánimemente. Por tanto, el acuerdo se adopta en firme.

El equipo de trabajo, salvo el licenciado Valverde Méndez, que acompaña al licenciado Campos Montes se retira del salón de sesiones.

ARTICULO 2°

Se tiene a la vista la nota oficio número CG-1041-2014, del 25 de marzo del año 2014, suscrita por la Jefa de Área de la Comisión Permanente de Gobierno y Administración de la Asamblea Legislativa, por medio de la que se consulta el *Proyecto de ley "AUTORIZACIÓN AL BANCO HIPOTECARIO DE LA VIVIENDA PARA QUE DONE UN TERRENO DE SU PROPIEDAD A LA MUNICIPALIDAD DE DESAMPARADOS"*, expediente N° 18.581.

Se presenta el criterio de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, contenido en el oficio N° GIT-0525-2014 del 28 de marzo del año en curso, suscrito por el licenciado David Valverde Méndez, Asesor Legal de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, que se transcribe adelante, en lo conducente:

“En atención al oficio JD-PL-004-14 del 25 de marzo de 2014, suscrito por la señora Emma C. Zúñiga Valverde, secretaria de Junta Directiva, y en referencia al oficio CG-1041-2014 con fecha 25 de marzo de 2014, suscrito por la licenciada Rosa María Vega Campos, Jefa de Área de la Comisión Permanente de Gobierno y Administración, mediante el cual remite consulta sobre el texto del Proyecto de Ley indicado en el epígrafe, atenta manifiesto:

I- ANTECEDENTES:

El Banco Hipotecario de la Vivienda (Banhvi) posee un inmueble de su propiedad ubicado en el Distrito Patarrá del Cantón de Desamparados de la provincia de San José, y además en el distrito Río Azul del cantón de La Unión de la provincia de Cartago; inscrito en el Registro Público de la Propiedad en el sistema de Folio Real matricula N° 609226-000, el cual es terreno para desarrollar proyectos de vivienda de interés social del Fondo Nacional de Subsidio para la Vivienda, con medidas de 50.201,87 m².

Dicha finca fue destinada inicialmente para "*desarrollar proyectos de interés social*", pero por su ubicación, de conformidad con el Plan de Ordenamiento Territorial, quedó ubicada en una zonificación deportiva-recreativa, por lo que el desarrollo de residencial no es permitido.

Debido a lo anterior, la Junta Directiva del Banhvi, mediante acuerdo N° 2, artículo 3, de la sesión 2-2012 del 16 de enero del 2012, autorizó la donación del inmueble dicho a la Municipalidad de Desamparados, para la construcción de una o varias de las siguientes obras de servicio y de interés público, según lo determine la entidad donataria: construcción de un centro de acopio de desechos sólidos, de un almacén municipal para el resguardo de agregados, materiales y maquinaria, de un hospital, de un campus universitario o de un circuito de los Tribunales de Justicia, entre otros.

Con base en el anterior acuerdo, el Concejo Municipal de Desamparados aceptó la donación de este inmueble mediante acuerdo N° 7 de la sesión N° 13-2012, celebrada el 28 de febrero de 2012. Para esos efectos avaló las gestiones de la Asamblea Legislativa para tramitar el proyecto de ley que permita la donación del terreno supra referido.

Mediante oficio CG-1041-2014 con fecha 25 de marzo de 2014, suscrito por la licenciada Rosa María Vega Campos, Jefa de Área de la Comisión Permanente de Gobierno y Administración, se consulta a la CCSS “opinión” sobre dicho proyecto de Ley.

Se consultó a la Gerencia Médica y ésta mediante oficio GM-SJD-4986-14 de fecha 28 de marzo del 2014 manifestó:

“II) SOBRE EL PROYECTO DE LEY

De la lectura del texto del proyecto de Ley que aquí se consulta se observa que el mismo solo consta de tres artículos, evidenciándose que su objetivo es autorizar al Banco Hipotecario de la Vivienda a la donación de un inmueble de su propiedad a la Municipalidad de Desamparados, tomando en consideración que dicho terreno deberá estar destinado a la construcción de un centro de acopio de desechos sólidos, de un almacén municipal para el resguardo de agregados, materiales y maquinaria, de un hospital, de un campus universitario o de un circuito de los Tribunales de Justicia, entre otros. En razón de lo anterior, esta Gerencia determina que el proyecto fue consultado a la Institución, toda vez que dentro de las posibilidades de destino del inmueble se anota “un hospital”, sin embargo, esto resulta ser una opción para su destino y no una situación cierta, por lo que no implica ningún roce de legalidad que atente contra las competencias de la Institución.

III) CONCLUSIÓN

Con base en lo expuesto, esta Gerencia encuentra que el proyecto de ley aquí consultado, no contiene ningún roce de legalidad ni interfiere con las competencias institucionales, por lo que no existe motivo alguno para oponerse al mismo”.

Se solicitó el criterio legal del Lic. David Valverde Méndez, Asesor Legal de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías.

I- CONSIDERACIONES Y CRITERIO LEGAL:

El licenciado Lic. David Valverde Méndez, Asesor Legal de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, mediante informe GIT-0524-2014 externa criterio de la siguiente manera:

II- CONSIDERACIONES Y ANALISIS:

Este es un proyecto de ley que no toca las competencias de la CCSS. Nótese que sus únicos 3 artículos lo que pretenden es la autorización al Banhvi, para que done a la Municipalidad de Desamparados, el inmueble de su propiedad, inscrito en el Registro Público, partido de San José, N° 609226-000. El terreno mide 50.201.87 m2, según plano catastrado SJ-1153032-2007.

La razón por la cual se consulta a la CCSS, es porque el proyecto contempla que la donación futura lo sea para que la Municipalidad –en un momento futuro e incierto- destine el terreno a la construcción de un centro de acopio de desechos sólidos; de un almacén municipal para el resguardo de agregados, materiales y maquinaria; un campus universitario; un circuito de los Tribunales de Justicia, o un hospital, entre otros.

Por demás está indicar que la CCSS dentro de su portafolio de Inversiones no posee proyectos en la zona de Patarrá, siendo el proyecto más cercano una Sede de Ebais en Dos cercas de Desamparados el cual ya posee lote.

A todas luces, el proyecto de ley se encuentra lejos de interferir con las competencias de nuestra institución, resultando a esta altura irrelevante para la misma.

En conclusión, esta asesoría legal considera que el proyecto de ley en no roza con las competencias constitucionales o funcionales de la CCSS, ni con sus funciones y/o normativa institucional.

III- CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIÓN:

Con base en lo expuesto en líneas anteriores, esta Asesoría Legal considera que, desde el punto de vista legal, el proyecto de ley propuesto no roza con las competencias constitucionales o funcionales de la CCSS, ni con sus funciones y/o normativa institucional. Se recomienda no oponerse a la tramitación de dicho proyecto de ley.”

III- RECOMENDACIÓN:

Con base en el anterior criterio legal, esta Gerencia considera que desde el punto de vista legal, el proyecto de ley propuesto no roza con las competencias constitucionales o funcionales de la CCSS, ni con sus funciones y/o normativa institucional”,

habiéndose hecho la presentación pertinente por parte del licenciado David Valverde Méndez, Asesor Legal de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, y con base en la recomendación que consta en la citada nota número GIT-525-2014, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** externar que la Caja Costarricense de Seguro Social –a pesar de no poseer proyectos de infraestructura médica en el sector de Patarrá- emite criterio positivo y no oposición al Proyecto de Ley en consulta.

Sometida a votación la moción para que lo resuelto se adopte en firme es acogida en forma unánime. Por lo tanto, el acuerdo se adopta en firme.

Los licenciados Campos Montes y Valverde Méndez se retiran del salón de sesiones.

Ingresa al salón de sesiones el señor Gerente Financiero, licenciado Gustavo Picado Chacón.

El Director Marín Carvajal se disculpa y se retira temporalmente del salón de sesiones.

ARTICULO 3°

*“De conformidad con el criterio **SJD-AL-0036-2020** del 12 de octubre de 2020, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con reiterada jurisprudencia de Sala Constitucional y la respectiva normativa, se excluye de publicación”.*

ARTICULO 4°

*“De conformidad con el criterio **SJD-AL-0036-2020** del 12 de octubre de 2020, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con reiterada jurisprudencia de Sala Constitucional y la respectiva normativa, se excluye de publicación”.*

ARTICULO 5°

*“De conformidad con el criterio **SJD-AL-0036-2020** del 12 de octubre de 2020, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con reiterada jurisprudencia de Sala Constitucional y la respectiva normativa, se excluye de publicación”.*

ARTICULO 6°

*“De conformidad con el criterio **SJD-AL-0036-2020** del 12 de octubre de 2020, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con reiterada jurisprudencia de Sala Constitucional y la respectiva normativa, se excluye de publicación”.*

ARTICULO 7°

*“De conformidad con el criterio **SJD-AL-0036-2020** del 12 de octubre de 2020, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con reiterada jurisprudencia de Sala Constitucional y la respectiva normativa, se excluye de publicación”.*

ARTICULO 8°

*“De conformidad con el criterio **SJD-AL-0036-2020** del 12 de octubre de 2020, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con reiterada jurisprudencia de Sala Constitucional y la respectiva normativa, se excluye de publicación”.*

ARTICULO 9°

“De conformidad con el criterio SJD-AL-0036-2020 del 12 de octubre de 2020, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con reiterada jurisprudencia de Sala Constitucional y la respectiva normativa, se excluye de publicación”.

ARTICULO 10°

“De conformidad con el criterio SJD-AL-0036-2020 del 12 de octubre de 2020, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con reiterada jurisprudencia de Sala Constitucional y la respectiva normativa, se excluye de publicación”.

Ingresan al salón de sesiones los licenciados Luis Guillermo López Vargas, Director Actuarial, y Víctor Fernández Badilla, Director Ejecutivo del Fondo de Retiro, Ahorro y Préstamo.

ARTICULO 11°

El señor Gerente Financiero se refiere al oficio N° GF-22.746-14 de fecha 28 de marzo del 2014, firmado por él, que contiene la propuesta para la revaloración N° 28 y la N° 29 de los montos de las pensiones del Fondo de Retiro (FRE), que corresponden al I y II semestre del año 2013.

El efecto, el licenciado Picado Chacón se apoya en las siguientes láminas:

i) **ESTUDIO ACTUARIAL PARA LA REVALUACIÓN
N° 29 DE LOS MONTOS DE LAS PENSIONES DEL FRE.**
Evelyn Guzmán Solano
Dirección Actuarial y Económica.

ii) Contenido.

- ▶ Marco normativo.
- ▶ Aspectos técnicos.
- ▶ Estadísticas del Fondo.
- ▶ Propuesta de revalorización.
- ▶ Impacto en la Reserva de Pensiones en Curso de Pago.
- ▶ Recomendaciones.

iii) Marco normativo.

Artículo 6, Reglamento del FRE:

- *Establece la elaboración de un estudio semestral por parte de la Dirección Actuarial.*

- *Objetivo: revalorizar los montos de las pensiones en el tanto las posibilidades financieras del fondo lo permitan.*

- iv) Aspectos técnicos.
Índice de Precios al Consumidor (gráfico).

Cuadro N° 1:
Porcentaje De Inflación, Costa Rica
Por Semestre
2007-2013

Período	% Inflación acumulada
I-2007	4,65%
II-2007	5,88%
I-2008	6,55%
II-2008	6,90%
I-2009	1,22%
II-2009	2,80%
I-2010	3,42%
II-2010	2,33%
I-2011	2,78%
II-2011	1,90%
I-2012	2,66%
II-2012	1,84%
I-2013	3,24%
II-2013	0,43%

Fuente: Datos del Banco Central de Costa Rica.

- v) **ASPECTOS TÉCNICOS**
Situación actuarial del Fondo

- ▶ Parámetros establecidos en el último estudio de la Valuación actuarial del FRE, al **30** de junio del **2013**
- ▶ Revalorización de los montos de las pensiones

50% de la inflación.

- vi) **ESTADÍSTICAS DEL FONDO**
Empleados de la Caja y Promedio del Salario Ordinario, según sexo.

Sexo	Número	Salario promedio
Hombres	21355	₪ 999.929,14
Mujeres	28237	₪ 929.065,13
Total	49592	₪ 964.497,13

Fuente: FRE, Planilla de Empleados de la CCSS a diciembre del 2013.

vii) **ESTADÍSTICAS DEL FONDO**
 Pensionados en curso de pago, por riesgo y sexo
 Al mes de diciembre del 2013

Riesgo	Hombres	Mujeres	Total
Invalidez	999	2894	3893
Vejez	3009	4357	7366
Viudez	111	645	756
Orfandad	165	164	329
Padre/Madre	11	70	81
Hermano/Hermana	3	6	9
Otros	59	66	125
Total	4357	8202	12559

Fuente: Planilla de Pensionados del mes de diciembre del 2013, FRE.

viii) **ESTADÍSTICAS DEL FONDO**
 Monto de Pensión Promedio, por riesgo y sexo
 Al mes de diciembre del 2013

Riesgo	Hombres	Mujeres	Total
Invalidez	50.398,35	35.536,06	42.967,20
Vejez	121.762,11	109.101,49	115.431,80

Viudez	28.749,20	39.716,64	34.232,92
Orfandad	16.817,73	15.832,45	16.325,09
Padre/Madre	15.584,84	11.215,84	13.400,34
Hermano/Hermana	19.593,18	17.732,73	18.662,95
Otros	150.261,81	57.400,91	103.831,36
Total	99.103,03	74.505,03	86.804,03

Fuente: Planilla de Pensionados a diciembre del 2013, FRE.

- ix) **ESTADÍSTICAS DEL FONDO**
Montos máximos de pensión por período

**PORCENTAJES DE REVALORIZACIÓN Y
MONTOS MÁXIMOS DE PENSIÓN
POR SEMESTRE**

Período	Porcentaje Revalorización	Monto máximo
II-2007	2,50%	258.300
I-2008	3,27%	266.750
II-2008	4,04%	277.530
I-2009	0,67%	279.395
II-2009	1,40%	283.300
I-2010	1,71%	288.144
II-2010	1,17%	291.500
I-2011	1,39%	295.552
II-2011	0,95%	298.360
I-2012	1,33%	302.328
II-2012	0,92%	305.109
I-2013	1,62%	310.052

- x) **ESTADÍSTICAS DEL FONDO**
Radio de Soporte

**RADIO DE SOPORTE
TRABAJADORES AFILIADOS Y PENSIONADOS DEL FRE
2004 – 2013**

Año	Trabajadores	Pensionados	Radio Soporte
2004	36.574	6.596	5,54
2005	37.723	7.175	5,26
2006	39.421	7.764	5,08
2007	41.944	8.279	5,07
2008	44.349	8.860	5,01
2009	47.341	9.445	5,01
2010	48.933	10.138	4,83
2011	49.185	10.805	4,55
2012	48.779	11.751	4,15
2013	49.592	12.559	3,95

Fuente: Elaboración propia con base en los Informes de Gestión del FRE. Datos a diciembre de 2013.

xi) Propuesta de revalorización:

▶ Con base en los aspectos técnicos planteados, se propone:

- Porcentaje de revalorización: **0,22%**
- Monto máximo: **¢310.734,11.**

xii) **IMPACTO EN LA RESERVA
COSTO DEL AUMENTO EN MONTO DE
PENSIONES POR CONCEPTO DE REVALORIZACIÓN
POR RIESGO Y SEXO**

Riesgo	Hombres	Mujeres	Total
Invalidez	¢26.596.283,51	¢59.963.814,59	¢86.560.098,10
Vejez	¢183.106.884,50	¢267.161.773,46	¢450.268.657,96
Viudez	¢883.847,56	¢7.351.070,77	¢8.234.918,33
Orfandad	¢373.627,79	¢377.168,57	¢750.796,36
Padre/Madre	¢26.488,24	¢144.728,77	¢171.217,01
Hermano / Hermana	¢18.287,68	¢26.429,03	¢44.716,71
Otros	¢1.804.573,04	¢898.622,11	¢2.703.195,15
Total	¢212.809.992,32	¢335.923.607,30	¢548.733.599,62

Fuente: Elaboración propia, con datos de *Planilla de Pensionados del mes de diciembre del 2013, FRE.*

xiii) Recomendaciones:

- ▶ Revalorizar los montos de las pensiones en un 0,22%.
- ▶ Establecer el tope máximo de pensión mensual en la suma de ¢310.734,11.
- ▶ Hacer regir a partir del 1° de enero del 2014.

El Director Loría Chaves consulta qué significa la observación de que este asunto es de alto impacto y si es sostenible o no.

El licenciado López Vargas expresa que en realidad la sostenibilidad del Fondo de Retiro la visualizan en la elaboración actuarial de largo plazo; y dentro de las premisas para garantizar esa sostenibilidad, está que no se incremente el monto de las pensiones en más de un 50% de la tasa de inflación, y estas revaloraciones lo que hacen es acoger esa disposición, de tal manera que, en tanto el FRE incremente el monto de la pensión en 0.22% y en 1.62% en el caso del semestre anterior, es totalmente consistente con la sostenibilidad del Fondo.

Por lo tanto, conocida la información que presenta el señor Gerente Financiero, que concuerda con los términos del oficio GF-22.746-14 de fecha 28 de marzo del año 2014 que, en adelante se transcribe, en lo conducente:

“El presente documento contiene el Estudio revaloración N° 28 y N°29 de los montos de las pensiones del Fondo de Retiro (FRE), I y II semestre 2013; se realiza con el propósito de ajustar conforme con el índice de precios al consumidor (IPC), al cierre de cada semestre los montos de las pensiones del Fondo de Retiro de Empleados de la Caja (FRE).

I Antecedentes

- El Fondo de Retiro de los Empleados de la Caja Costarricense de Seguro Social (FRE), fue creado conforme con el artículo 21° de Ley Constitutiva con la finalidad de brindar protección a todos los trabajadores de la Institución que se encuentren en una plaza que pertenezca al presupuesto de los salarios ordinarios.
- El beneficio que otorga el FRE a los trabajadores, consiste en una pensión complementaria a la que ofrece el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, mediante un régimen solidario que es financiado exclusivamente por la Caja como patrono. De esta forma, el derecho de una pensión complementaria, aplica en caso de invalidez, vejez y muerte de un trabajador activo o pensionado de la Institución.
- Así mismo, los montos de las pensiones del FRE son ajustados semestralmente, según la recomendación de la Dirección Actuarial y Económica. Vale la pena destacar que la revalorización de los montos de las pensiones se plantea en este estudio como una propuesta o recomendación, según los parámetros que se determinaron en la valuación actuarial del Fondo que se encuentra vigente actualmente y le corresponde a la Junta Administrativa del FRE, la recomendación de dicho aumento, para su aprobación por parte de la Junta Directiva.
- En correspondencia con lo anterior, el presente estudio actuarial se realiza con el propósito de analizar la posibilidad de revalorizar los montos de las pensiones en curso de pago del FRE, debido a la pérdida de poder adquisitivo ocasionada durante el primer y segundo semestre del año 2013, en tanto las posibilidades financieras del Fondo lo permitan.
- Para elaborar este estudio se utiliza principalmente la información de la planilla de pensionados en curso de pago al mes de junio y diciembre del 2013, la cual es suministrada por el Área de Beneficios de Retiro del FRE.

• El presente estudio consta de una sección que describe brevemente el sustento legal del FRE y de la revalorización de las pensiones; posteriormente se detallan algunos aspectos técnicos requeridos para la revalorización de los montos de las pensiones, tales como el Índice de Precios al Consumidor y la situación del Fondo; en otra sección se describen brevemente algunos datos estadísticos del Fondo; seguido de la propuesta de la revalorización de los montos de las pensiones y de las recomendaciones del estudio.

1.1. ASPECTOS TÉCNICOS A CONSIDERAR

El análisis sobre la factibilidad de realizar una revalorización a los montos de las pensiones en curso de pago otorgadas en el FRE, debe tomar en cuenta los aspectos que se mencionan en las siguientes sub secciones.

INDICE DE PRECIOS AL CONSUMIDOR

Para analizar el comportamiento del poder adquisitivo de los montos de las pensiones, se toma en cuenta el Índice de Precios al Consumidor (IPC) que se muestra en la página web del Banco Central de Costa Rica. De esta forma, la tasa de inflación acumulada durante el segundo semestre del año 2013, constituye un factor importante en la presente revalorización de pensiones.

El Cuadro N° 1 que se muestra a continuación, contiene los porcentajes de inflación acumulada por semestre en el país, del cual se puede destacar que el porcentaje de inflación acumulada para el primer semestre fue de 3,24% y para el segundo semestre del 2013 corresponde a 0,43%.

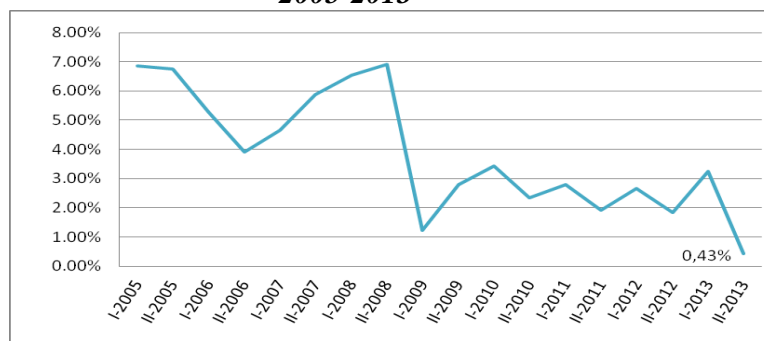
Cuadro N° 1:
Porcentaje De Inflación, Costa Rica
Por Semestre
2007-2013

Periodo	% Inflación acumulada
I-2007	4,65%
II-2007	5,88%
I-2008	6,55%
II-2008	6,90%
I-2009	1,22%
II-2009	2,80%
I-2010	3,42%
II-2010	2,33%
I-2011	2,78%
II-2011	1,90%
I-2012	2,66%
II-2012	1,84%
I-2013	3,24%
II-2013	0,43%

Fuente: Datos del Banco Central de Costa Rica.

Como se puede apreciar en el Cuadro N° 1, durante los últimos años se ha venido presentando una desaceleración en la tendencia del Índice de Precios al Consumidor (ver Gráfico N° 1), mostrando niveles más bajos que los obtenidos en las últimas décadas y para el 2013 se presentó una inflación interanual de 3,68%, la más baja de los últimos 42 años, todo esto obedece principalmente a las políticas monetarias del BCCR y a la estabilidad del tipo de cambio. Esta situación repercute directamente en el porcentaje a revaluar en los montos de las pensiones del Fondo

**Gráfico N° 1:
Comportamiento inflación en Costa Rica
Por semestre
2005-2013**



Fuente: Cuadro N° 1.

SITUACION ACTUARIAL DEL FRE

Otro aspecto importante que debe ser considerado para el análisis de la propuesta de revaluación contenida en el presente estudio, es la situación y posibilidades financieras del fondo, para las cuales se debe tomar en cuenta no sólo la disponibilidad actual de recursos, sino también y de forma especial, el equilibrio actuarial en el largo plazo.

En este sentido, para considerar la situación financiera del Fondo se debe tomar como base lo indicado en la valuación actuarial del FRE que se encuentre vigente al momento de realizar el estudio y análisis de revaluación de los montos. Para este caso, se debe hacer referencia a lo que se establece en el estudio N° 32 del año 2013 de esta Dirección, correspondiente a la Valuación Actuarial del FRE, con corte al 30 de junio del 2013.

En dicho estudio se indica que el equilibrio actuarial del fondo en el largo plazo estaría garantizado bajo las hipótesis asumidas, dentro de las cuales, se establece que el porcentaje de revalorización de las pensiones debe corresponder a un 50% de la inflación.

Por lo tanto, la presente revalorización de los montos de las pensiones se encuentra sustentada según lo que se indica en dicha valuación, determinando la revaluación de los montos de las pensiones en un 50% de la inflación; dicho porcentaje determinará en un apartado posterior, el ajuste que se aplicará a los montos de las pensiones en el presente estudio

Dictamen Técnico:

Mediante el informe “Estudio Actuarial para la Revaluación N° 28 y N°29 de los Montos de las Pensiones del Fondo de Retiro de Empleados de la Institución”, suscrito por la Bach. Carolina González Gaitán, funcionaria del Departamento Actuarial Económica, se remite el dictamen técnico, del I y II semestre 2013 el cual cumple con los aspectos técnicos y los lineamientos establecidos para la presentación del informe.

Dictamen Legal:

El reglamento del Fondo de Retiro de Empleados de conformidad con lo establecido en el artículo 6, establece:

“Semestralmente la Junta Administrativa solicitará a la Dirección Actuarial y de Planificación Económica la realización de un estudio del comportamiento del poder adquisitivo de las pensiones complementarias, con el fin de revalorizar sus montos en el tanto las posibilidades financieras del fondo lo permitan. Con base en ese estudio, la Junta Administrativa recomendará la correspondiente revalorización del beneficio que será aprobada por la Junta Directiva de la Caja”.

IV Recomendación:

Con base en la aprobación emitida por la Junta Administrativa del Fondo de Retiro Ahorro y Préstamos de los Empleados, y las recomendaciones efectuadas por la Dirección de Actuarial Económica en la sesión N°259 del 18 de setiembre del 2013 y sesión N°271 del 21 de febrero del 2014 se recomienda a la Junta Directiva dar por conocido los estudios “Estudio Actuarial para la Revaluación N°28 y N°29 de los montos de las pensiones del Fondo de Retiro de Empleados de la Institución”.

Revaluación N°28 - Primer Semestre 2013

Con fundamento en el análisis realizado en las secciones anteriores, se recomienda a la Junta Administrativa del Fondo de Retiro de Empleados de la Caja Costarricense de Seguro Social, realizar las acciones pertinentes para la aprobación del Estudio Actuarial para la Revaluación N° 28 de los montos de las pensiones del FRE, según el texto que se indica a continuación

1. Revalorizar los montos de la totalidad de las pensiones en curso de pago en un 1,62%.
2. En el caso de muerte, la revalorización se aplica al monto de la pensión del causante y corresponderá al beneficiario el monto de la pensión que determina el Reglamento.
3. Establecer el tope máximo de pensión mensual en ¢310.052,19.
4. Hacer regir dicho aumento a partir del 1° de julio del año 2013.

Revaluación N°29 - Segundo Semestre 2013

Con fundamento en el análisis realizado en las secciones anteriores, se recomienda a la Junta Administrativa del Fondo de Retiro de Empleados de la Caja Costarricense de Seguro Social, realizar las acciones pertinentes para la aprobación del Estudio Actuarial para la Revaluación N° 29 de los montos de las pensiones del FRE, según el texto que se indica a continuación

1. Revalorizar los montos de la totalidad de las pensiones en curso de pago en un 0,22%.
2. En el caso de muerte, la revalorización se aplica al monto de la pensión del causante y corresponderá al beneficiario el monto de la pensión que determina el Reglamento.
3. Establecer el tope máximo de pensión mensual en ¢310.734,11.
4. Hacer regir dicho aumento a partir del 1° de enero del año 2014”.

que es concordante con el acuerdo segundo de la sesión N° 259 del 18 de setiembre del año 2013 y el acuerdo séptimo de la sesión N° 271 de la Junta Administrativa del Fondo de Retiro, Ahorro y Préstamo de la Caja Costarricense de Seguro Social y los informes “Estudio Actuarial para la revaluación N° 28 y N° 29 de los montos de las pensiones del Fondo de Retiro de Empleados de la Institución”, y con base en la recomendación del licenciado Picado Chacón, la Junta Directiva –unánimemente- **ACUERDA:**

- 1) Revalorizar los montos de la totalidad de las pensiones en curso de pago del Fondo de Retiro de los Empleados de la Caja en 1,62%, para el primer semestre del año 2013. Este aumento rige a partir del 1° de julio del año 2013.
- 2) Revalorizar los montos de la totalidad de las pensiones en curso de pago del Fondo de Retiro de los Empleados de la Caja en 0,22%, para el segundo semestre del año 2013. Este aumento a partir del 1° de enero del año 2014.
- 3) En el caso de muerte, la revalorización se aplica al monto de la pensión del causante y corresponderá al beneficiario el monto de la pensión que determina el Reglamento.
- 4) Establecer el tope máximo de pensión mensual en ¢310.734,11 (trescientos diez mil setecientos treinta y cuatro colones con once céntimos).

Se le da firmeza en el artículo 19° de esta sesión.

Los licenciados López Vargas y Fernández Badilla se retiran del salón de sesiones.

Ingresa al salón de sesiones el Director Gutiérrez Jiménez.

Ingresa al salón de sesiones el licenciado Miguel Cordero García, Director de Coberturas Especiales.

ARTICULO 12°

El licenciado Picado Chacón se refiere al oficio N° GF-22.371 de fecha 17 de marzo del año 2014, por medio del que se presenta el informe en relación con los acuerdos adoptados en los artículo 1° de la sesión N° 8554; artículo 25° de la sesión N° 8625; artículo 5° de la sesión N° 8652 y artículo 25° de la sesión N° 8694, relacionados con la situación de cobro al Instituto Nacional de Seguros (INS) por atenciones brindadas a pacientes lesionados por accidentes de tránsito o riesgos del trabajo, las políticas y mecanismos para su recuperación y la conciliación de la cuenta por cobrar registrada en los estados financieros.

La presentación está a cargo del licenciado Cordero García, con base en las siguientes láminas:

I) Situación de la cuenta por cobrar al INS por atenciones médicas brindadas a pacientes de SOA y RT, y actividades relacionadas
Abril, 2014.

II) Gestión de Riesgos Excluidos

• Situación Cuentas por Cobrar al IN	• Reglamento Riesgos Excluidos / Contrato Marco de Adhesión	• Política Integral de Coberturas Especiales	• Modelo de Validación de Derechos
	90%	80%	60%

Acciones realizadas.

III) Cuentas por Cobrar al INS

Situación inicial 2011

- x Facturación Manual.
- x No existía normativa precisa y actualizada.
- x Todas las Unidades remitía la facturación a las Sedes del INS en forma directa y sin control.
- x El convenio que regulaba la prestación de los servicios médicos fue redactado de acuerdo con las reglas del INS.

Situación actual 2014:

- ✓ Proceso de Validación y Facturación definido y estandarizado.
- ✓ Existen Protocolos, Normas Técnicas médico-administrativas fundamentales y un contrato de venta de servicios.
- ✓ Se pasó de recuperar ¢6,251 millones de colones en el año 2012 a ¢11,383 millones de colones en el año 2013 (82,10% incremento).
- ✓ Se cuenta con una herramienta informática para el registro y facturación de los riesgos excluidos (MIFRE).
- ✓ Se tiene listo el Reglamento de Riesgos Excluidos para someter a aprobación.

IV) Definición del Proceso Validación y Facturación de Servicios Médicos por RE

Paciente acude a solicitar servicio médico	Establecimiento de Salud detecta atención excluida de SEM	Se brinda la Atención Médica u odontológica de urgencia o complementaria. La información	La administración confecciona la factura y hace el registro contable	Lesionado estabilizado es enviado a:	Alta INS Aseguradora Patrono
---	--	---	---	---	---------------------------------------

		pasa a la administración del establecimiento.			
	Médico consigna riesgo excluido en expediente de salud emergencias condición del paciente		AGRE remite facturación institucional a la aseguradora		

- V) Ordenamiento y Mejora Proceso de Recuperación.
(Estado de la Facturación Años 2011-2013)** (gráficos).
- VI) Dirección de Coberturas Especiales
Montos Totales Facturados y Pagados por el INS por SOA y RT
(Cifras en millones de colones)
Años 2011-2013 (gráfico).
- VII) Dirección de Coberturas Especiales
Evolución Facturación MIFRE por SOA y RT
(Cantidad de facturas)
Marzo 2012 a Diciembre 2013 (gráfico).
- VIII) Dirección de Coberturas Especiales
Composición Datos MIFRE
Marzo 2012-Diciembre 2013 (gráfico).
- IX) Dirección de Coberturas Especiales
Saldos Contables Registrados en Estados Financieros
Al 31 de diciembre de 2013
(Cifras en millones de colones) –gráfico-.
- X) Conciliación de Saldos y Cuentas Contables
- Establecimientos de Salud manejan el Auxiliar Contable y mantienen las Facturas y demás respaldo documental en su poder.
- Funcionarios encargados a nivel central.
- Área de Contabilidad maneja saldos de cuentas contables y estados financieros.
- Se certifica cuenta por cobrar para gestión de cobro al INS.

XI) Modelo de Validación de Derechos

UNIDADES DE VALIDACION

Trámite FRONT OFFICE para registro de facturas y recaudación de costos por servicios médicos:

- Patrono y TI moroso.
- No asegurados.
- Riesgos excluidos.
- Coberturas Especiales.
- Art. 7 Reglamento Seg. Vol.

Trámite FRONT OFFICE para aseguramiento y recepción de documentos para trámite por:

- Trabajador independiente.
- Asegurado Voluntario.
- Otorgamiento Provisional Seguro por el Estado.

SUCURSALES

Trámite BACK OFFICE gestión cobratoria facturas servicios médicos:

- Cobro Administrativo y judicial.
- Arreglos de pago.
- Declaratoria difícil recuperación.
- Otros.

Trámite BACK OFFICE gestión de aseguramiento:

- Analizar los requisitos.
- Estudios correspondientes.
- Otorgamiento o rechazo del aseguramiento solicitado.

XII) Modelo de Validación de Derechos

Procesos de facturación y cobro de Servicios Médicos, pasen a las Sucursales administrativas de la Institución, así como trámites relacionados con arreglos de pago y aseguramiento por el estado.

Aseguramiento:

Asegurado por el estado.

Apertura de casos a Inspección.

Facturación de servicios de salud:

Riesgos excluidos.

Patrono moroso.

No asegurado con capacidad de pago.

Coberturas por Leyes especiales.

Ampliar la cobertura de seguro, así como fortalecer la recuperación de recursos por servicios de salud brindados a pacientes no cubiertos por el Seguro de Salud.

XIII) Fortalecer el posicionamiento de la CCSS en el Mercado de Seguros

Automatización proceso cobro.
Manuales y Procedimientos.
Reglamento.

Mejoramiento Sistema de Costeo
Capacitación Continúa.
Evaluación y Control.

XIV) Propuesta de acuerdo de Junta Directiva:

Con base en la presentación efectuada por el Lic. Gustavo Picado Chacón y el Lic. Miguel Cordero García, en su calidad de Gerente Financiero y Director de Coberturas Especiales, respectivamente, así como, la información contenido en el oficio GF-22371-2014 de fecha 17 de marzo del año 2014 suscrita por el Gerente Financiero, y oficio DCE-0084-03-14 de la Dirección de Coberturas Especiales y DFC-509-14 de la Dirección Financiero Contable, la Junta Directiva **ACUERDA**:

XV) Propuesta de acuerdo de Junta Directiva:

ACUERDO 1

Dar por recibido el informe citado y con ello dar por atendidos los acuerdos contenidos en el Artículo 1 de la sesión 8554, Artículo 25 de la sesión 8625, Artículo 5 de la sesión 8652 y Artículo 25 de la sesión 8694, relacionados con la situación de cobro al Instituto Nacional de Seguros por atenciones brindadas a pacientes lesionados por accidentes de tránsito o riesgos del trabajo, las políticas y mecanismos para su recuperación y la conciliación de la cuenta por cobrar registrada en los Estados Financieros.

Esta Junta Directiva, considera conveniente insistir ante la Administración Activa, particularmente la Gerencia Financiera y la Gerencia Médica, respecto a la necesidad de continuar mejorando los procesos y acciones cobratorias de los servicios prestados al INS, de tal manera, que la institución logre de una forma más ágil y eficiente, la recuperación de la totalidad de recursos invertidos en las atenciones de los riesgos excluidos del Seguro de Salud.

XVI) Propuesta de acuerdo de Junta Directiva:

ACUERDO 2

Instruir a las Gerencias Médica y Gerencia Financiera para que a través del Área de Contabilidad Financiera, Subárea de Contabilidad Operativa y Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos a nivel nacional, se concluya a más

tardar el 31 de diciembre del 2014 con el proceso de conciliación de las cuentas y saldos contables registrados en los Estados Financieros por concepto de facturación manual de casos de Seguro Obligatorio Automotor (SOA) y Riesgos de Trabajo (RT).

En el marco de las potestades y facultades que le asisten a ambas Gerencias, deberán proceder sin excepciones con la adopción de las acciones administrativas y disciplinarias que conforme a derecho correspondan, en aquellos casos de funcionarios o funcionarias que no cumplan de manera eficiente y pronta con las actividades tendentes a la conciliación de las cuentas por cobrar al INS, de conformidad con los planes de trabajo que al efecto establezca la Subárea de Contabilidad Operativa de la Dirección Financiero Contable.

XVII) Propuesta de acuerdo de Junta Directiva:

ACUERDO 3

Instruir a la Gerencia de Infraestructura y Tecnología para que a través de la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones, se otorgue carácter prioritario al desarrollo del requerimiento informático para la automatización de las acciones relacionadas con el cobro administrativo y judicial de los servicios médicos facturados a través del MIFRE, una vez que la Gerencia Financiera haga entrega formal de este requerimiento, situación que deberá concretarse a más tardar el 30 de junio del año 2014.

Área de Contabilidad Operativa de la Dirección Financiero Contable.

La Directora Solera Picado pregunta si alguien ejerce alguna supervisión sobre los niveles locales, para ver si están cumpliendo a cabalidad y no tienen rezago de facturas.

Aclara el licenciado Cordero García que, a nivel de la red, si se lleva un control de cuáles son las unidades que no están siguiendo adecuadamente con ese proceso de conciliación, que no solamente consiste en llevar un registro adecuado, sino que se deben llevar los registros ordenados. Reitera que ellos tienen ese control.

Anota la Directora Solera Picado que hace la pregunta porque, si mal no recuerda, más o menos en el año 2010 costó mucho la aprobación de la estructura organizativa y funcional de las áreas financiero-contables, incluso ahora hay una serie de planteamientos de algunas personas. El área de Validación de Derechos es la primera vez que aparece en un organigrama, antes nunca había estado inserta dentro de la estructura como una función sustantiva, de manera que si esa Validación de Derechos está dentro de la estructura de Financiero, debe el administrador del centro ejercer el control debido. Cree que en la medida en que la Administración lo trabaje se va a rescatar una cantidad de dinero que se ha quedado desatendida.

Por tanto, se tiene a la vista el oficio N° GF-22.371, fechado 17 de marzo del año en curso, que firma el Gerente de Financiero y que, en lo conducente, literalmente se lee de este modo:

“En atención a los acuerdos tomados por la Junta Directiva, que a continuación se detallan se presenta el informe respectivo:

Artículo 1, acuerdo sexto de la sesión 8554:

“Instruir a la Gerencia Financiera para que continúe en el proceso de definición y aprobación de la política y los mecanismos de cobros al INS (Instituto Nacional de Seguros) y otras aseguradoras...”.

Artículo 25, Sesión 8625:

Dar por conocido el informe de Gestión de la Dirección de Coberturas Especiales y en virtud de su contenido y alcances dar por atendido el artículo 20° de la sesión N° 8459, referente al informe de las demandas del Instituto Nacional de Seguros y que, en un plazo no mayor a tres meses, se presente la Política Integral de Riesgos Excluidos y Coberturas Especiales, así como el informe de la conciliación de la cuenta por cobrar registrada en los estados financieros.

Artículo 25, Sesión 8652:

Solicitar a la Gerencia Financiera que informe a la Junta Directiva, para la sesión que tendrá lugar dentro de quince días, en cuanto a la situación real de los cobros al Instituto Nacional de Seguros, por concepto de servicios médicos prestados.

Artículo 25, Sesión 8694:

En relación con el pendiente de pago por parte del Instituto Nacional de Seguros, por concepto de prestación de servicios médicos en el caso de la atención de pacientes que han sufrido accidentes de tránsito, solicitar al Gerente Financiero que, en un plazo de un mes, informe a la Junta Directiva respecto de las acciones que se están tomando para recuperar ese adeudo.

CRITERIO TECNICO

Con el propósito de atender lo acordado por la Junta Directiva, con oficio DCE-084-03-2014 de fecha 14 de marzo 2013, el Lic. Miguel Cordero García, Director a.i de Coberturas Especiales, presenta un informe ejecutivo con las principales acciones y conclusiones sobre la gestión, registro y cobro de atenciones por riesgos excluidos del seguro de salud, emitido al 31 de diciembre del 2013. (Se adjunta a éste oficio el informe técnico completo visto al oficio AGRE-0103-2014 de fecha 13 de marzo del 2014).

Oficio DFC- 509-14, del 13 de marzo de 2014, suscrito por la Dirección Financiero Contable mediante el cual presenta el informe de conciliación de las cuentas por cobrar registradas en los estados financieros

SITUACIÓN ACTUAL

La herramienta MIFRE entró en producción en marzo del 2012 y al mes de diciembre del 2013 se había facturado a través de ella un monto de **¢26,959,871,244.84**, de los cuales el INS ha cancelado la suma de **¢13,878,085,863.40**, quedando un saldo por el orden de los **¢13,081,785,381.44**.

En relación con el saldo no cancelado por el INS, varios aspectos requieren particular atención:

a. De acuerdo con las disposiciones de la Ley de Tránsito, la responsabilidad de la aseguradora en cuanto al pago de servicios encuentra su límite en el tope de la cobertura de la póliza. Facturas por la suma de **¢5,359,763,832.91** no fueron canceladas por el INS en razón de que el monto de la cobertura de la póliza se agotó.

b. Facturas por la suma de **¢4,542,972,723.35** fueron devueltas en razón de encontrarse mal tarifadas, contener errores administrativos o inconsistencias en los señalamientos propios de la atención médica brindada.

c. Existen facturas por un monto de **¢1,661,822,760.13** en relación con las cuales el INS informó correspondían a casos que se encuentra abiertos al amparo del artículo 55° de la anterior Ley de Tránsito N° 7331.

d. A inicios del 2013 se gestaron procesos cobratorios que a la fecha se encuentran en trámite y representan la suma de **¢312,974,646.22**.

Ahora bien si a los **¢13,878,085,863.40** en descubierto se le resta lo atinente a los puntos anteriores el saldo en descubierto resultante asciende a **¢1,204,251,418.83**, el cual está conformado por dos grandes grupos.

El primero grupo de facturas lo conforman aquellas que luego de un análisis efectuado por el AGRE, con el apoyo de los establecimientos de salud, se ha estimado prima facie deben ser llevadas a la fase de cobro administrativo y eventualmente judicial, por considerarse que los argumentos vertidos por la aseguradora no son suficientes para desestimar el cobro efectuado. En esta situación se encuentran facturas por la suma de **¢572,418,610.04**.

Un segundo grupo lo conforman facturas por el orden de los **¢631,832,808.79** que se aglomeran bajo la denominación “Otros” dentro de las que se incluyen facturas que debieron ser anuladas por los establecimientos de salud, las que corresponden a casos alegados por la aseguradora como no amparados o declinados, y aquellas situaciones en las que la aseguradora determinó variar el régimen de cobertura del siniestro.

El detalle de lo señalado se aprecia gráficamente a continuación:

Gráfico No. 1
Estado situación facturación MIFRE
Al 31 de diciembre 2013

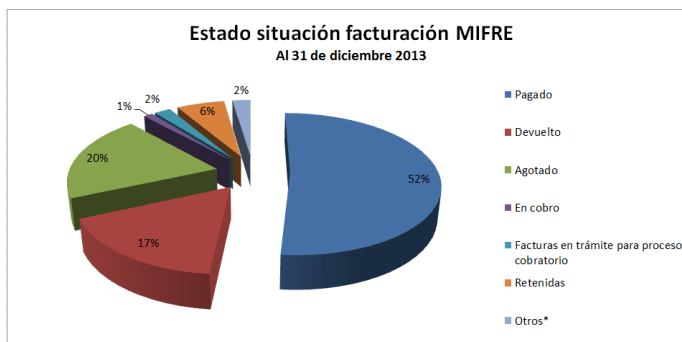


Tabla No. 1
Distribución cuenta por cobrar generada INS (MIFRE)
Al 31 de diciembre 2013

Total cuenta por cobrar generada	26.959.871.244,84
Pagado	13.878.085.863,40
Devuelto	4.542.972.723,35
Agotado	5.359.763.832,91
En cobro	312.974.646,22
Facturas en trámite para proceso cobratorio	572.418.610,04
Retenidas Art. 55 Ley N° 7331	1.661.822.760,13
Otros*	631.832.808,79

En relación con los **¢572,418,610.04** que están en trámite para proceso cobratorio, aunque administrativamente han sido expuestos los argumentos, estima el AGRE necesario presentar consulta formal ante la Dirección Jurídica institucional, a efecto de contar con el criterio jurídico respectivo que permita sustentar a nivel judicial las acciones que se desplieguen. Las consultas en cuestión serán efectuadas durante el mes de marzo del presente año.

Paralelamente se continuará con el análisis de los casos agrupados bajo el concepto “Otros”, procurando para las situaciones que involucran aspectos de orden más técnico médico, la participación activa de los establecimientos de salud que generaron la factura.

El tema de la gestión cobratoria abarca no solo lo correspondiente a la facturación generada a través de la herramienta MIFRE sino todos aquellos conceptos que se encuentren registrados en los estados financieros institucionales.

De acuerdo con la certificación emitida por la Subárea de Contabilidad Operativa, con base en los registros de los Estados Financieros al mes de diciembre de 2013, la suma total adeudada por el INS asciende a ¢16,864,019,769.64, de la cual ¢6,031,701,465.48 corresponde a facturas elaboradas y registradas manualmente.

El esbozo de la naturaleza de las sumas registradas contablemente como cuentas por cobrar y que se reflejan en la certificación emitida, reviste particular importancia por cuanto debe existir claridad de que porcentaje de las mismas, cumple con las condiciones jurídicas necesarias para poder ser llevada a la fase de gestión de cobro administrativo o judicial.

En primer lugar se tienen las cifras correspondientes a las facturas manuales, en su mayoría pendientes de proceso de conciliación, y en los casos en los que la misma se ha materializado, tal

como se indicó líneas arriba, se ha solicitado a los establecimientos de salud emitir las certificaciones respectivas como paso previo para poder iniciar las gestiones de cobro administrativo y judicial.

Un segundo componente corresponde a la facturación del mes en curso efectuada al INS. Dado que en el registro contable no se consideran eventuales plazos para el pago de la deuda y que la facturación se corre el primer día candelario del mes, en los movimientos de cuentas por cobrar al mes de diciembre del 2013, está incluida la facturación realizada al INS el 01 de diciembre de ese mes, correspondiente a las atenciones brindadas durante el mes de noviembre del 2013, suma que lógicamente no estaba a esa fecha en posibilidad de ser llevada a procesos de cobro administrativo o judicial.

Aunado a lo anterior, tal y como se indicó para el caso de las facturas elaboradas a través de la herramienta MIFRE, existe un grupo de facturas manuales en relación con las cuales el INS, al amparo de lo que regulaba el artículo 55° de la Ley de Tránsito N° 7331, aún cuenta con plazo para determinar si procederá o no cancelarlas, razón por la cual la Caja, jurídicamente, se encuentra imposibilitada de iniciar gestiones cobratorias, razón por la cual administrativamente se optó por remitir oficio al INS solicitando información acerca del estado de situación de las facturas en condición de retenidas.

Como cuarto aspecto, contiene la certificación, sumas que aunque corresponden a facturas que ya fueron canceladas por el INS, incluyendo pagos parciales realizados al amparo del agotamiento de la cobertura, o en su defecto fueron devueltas por presentar alguna inconsistencia, aún no se refleja tal situación en los registros contables, en razón de que los establecimientos de salud, responsables de tal proceso, aún no lo han ejecutado.

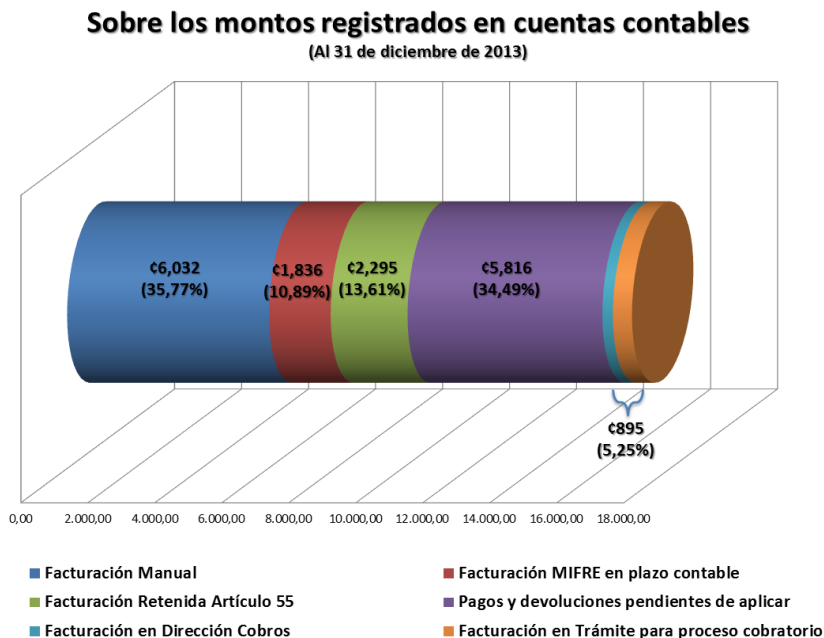
A pesar de que lo apuntado en el párrafo anterior es uno de los aspectos que con mayor insistencia la auditoría ha hecho hincapié, en el sentido de que debe existir un mecanismo de control, lo cierto es que aún las autoridades de algunos de los establecimientos de salud, no han interiorizado la importancia que tiene realizar estas actividades de forma pronta.

Finalmente se tienen las sumas en relación con las cuales se está en posibilidad de realizar gestiones de cobro administrativo o judicial, del total de ¢895,0 millones que la componen, ¢313,0 millones ya fueron consignados en avisos de cobro remitidos al INS, estando a la fecha pendiente la actualización de las sumas por concepto de intereses generados, hecho lo cual se pondría en conocimiento de la Dirección de Cobros para la gestión de Cobro Judicial respectiva.

El restante de facturas por un total de ¢572,0 millones, están en poder del AGRE siendo objeto de análisis pormenorizado, a efecto de determinar la viabilidad técnico – médica y jurídica de remitirlas a cobro administrativo, siendo que en algunos de los supuestos de rechazo se ha vislumbrado la necesidad de contar previamente con criterio por parte de la Dirección Jurídica.

En el gráfico que seguido se inserta, se aprecia en detalle lo esbozado en los párrafos anteriores:

Gráfico No. 2



ASPECTOS QUE MEJORARON LA GESTION

1. Ordenamiento procedimental

Las primeras acciones emprendidas, se centraron en identificar cómo en la práctica se desarrollaba la gestión de los riesgos excluidos, encontrándose que esta era tan variada como establecimientos de salud tiene la Caja.

A través de visitas de campo realizadas en establecimientos de salud a largo del país¹, en las que se conversó con funcionarios médicos y administrativos de los diferentes niveles de atención, se corroboró la ausencia de un marco normativo sólido en el que se definiere el proceder médico y administrativo, un sometimiento ciego a las disposiciones y posiciones del Instituto Nacional de Seguros, pero sobre todo un desconocimiento casi absoluto de los funcionarios de la Caja acerca de lo que son los riesgo excluidos y qué debe entenderse cuando se habla del proceso de validación y facturación de servicios médicos.

2. Convenio – Contrato - Reglamento

La labor coordinada por esta Dirección y el Área de Gestión de Riesgos Excluidos incluyó, entre otros aspectos, con la formulación de cuatro solicitudes de criterio a la Dirección Jurídica, que culminó con la redacción de una propuesta de contrato para la venta de servicios por riesgos excluidos, misma que fue aprobada por la Junta Directiva en el artículo 11° de la sesión N° 8564, celebrada el 01 de marzo del 2012.

A partir de la aprobación del contrato y durante todo el período que abarca hasta el mes de octubre del 2012, se cursaron sendas notas entre diferentes instancias del INS y la Caja, tendentes a que el primero suscribiera el contrato de adhesión aprobado por la Junta Directiva.

¹ Durante el 2011 el AGRE realizó 18 visitas a diferentes establecimientos de salud.

El 30 de abril del 2012, se emitió la circular AGRE-03-2012, mediante la cual se comunica a todas las unidades institucionales sobre la finalización de la vigencia del convenio, y el manejo que a partir de ese momento debía darse a la facturación generada al INS.

Las Gerencias Médica y Financiera emitieron la circular GF-15.170 del 21 de junio del 2012, en ella se designa al Área Gestión y Riesgos Excluidos como el canal oficial institucional de comunicación con el INS, y se establece que la logística asociada al tema de la facturación de riesgos excluidos sería definida por está en coordinación con las Direcciones Regionales de Servicios de Salud y las Direcciones de los Hospitales.

3. Incorporación de las Tecnologías de Información

Está Dirección con la participación además de la Dirección de Cobros y de un representante de la Gerencia Médica, conformaron un Comité encargado de la elaboración del requerimiento que debía enviarse a la Subgerencia de Tecnologías de Información y Comunicaciones para el desarrollo de una herramienta que facilitare el proceso de identificación, registro y facturación de atenciones por riesgos excluidos.

Durante el mes de noviembre del 2011 se definieron las fechas para la realización de las primeras pruebas, así como los siete establecimientos de salud que formarían parte del ensayo piloto en el uso del módulo del ahora denominado Sistema de Facturación de Servicios Médicos, que se encargaría de lo relativo a los riesgos excluidos, esto en coordinación con el apoyo de los directores médicos de dichos centros

El 23 de febrero del 2012, se informó al Lic. Francisco Soto, Subgerente del INS, que a partir del mes de marzo, la facturación correspondiente a los siete establecimientos de salud que se habían escogido para el plan piloto, se estaría realizando a través del Módulo Informático para la Facturación de Riesgos Excluidos (MIFRE), nombre que fue el que finalmente se asignó a la herramienta al determinarse que no correspondía técnicamente a un sistema, pues el sistema en realidad ya existía y era el denominado “Sistema Registro Facturas por Servicios Médicos”.

El Área Gestión y Riesgos Excluidos, continuó durante el año 2012 con los procesos de capacitación e incorporación de establecimientos de salud en el uso de la herramienta MIFRE. Al finalizar el año 2012, la totalidad de los hospitales ya facturaban a través de la misma, así como 73 de nuestras Áreas de Salud.

Al concluir el año 2012, el total facturado al INS a través de la herramienta MIFRE, según los datos generados por la propia herramienta, alcanzó una suma cercana a los 10.000 millones de colones.

4. Depuración de los saldos de las cuentas por cobrar

Como resultado del proceso de ordenamiento realizado a partir de la instrucción girada por las gerencias, en el mes de noviembre del 2011 se determinó que al 31 de diciembre del 2010, el monto en relación con el cual los establecimientos de salud contaban con el respaldo documental correspondiente ascendía a ¢3.250.561.675,59, representado por 10.055 facturas, suma que dista de la certificada por la Subárea de Contabilidad Operativa a diciembre del 2010, por un total de ¢7.581.421.233,97.

La información con el detalle de los depósitos pendientes de aplicación, así como la correspondiente a las 10.055 facturas, fue puesta en conocimiento del INS por parte de la Dirección de Coberturas Especiales, y en relación con los depósitos, gracias a un trabajo desarrollado de manera conjunta entre el Área de Contabilidad Financiera y funcionarios del INS, mediante oficio ACF-286-12 del 26 de marzo del 2012, el Área de Contabilidad Financiera comunicó al Área Gestión y Riesgos Excluidos, haber concluido con la aplicación de los depósitos bancarios realizados por el INS hasta el mes de diciembre del 2010.

De acuerdo con la certificación emitida por la Subárea de Contabilidad Operativa, de conformidad con los registros de los Estados Financieros al mes de diciembre del 2012, al finalizar el año la suma de la deuda del INS correspondiente a las facturas registradas en las cuentas 128-158/129-159 se redujo en ¢1.129.543.291.5 con respecto al saldo que se registraba al mes de diciembre del 2011.

En la certificación de cita se precisa además que el saldo total de la deuda por facturas elaboradas manualmente asciende a ¢9,991,911,439.4, dato que en todo caso sufre de otro problema, y es que en él se encuentran contenidas sumas, no reveladas en los Estados Financieros, que corresponden a facturas en relación con las cuales, al amparo del artículo 55° de la Ley de Tránsito N° 7331 vigente hasta el 25 de octubre del 2012, el INS cuenta con un plazo de hasta cinco años para definir si realiza algún tipo de pago a la Caja, por consiguiente esas sumas no podían aún ser trasladadas para gestión de cobro.

5. Modelo de costeo

Uno de los aspectos que de manera más sostenida fue objeto de señalamiento por parte de los establecimientos de salud durante las visitas de campo y los procesos de capacitación realizados por el Área Gestión y Riesgos Excluidos, fue lo relacionado con la aplicación y conformación del Modelo Tarifario utilizado para la facturación de servicios médicos.

Esta Dirección en coordinación con la Financiero – Contable, solicitaron al Área Gestión de Riesgos Excluidos y al Área Contabilidad de Costos, la elaboración y coordinación de las acciones necesarias para procurar la aprobación del documento denominado “Procedimiento de Aplicación de Costos de la Facturación por Prestaciones de Servicios de Salud”, así como del desarrollo del proceso de capacitación que los establecimientos de salud requerirán para la aplicación del mismo.

PRINCIPALES ACCIONES Y LOGROS

Al iniciar el año 2013, producto de las acciones desplegadas por esta Dirección y el Área Gestión y Riesgos Excluidos, el panorama que se presenta en cuanto al tema de la gestión de los riesgos excluidos dista del que la institución presentaba al finalizar el año 2010.

Los aspectos principales en los que se logró un avance significativo se esbozan a continuación:

a. La Caja cuenta con un marco normativo en temas administrativos, técnicos, jurídicos y médicos, el cual aunque aún es básico, presenta solidez y además responde a un enfoque acorde a la realidad de apertura del mercado de los seguros, y no a las situaciones monopólicas propias del

convenio que rigió con anterioridad y que están también presentes en las disposiciones administrativas y contables aprobadas para la puesta en operación de dicho convenio.

b. Existe claridad en cuanto que la apertura de los seguros obligatorios y la consecuente participación de la Caja en el mercado de los mismos es un hecho, y que en razón de ello los ajustes que a lo interno se realicen deben tener como norte conceptual, la venta que de los servicios prestados por los seguros sociales deberá darse, con la consecuente obligación de recuperar las sumas erogadas, todo lo cual supone la emisión de normas de alcance general (Reglamento), aspecto que compete a la Junta Directiva.

c. Se cuenta con la información necesaria para el desarrollo de los procesos de conciliación de las cuentas contables, por parte de los establecimientos de salud, cuyos registros se dieron al amparo de la realidad monopólica, así como de las características que deben tener las deudas que finalmente se determinen, a efecto de que sea factible realizar gestiones de cobro contra el Instituto Nacional de Seguros, mismas que habían resultado infructuosas, precisamente porque los pasos a seguir para su realización no estaban claros.

d. El uso de una herramienta que permite el registro y facturación de las atenciones prestadas en casos de riesgos excluidos de una manera estandarizada, permite iniciar con la construcción y establecimiento de mecanismos de gestión administrativa y contable diferenciados de los que se venían desarrollando y aplicando a las facturas generadas manualmente.

e. Queda claro que el modus operandi del Instituto Nacional de Seguros, en tanto aseguradora sujeta a las reglas del derecho privado en el ejercicio de la comercialización de las pólizas, lo coloca en una situación de resistencia frente a los cambios que la Caja debe adoptar, incluyendo aspectos de mejora tecnológica, lo que implica que deba ejecutarse un actuar más proactivo en defensa de nuestros intereses.

f. El proceso de formación, capacitación y sensibilización a los funcionarios de la Caja, primero, y luego al público en general, sobre el tema de los riesgos excluidos, debe ser permanente y a profundidad, hasta colocarlo en la psiquis de todas las personas. Se abandona el enfoque de capacitar únicamente a quien se encarga de la actividad de elaboración de la factura para incluir a todos los que laboran en el establecimiento de salud y principalmente al cuerpo médico, en el tanto y en el cuanto sin su participación el proceso en sí no da inicio

CONCLUSIONES

A continuación se presentan, los nueve aspectos que se considera constituyen las líneas de acción por las cuales la Institución debe discurrir a efecto de enfrentar de buena forma su participación en el mercado de los seguros:

1. Mediante el Voto 16628-2012, se estableció el fin del monopolio de que había gozado el Instituto Nacional de Seguros, y la sujeción a los principios del TLC, entre ellos, el trato igualitario a todos los oferentes del mercado, sean estos públicos o privados.
2. Para constituir la base normativa con la cual trabaje en adelante la institución, se elaboró la emisión de un Reglamento de Riesgos Excluidos, instrumento sugerido por la SUGESE, recomendado por la Auditoría Interna y solicitado por la Junta Directiva,

cuyo borrador será puesto en conocimiento de las Gerencias Médica y Financiera en el mes de marzo en curso, para su posterior sometimiento a aprobación por parte de la Junta Directiva, a partir de la cual se emitirán, conforme los transitorios del propio reglamento, las disposiciones operativas correspondientes, tales como manuales, procedimientos y protocolos.

3. El proceso de conciliación de las cuentas contables, correspondiente a las facturas elaboradas manualmente avanzó considerablemente, pasando de un saldo de ¢9,991,911,439.04 en diciembre del 2012, a uno de ¢6,031,701,465.48 en diciembre del 2013, sin embargo, hace falta un último esfuerzo por parte de las Gerencias Médica y Financiera, pues aún existen sumas depositadas que no ha sido posible aplicar, los Estados Financieros no revelan el hecho de que gran parte de las facturas que aparecen en las cuentas por cobrar no pueden ser objeto de gestiones de cobro pues se encuentran en plazo para su pago y aún existen establecimientos de salud que no poseen sus auxiliares contables debidamente constituidos, lo que incluye el tener además el respaldo documental que pruebe la gestión de recaudo y registro efectuada.
4. La facturación manual que se encuentra pendiente en los estados financieros, anterior a la puesta en operación del módulo MIFRE, es sometida a un proceso de conciliación con las unidades médicas por parte de la Subárea de Contabilidad Operativa, lo cual una vez concluido, permite al Centro Médico correspondiente emitir una certificación real de la deuda, como requisito para su envío a la Dirección de Cobros para su recuperación en sede administrativa y judicial según corresponda.

En cuanto a la facturación elaborada a través de la herramienta MIFRE, la estrategia consiste básicamente en mantener un dato real reflejado en los registros institucionales a través de la individualización de las facturas, las cuales son ahora gestionadas en forma totalmente automatizada a través del módulo informático elaborado al efecto.

Adicionalmente, se trabaja ya en el desarrollo de un nuevo requerimiento como complemento al MIFRE, el cual permitirá la incorporación de la gestión cobratoria tanto administrativa como judicial, dentro del mismo sistema, soportado todo ello sobre la base del Reglamento de Riesgos Excluidos ya finalizado y en etapa de aprobación.

5. El tema de la realidad que institucionalmente se tiene en materia de costos debe ser objeto de revisión integral, como bien lo apunta la Auditoría Interna, la existencia de un modelo tarifario eficaz y eficiente es un asunto que requiere especial cuidado.

Los procedimientos existentes no fueron diseñados para responder a un esquema de venta de servicios, en donde el contar con un detallado modelo de costeo es preponderante para garantizar la oportuna recuperación de las sumas invertidas en la atención de pacientes que han sufrido riesgos excluidos.

6. La incorporación del uso de las tecnologías de información para garantizar un manejo adecuado, equitativo y oportuno de la identificación, registro, facturación y cobro de las atenciones que se brinden a pacientes que han sufrido siniestros cubiertos por

riesgos excluidos de los seguros sociales es innegable y debe ser una consideración constante a nivel institucional.

El haber implementado la herramienta MIFRE dentro del Sistema de Facturación de Servicios Médicos del SICERE, permite contar en tiempo relativamente corto, con información que otrora hubiere requerido un proceso de solicitud individualizado con cada establecimiento de salud de la Caja. Además, puso en evidencia aquellos establecimientos que puede suponerse nunca ejecutaron acciones tendentes a procurar la identificación, registro y facturación de las atenciones de casos por riesgos excluidos.

7. La institución cuenta ya con un modelo funcional y se han desplegado esfuerzos primarios tendentes a determinar las brechas de recurso humano existentes, procurándose definir el perfil de puesto necesario y su incorporación al manual de puestos institucional, pero se trata de un tema que igualmente merece de un esfuerzo más decidido.

La facturación de servicios médicos, además de materializar una obligación constitucionalmente impuesta a la Caja, es una fuente de ingresos para la institución, razón por la cual la asignación de personal idóneo y capacitado, para su logro debe ser tenida como una inversión.

8. La aprobación del TLC supone que la comercialización de los seguros obligatorios queda inmersa y a la vez determinada por las condiciones y reglas del mercado. Dicha realidad es la que ahora enfrenta la Caja, y el cambio en el perfil de las relaciones que se han tenido con el Instituto Nacional de Seguros, demuestran la imperiosa necesidad de un discurso institucional uniforme y sostenido.

No se debe perder de vista, que el negocio de las aseguradoras no es ni por asomo el mismo que el de la Caja, ya que mientras nosotros nos ocupamos de brindar servicios de salud así como procurar una atención integral al paciente cubierto por nuestros seguros, las aseguradoras sólo comercializan pólizas.

En línea con lo anterior, las actuaciones desplegadas por las aseguradoras hacia la Caja deben ser analizadas como lo que son, intentos para maximizar sus ganancias con ocasión de la venta de una póliza, por la cual han cobrado una prima y potencialmente se pueden ver compelidos a brindar algún tipo de cobertura, es ahí, donde delimitar las competencias de cada quién resulta de particular trascendencia, y es quizá el punto en el que más hay que trabajar de frente al mercado pues la conciencia colectiva parte de que en la Caja todo se da y gratis, obviando que los seguros sociales, en tanto seguros, están contruidos sobre la base de un pago previo a recibir la atención en los establecimientos de salud.

9. El proceso de exteriorización del cambio acaecido deberá ser liderado por la Caja, por cuanto, las aseguradoras y en particular el INS, no parecen tener en su norte el informar a los tomadores y beneficiarios de sus pólizas acerca de la nueva realidad, en ese tanto, una vez fortalecidos los aspectos normativos y técnicos señalados, corresponderá elaborar una

estrategia de comunicación masiva, quizá primero a lo interno de la institución y luego a lo externo de ella, o que abarque los dos públicos meta a la vez”,

con base en la presentación efectuada por los licenciados Gustavo Picado Chacón y Miguel Cordero García, en su orden, en su calidad de Gerente Financiero y Director de Coberturas Especiales, así como la información contenida en el citado oficio número GF-22371-2014 y las notas números DCE-0084-03-14 de la Dirección de Coberturas Especiales y DFC- 509-14 de la Dirección Financiero Contable, la Junta Directiva, con base en la recomendación del licenciado Picado Chacón –en forma unánime- **ACUERDA:**

- 1) Dar por recibido el informe citado y con ello dar por atendidos los acuerdos contenidos en el artículo 1° de la sesión número 8554, artículo 25° de la sesión número 8625, artículo 5° de la sesión número 8652 y artículo 25° de la sesión número 8694, relacionados con la situación de cobro al Instituto Nacional de Seguros por atenciones brindadas a pacientes lesionados por accidentes de tránsito o riesgos del trabajo, las políticas y mecanismos para su recuperación y la conciliación de la cuenta por cobrar registrada en los Estados Financieros.

Esta Junta Directiva considera conveniente insistir ante la Administración Activa, particularmente, ante la Gerencia Financiera y la Gerencia Médica, respecto de la necesidad de continuar mejorando los procesos y acciones cobratorias de los servicios prestados al INS (Instituto Nacional de Seguros), de tal manera que la Institución logre, de una forma más ágil y eficiente, la recuperación de la totalidad de recursos invertidos en las atenciones de los riesgos excluidos del Seguro de Salud.

- 2) Instruir a las Gerencias Médica y Financiera para que, a través del Área de Contabilidad Financiera, Subárea de Contabilidad Operativa y Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos a nivel nacional, se concluya a más tardar el 31 de diciembre del año 2014, con el proceso de conciliación de las cuentas y saldos contables registrados en los estados financieros, por concepto de facturación manual de casos de Seguro Obligatorio Automotor (SOA) y Riesgos de Trabajo (RT).

En el marco de las potestades y facultades que le asisten a ambas Gerencias, deberán proceder sin excepciones con la adopción de las acciones administrativas y disciplinarias que conforme en derecho correspondan, en aquellos casos de funcionarios o funcionarias que no cumplan de manera eficiente y pronta con las actividades tendentes a la conciliación de las cuentas por cobrar al INS, de conformidad con los planes de trabajo que al efecto establezca la Subárea de Contabilidad Operativa de la Dirección Financiero Contable.

- 3) Instruir a la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías para que, a través de la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones, se otorgue carácter prioritario al desarrollo del requerimiento informático para la automatización de las acciones relacionadas con el cobro administrativo y judicial de los servicios médicos facturados a través del MIFRE, una vez que la Gerencia Financiera haga entrega formal de este requerimiento; situación que deberá concretarse a más tardar el 30 de junio del año 2014.

Anotación: se le da firmeza en el artículo 19° de esta sesión.

El licenciado Cordero García se retira del salón de sesiones.

ARTICULO 13°

El señor Gerente Financiero se refiere a los documentos que están siendo distribuidos en el día de hoy y que seguidamente se detallan:

- a) Oficio número GA-19.294-14/GF-22.720-14/GM-2906-14, fechado 27 de marzo del año en curso, que firman la Gerente Médico y los Gerentes Administrativo y Financiero, mediante el que se atiende lo solicitado en el artículo 3° de la sesión número 8688, celebrada el 13 de enero anterior, y se presenta el Informe Régimen de empleo directo-contratación del ‘Modelo integral de distribución de funciones para la gestión de los hospitales, áreas de salud y direcciones regionales de servicios de salud’, presentado por el equipo intergerencial a cargo del desarrollo del Modelo de Distribución de Funciones.
- b) Evaluación del estado actual del Proyecto “Modernización del Sistema Financiero de la CCSS” y propuesta de acciones para su reorientación y mitigación de riesgos durante su ejecución e implementación.
- c) Oficio GF-22.797-14 de fecha 02 de abril del año 2014, firmado por el Gerente Financiero: “*Perspectivas financieras del Seguro de Salud hacia el final año 2011*”.
- d) Oficio GF-22.830-14 de fecha 02 de abril del año 2014, suscrito por el Gerente Financiero: “*Nuevo Modelo de Gestión Administrativa, Logística y Financiera de la CCSS*”.

Don Gustavo ve la conveniencia –y en ese sentido hace la sugerencia- de que se habilite una sesión extraordinaria para tratar los citados temas que demandarán un tiempo importante en su consideración. Indica que los asuntos previstos para la sesión extraordinaria programada para el miércoles 9 de los corrientes podrían transferirse para una sesión después de Semana Santa, de manera que el 9 de abril en curso se procedan a conocer los asuntos que han sido enlistados en párrafos precedentes.

Con lo anterior, concuerdan los señores Directores.

Por lo tanto, en relación con la sesión extraordinaria programada para el miércoles 9 de los corrientes, por unanimidad, **se acuerda** reprogramar para la sesión extraordinaria del 23 de abril en curso los temas de la Gerencia Financiera referentes a:

- a) Informe de Gestión 2013.
- b) Informe Seguimiento Acuerdos Junta Directiva.
- c) Informe de Seguimiento Informes de Auditoría.
- d) Informe Seguimiento DFOES.

e) Reestructuración.

En consecuencia, para la sesión del 9 de abril del presente año se tratarán los siguientes asuntos:

1) **Gerencia de Infraestructura y Tecnologías.**

- a) Atención recomendaciones Informe ATIC-21-2014.

2) **Gerencia Financiera.**

- a) Oficio número GA-19.294-14/GF-22.720-14/GM-2906-14, fechado 27 de marzo del año en curso, que firman la Gerente Médico y los Gerentes Administrativo y Financiero, mediante el que se atiende lo solicitado en el artículo 3° de la sesión número 8688, celebrada el 13 de enero anterior, y se presenta el Informe Régimen de empleo directo-contratación del ‘Modelo integral de distribución de funciones para la gestión de los hospitales, áreas de salud y direcciones regionales de servicios de salud’, presentado por el equipo intergerencial a cargo del desarrollo del Modelo de Distribución de Funciones.
- b) Evaluación del estado actual del Proyecto “Modernización del Sistema Financiero de la CCSS” y propuesta de acciones para su reorientación y mitigación de riesgos durante su ejecución e implementación.
- c) Oficio GF-22.797-14 de fecha 02 de abril del año 2014: “*Perspectivas financieras del Seguro de Salud hacia el final año 2011*”.
- d) Oficio GF-22.830-14 de fecha 02 de abril del año 2014: “*Nuevo Modelo de Gestión Administrativa, Logística y Financiera de la CCSS*”.
- Se le da firmeza en el artículo 19° de esta sesión.

El licenciado Picado Chacón se retira del salón de sesiones.

ARTICULO 14°

Se toma nota de lo informado por el Director Gutiérrez Jiménez, en el sentido de que el Gerente Financiero y el Director de Planificación Institucional, en el día de ayer, hicieron una exposición ante la Cámara de Comercio de Costa Rica, en relación con la atención de las recomendaciones del grupo de expertos y en cuanto a la parte financiera.

Agrega que las dos presentaciones fueron muy puntuales, muy acertadas y dejaron un ambiente muy bueno; había muchas expectativas y preocupaciones por las noticias de los medios de comunicación, pero al final los representantes de la Cámara de Comercio quedaron muy tranquilos y muy impresionados con los logros de esta Junta Directiva. Fue una reunión muy positiva y quiere agradecer al Gerente Financiero y al Director de Planificación Institucional su fineza al acompañarlo.

Ingresa al salón de sesiones la doctora María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médico, el doctor Luis Bernardo Sáenz Delgado, Director del Proyecto Fortalecimiento de la Atención

Integral del Cáncer en la Red de la Caja Costarricense de Seguro Social, y la licenciada Ana María Coto Jiménez, Asesora de la Gerencia Médica.

ARTICULO 15°

La señora Gerente Médico presenta el oficio GM-SJD-4975-2014, de fecha 25 de marzo del año 2014, firmado por ella, que contiene el informe de avance en la implementación de los proyectos financiados por medio de la Ley 8718 y Ley 9028, así como del extinto Instituto Costarricense contra el Cáncer (se atiende lo solicitado en el artículo 16° de la sesión N° 8703).

El doctor Sáenz Delgado se refiere al informe en consideración, con base en las láminas que se especifican:

- i) **Informe de avance en la implementación de los proyectos financiados por medio de la Ley 8718 y la Ley 9028**



- ii) **3 de abril, 2014.**

- iii) **ESTADO DE ORIGEN Y APLICACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA LEY 8718**

TRANSFERENCIA FORTALECIMIENTO RED ONCOLOGICA			
ESTADO DE ORIGEN Y APLICACIÓN DE RECURSOS			
* Recursos con Finalidad Especifica *			
Periodo 31 de Diciembre 2009 al 31 de diciembre 2013			
(Cifras en Miles de Colones)			
ORIGEN:		APLICACIÓN:	
	MONTO	SUB-PARTIDAS	MONTO
Ingresos	37,771,970.0	Gasto Ejecutado Año 2009	209,533.6
Rendimientos	4,372,469.1	Gasto Ejecutado Año 2010	1,802,218.2
Ajuste por diferencial cambiario	-4,672,622.8	Gasto Ejecutado Año 2011	1,267,985.2
		Gasto Ejecutado Año 2012	4,569,338.2
		Gasto Ejecutado Año 2013	6,210,931.2
		Total gasto Ejecutado	14,050,006.4
		Reservas Legales	2,532,825.2
		Proyectos Programados	
		Proyecto Radioterapia HSJD	5,967,000.0
		Proyecto Oncología HCG	7,196,925.2
		Proyecto Spect CT HSJD	863,940.0
		Otros Proyectos	6,861,119.6
		Sub total proyectos programados	20,888,984.8
TOTAL Origenes :	37,471,816.4	Total Aplicaciones	37,471,816.4
Superavit al 31-12-2013			0.0
Sumas iguales	37,471,816.4		37,471,816.4

Fuente: Informe del Mayor Auxiliar de Asignaciones Presupuestarias al 31 de diciembre 2013, Reporte de intereses de la Dirección de Inversiones al 31 de diciembre 2013, Control de inversiones a la vista Red Oncológica Nacional Area Tesorería General al 31 de diciembre 2013

iv)

ESTADO FINANCIERO PLAN GLOBAL DE INVERSIONES										
AL 24 DE MARZO 2014										
PROYECTO: FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN DEL CÁNCER EN LA RED ONCOLÓGICA DE LA CCSS										
(Montos en dólares estadounidenses)										
SUB PROYECTO Ó ENTREGABLE			Fuentes de Financiamiento				Monto Reserva	Monto Gasto	Saldo	% Ejecución
			CCSS	Ley 8718 Junio 2009	Ley 8718 Diciembre 2011	Ley 9028				
B.3.2	B.3.2.4	Proyecto de Resonancia Magnética (con ampliación)	\$4.100.000	\$1.700.000	\$2.428.840		\$0	\$2.428.840	\$0	100,0%
B.1.2	B.1.2.2	Actualización tecnológica del Laboratorio Nacional de Citologías	\$0	\$225.000	\$135.470		\$0	\$135.470	\$0	100,0%
C.4		Sustitución del acelerador lineal marca Siemens	\$0	\$0	\$2.250.000		\$60.000	\$2.190.000	\$0	97,3%
B.3.2	B.3.2.1	Equipamiento e Infraestructura Servicio de Radioterapia HMX	\$6.000.000	\$6.000.000	\$15.400.000		\$921.439	\$14.422.155	\$56.406	93,7%
B.3.2	B.3.2.6	Adquisición de equipo especializado para el Hospital Nacional de Niños	\$0	\$500.000	\$376.550		\$0	\$348.400	\$28.150	92,5%
B.1.3	B.1.3.1	Dotación de Equipamiento para la Atención del Cáncer Gástrico, Prostata y Colón	\$0	\$1.500.000	\$1.500.000		\$244.800	\$1.243.414	\$11.787	82,9%
B.2		Promoción de Estilos de Vida Saludable	\$0	\$2.000.000	\$1.000.000		\$197.000	\$773.374	\$29.626	77,3%
A.2		Desarrollar el recurso humano de la Red Oncológica	\$1.000.000	\$2.500.000	\$3.235.888		\$0	\$1.528.331	\$1.707.557	47,2%
B.1.1	B.1.1.3	Construcción y Equipamiento Servicios de Mamografía	\$3.331.100	\$3.500.000	\$4.198.000		\$2.048.243	\$1.897.768	\$251.989	45,2%
B.3.1		Equipamiento para el Diagnóstico y Tratamiento en la Red	\$0	\$7.733.000	\$6.733.000		\$1.571.847	\$2.989.086	\$2.172.067	44,4%
B.1.1	B.1.1.1	Implementación de Clínicas de Mama	\$0	\$500.000	\$500.000		\$0	\$3.366	\$496.634	0,7%
C.1		Spect-CT Hospital San Juan de Dios	\$0	\$0	\$1.694.000	\$1.101.667	\$2.792.030	\$3.637	\$0	0,2%
B.1.1	B.1.1.2	Fortalecimiento del Tamizaje de mama	\$0	\$1.500.000	\$1.200.000		\$0	\$781	\$1.199.219	0,1%
A.1		Desarrollar el Observatorio de la Red Oncológica	\$100.000	\$400.000	\$400.000		\$0	\$0	\$400.000	0,0%
A.3		Desarrollar e implementación de guías clínicas para la atención integral de los cánceres prioritarios	\$0	\$100.000	\$100.000		\$0	\$0	\$100.000	0,0%
B.1.2	B.1.2.1	Fortalecimiento del Tamizaje mediante citología cervical	\$0	\$600.000	\$500.000		\$0	\$0	\$500.000	0,0%
B.1.3	B.1.3.2	Fortalecimiento de la Detección Temprana y Tratamiento Oportuno de los Cánceres Gástrico, Colón y Próstata	\$0	\$500.000	\$0		\$0	\$0	\$0	0,0%
B.3.2	B.3.2.2	Equipamiento e Infraestructura Servicio de Radioterapia HSJD	\$5.000.000	\$10.000.000	\$11.700.000		\$11.000.000	\$0	\$700.000	0,0%
B.3.2	B.3.2.3	Equipamiento e Infraestructura Servicio de Oncología HCG	\$17.000.000	\$13.000.000	\$14.111.618	\$6.666.667	\$0	\$0	\$20.778.285	0,0%
B.3.2	B.3.2.7	Adquisición de equipo especializado para el Hospital de las Mujeres	\$0	\$200.000	\$35.000		\$0	\$0	\$35.000	0,0%
B.4.1		Rehabilitación de la paciente con mastectomía	\$0	\$100.000	\$100.000		\$0	\$0	\$100.000	0,0%
B.5.1		Construcción y Equipamiento de la clínica Nacional del Dolor y Cuidado Paliativo	\$ 6.250.000 Ley 8584 \$ 8.750.000	\$0	\$10.858.822 *	\$6.666.667	\$17.525.489	\$0	\$0	0,0%
B.3.2	B.3.2.5	Implementación del Servicio de Tomografía por Emisión de Positrones	\$10.000.000	\$0	\$0	\$11.666.667	\$0	\$0	\$11.666.667	0,0%
A.4		Construir el centro de investigación y diagnóstico del cáncer y dotarlo de los recursos necesarios	\$35.000.000		\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	0,0%
Costo total preliminar del proyecto			\$87.781.100	\$52.558.000	\$67.051.346	\$26.101.667	\$36.360.848	\$27.964.622	\$40.233.385	41,7%

Notas: 1. La diferencia entre los rubros de monto reservado, saldo y porcentaje de ejecución con el cuadro del Origen y Aplicación se deben a las fechas de corte, una en diciembre 2013 y esta en marzo 2014.
2. * Incluye el monto generado por interés al 31-12-2013

v)

Seguro de Salud									
Distribución del Portafolio de Inversiones									
Al 31 de enero de 2014									
Recursos Red Oncológica Ley N° 8718									
N° título	Dólares	Vencimiento	N° título	Colones	N° título	Cupones \$	N° título	Cupones ¢	
30196647	\$ 74,293.00	13/05/2014	30197874	¢1,000,000,000.00	30196647	\$ 1,697.60	30197874	¢33,000,000.00	
30196775	\$ 2,500,000.00	30/05/2014	30197411	¢889,623,693.00	30196775	\$ 46,195.65	30197874	¢33,000,000.00	
30197076	\$ 13,000,000.00	11/07/2014	30197573	¢129,634,595.00	30197076	\$ 212,550.00	30197353	¢167,391.30	
30197353	\$ 8,000,000.00	10/09/2014	Monto total	¢2,019,258,288.00	30197378	\$ 97,518.30	30197353	¢167,391.30	
30197378	\$ 4,483,600.00	12/09/2014			30197378	\$ 97,518.30	30197411	¢28,525,783.72	
30197608	\$ 10,000,000.00	23/10/2014			30197608	\$ 206,521.75	30197411	¢28,525,783.72	
30197609	\$ 3,092,750.00	23/10/2014			30197608	\$ 206,521.75	30197573	¢1,334,713.72	
Monto total	\$ 41,150,643.00				30197609	\$ 71,435.88	Total	¢124,721,063.77	
					30197609	\$ 71,435.88			
					Total	\$ 1,011,395.11			

vi) Estado de Origen y Aplicación Ley 9028

TRANSFERENCIA RECURSOS DE LA LEY GENERAL CONTROL DEL TABACO Y SUS EFECTOS NOCIVOS PARA LA SALUD N° 9028 ESTADO DE ORIGEN Y APLICACIÓN DE RECURSOS			
* Recursos con Finalidad Especifica *			
Periodo 01 de Enero 2013 al 31 de Diciembre 2013 (Cifras en Miles de Colones)			
Origen		Aplicación	
Detalle	Monto	Sub-partidas	Monto
		Gasto Ejecutado al 31-12-2013	110,115.5
Ingreso por transferencia periodo 2012	9,024,000.0	Certificaciones Presupuestarias	
		Equipos de angiografía digital (Hospital México 2013) y (Hospital Calderón Guardia y Hospital San Juan de Dios 2014)	3,277,963.3
Ingreso por transferencia enero 2013	2,314,166.5	Spect-Ct Hospital San Juan de Dios	661,000.0
Ingreso por transferencia febrero 2013	1,157,083.3	Tomógrafo (construcción y equipo) Hospital Escalante Pradilla	800,000.0
Ingreso por transferencia marzo 2013	1,157,083.3	Tomógrafos helicoidales para Hospital de San Carlos, Tony Facio, Max Peralta.	2,706,000.0
Ingreso por transferencia abril 2013	1,157,083.3	Equipo de terapia superficial Hospital México (sustitución)	332,000.0
Ingreso por transferencia mayo 2013	1,157,083.3	Equipo simulador Hospital México (Sustitución)	550,000.0
Ingreso por transferencia junio 2013	2,602,916.7	Máquinas de Anestesia (120 equipos)	1,400,000.0
Ingreso por transferencia julio 2013	2,602,916.7	I Fase Autoclaves Proposito General I Etapa (18 equipos)	1,200,000.0
Ingreso por transferencia agosto 2013	2,602,916.7	I Fase Autoclaves Proposito II Etapa (4 Equipos)	10,000.0
Ingreso por transferencia setiembre 2013	2,202,916.7	Instalación de 2 RapidARC en dos aceleradores lineales en el Hospital México	271,065.0
Ingreso por transferencia octubre 2013	2,202,916.7	III Fase Equipos Rayos X (9) 2013LN-000001-3110, Hospital Ciudad Neilly (1), Monseñor Sanabria (1) y Escalante Pradilla (1), Hospital México (2), Calderón Guardia (2) y San Juan de Dios (2).	2,000,000.0
Ingreso por transferencia noviembre 2013	2,202,916.7		13,000.0
Interés a la vista cuenta corriente N° 243802-06	155,020.2	Sub- total certificado	13,221,028.3
		Proyectos Programados	
		Equipamiento del Servicio de Neumología	792,000.0
		Sistema de Planificación de Braquiterapia	85,000.0
		Equipamiento Sala de Recuperación Hospital San Juan de Dios	400,000.0
		Otros Proyectos	15,930,876.4
		Sub-total Proyectos Programados *	17,207,876.4
Total Origenes	30,539,020.2	Total Aplicaciones	30,539,020.2
Superavit al 31 de diciembre del 2013			0.0
SUMAS IGUALES:	30,539,020.2		30,539,020.2
Fuente: Fuente: Informe del Mayor Auxiliar de Asignaciones Presupuestarias al 31 de diciembre 2013, Reporte de intereses Área Tesorería General al 31 de diciembre del 2013 y Sistema de información financiera.			
* Se cuenta con un portafolio de inversiones de 2013 a 2018 el cual se adjunta en el anexo 5.			

vii) **Certificaciones emitidas de los Fondos de la Ley 9028**

Equipo	Monto Reservado
1 Equipos de angiografía digital (Hospital México 2013) Y (Hospital Calderón Guardia y Hospital San Juan de Dios 2014)	3.277.963,3
2 Spect-CT (HSJDD) <i>Financiamiento Parcial</i>	661.000,0
3 Tomógrafo (construcción y equipo) Hospital Escalante Pradilla	800.000,0
4 Tomógrafos helicoidales para Hospital de San Carlos, Tony Facio, Max Peralta.	2.706.000,0
5 Tomógrafo helicoidal Monseñor Sanabria	
6 Equipo de terapia superficial Hospital México (sustitución)	332.000,0
7 Equipo simulador Hospital México (Sustitución)	550.000,0
8 Máquinas de Anestesia (120 equipos)	1.400.000,0

9	I Fase Autoclave Propósito General I Etapa (18 equipos) (1) San Rafael de Alajuela, (1) Clínica Marcial Rodríguez, (1) Clínica Marcial Rodríguez, (1) Clínica Marcial Rodríguez, (1) Hospital la Anexión, (1) Heredia Cubujuquí, (2) H Guápiles, (2) Tony Facio, (2) Max Peralta, (1) Neyli, (2) San Vito, (1) Monseñor Sanabria, (1) San Rafael de Puntarenas, (1) HCG	1.200.000,0
10	I Fase Autoclave Propósito General II Etapa (4 equipos) (1) San Rafael de Heredia, (1) Jiménez Núñez. (1) Clínica de Santa Cruz, (1) Hospital de San Carlos	10.000,0
11	Instalación de 2 RapidARc en dos aceleradores lineales en el Hospital México	271.065,0
12	III Fase Equipos Rayos X (9) 2013LN-000001-3110, Hospital Ciudad Neilly (1), Monseñor Sanabria (1) y Escalante Pradilla (1), Hospital México (2), Calderón Guardia (2) y San Juan de Dios (2).	2.000.000,0
13	Clínicas de Cesación de fumado: 06 proyectores (1 HCG, 1HSJD, 1HM, 1 Heredia, 1 Alajuela y 1 San Carlos), 06 multifuncionales pequeñas (HCG,HSJD, HM, Heredia, Alajuela y San Carlos), 04 computadoras portátiles (HCG, HSJD, Heredia y San Carlos)	13.000,0
TOTAL		¢13.221.028,3

viii) RECURSOS DE LA LEY GENERAL CONTROL DEL TABACO Y SUS EFECTOS NOCIVOS PARA LA SALUD N° 9028 (Montos en Miles de Colones)

- **Ingresos al 31 de diciembre 2013.**
 - **¢30.539.020,02.**
- **Estimación de ingresos para el año 2014.**
 - **¢23.124.000,00.**
 - **Recursos certificados para ejecución:**
 - **¢13.221.028,3.**
- **Total de recursos programados para ejecutar (2013 – 2018):**
 - **¢ 77.216.000,00.**

ix) PROYECTOS A FINANCIAR CON LOS FONDOS DE LA LEY 9028 (2013-2018) (Montos en millones de colones)

- Proyectos
- de Equipamiento
- ¢ 46.233.

- Proyectos
- de Infraestructura
- ¢ 281.

- Proyectos de Infraestructura y Equipamiento
- ¢ 13.336.

- Medicamentos
- ¢ 5.000.

- Capacitación
- ¢ 4.000.

- Intervenciones
- ¢ 8.366.

x)

Seguro de Salud		
Distribución del Portafolio de Inversiones		
Al 31 de enero de 2014		
Recursos Ley del Tabaco N° 9028		
N° título	Colones	Cupones
30196774	¢4,428,333,017.00	
30196774		¢147,242,072.81
30197054	¢1,157,083,254.00	
30197054		¢37,026,664.12
30197054		¢37,026,664.13
30197349-1	¢3,760,000,000.00	
30197349-1		¢122,200,000.00
30197349-1		¢122,200,000.00
30197562	¢2,602,916,746.00	
30197562		¢85,245,523.43
30197562		¢85,245,523.43
30197763	¢10,920,592,818.00	
30197763		¢330,347,933.60
30197763		¢328,512,667.30
30197753	¢1,500,000,000.00	
30197753		¢46,125,000.00
30197753		¢45,868,750.00
30197756	¢1,500,000,000.00	
30197756		¢43,125,000.00
30197756		¢42,885,416.67
	¢3,405,833,492.00	
Monto	¢29,274,759,327.00	¢1,473,051,215.49
Monto total títulos y cupones	¢30,747,810,542.49	

xi) Propuesta de acuerdo:

La Junta Directiva una vez realizada la presentación por parte de la Dirección Ejecutiva del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red de la C.C.S.S. , sobre el informe de avance en la implementación de los proyectos financiados por medio de la Ley 8718 y Ley 9028, adjunto al oficio GM-SJD-4975-2014 de fecha 25 de marzo 2014, **ACUERDA:**

1. Dar por recibido el informe presentado por la Dirección Ejecutiva del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red de la C.C.S.S., mediante oficio GM-SJD-4975-2014, del 25 de marzo de 2014.
2. Dar por atendido el acuerdo de Junta Directiva, relacionado al tema, artículo 16 de la sesión No. 8703, celebrada el 20 de marzo 2014.

El Director Gutiérrez Jiménez señala que del año 2010 a la fecha no se ha tenido ninguna inversión nueva en el Hospital de Niños, sin embargo ve muy cargados los esfuerzos hacia el Hospital San Juan de Dios; no tendría criterio para decir que no está bien, al contrario, en buena hora, pero en el panorama total se pensaría que se podrían equilibrar los esfuerzos hacia el Hospital Nacional de Niños.

Señala el doctor Sáenz Delgado que es muy interesante el comentario, porque hicieron un cuadro en donde hay un resumen de inversión per cápita en dos tipos: la inversión per cápita en las redes norte, noroeste y sur y la inversión nacional, y el monto que da la inversión per cápita es aproximadamente de un millón de colones, para las tres redes, lo que quiere decir que está bastante balanceado.

Anota el Director Gutiérrez Jiménez que no quiere que se mal entienda su comentario, pero le ha llamado mucho la atención el hecho de que hay cierto favorecimiento hacia el Hospital San Juan de Dios, posiblemente porque es el que tiene mayores necesidades; no tiene un argumento en contra de cómo se ha cargado mucho en el San Juan de Dios, pero le parece que no se debe desatender la posibilidad de dotar también al Hospital que está dedicado a la atención de la niñez, que tanto necesita, aunque gracias a Dios se ha visto una incidencia menor en los casos de cáncer.

La doctora Villalta Bonilla, refiriéndose a la incidencia menor de cáncer, señala que es un tema cubierto con el financiamiento de la Ley del Tabaco; sin embargo están tratando de hacer una justificación para la atención de los niños prematuros, para ver si se puede utilizar parte de la Ley del Tabaco por lo menos para la adquisición de algunas incubadoras y algunos respiradores, que hacen falta en el Hospital de Niños en estas épocas; pero están apenas en la parte de la justificación técnica, valorando si es posible a través de esos fondos reforzar los servicios de neonatología del Hospital de Niños y de los otros Hospitales Nacionales.

El Director Loría Chaves insiste en que en esta Junta Directiva se ha hablado de la necesidad de reorganizar las clínicas, por ejemplo Pérez Zeledón, Liberia, porque es inaudito obligar a la gente a que venga a San José. Es preciso resolver ese proyecto y le parece también que ya la Presidencia Ejecutiva, la Junta Directiva y la Gerencia Médica han planteado la valoración de llevar la quimioterapia a las regiones. Sería conveniente darle prioridad a ese asunto.

Aclara el doctor Sáenz Delgado que ese es un proyecto que está contemplado con la Ley de atención al Cáncer.

Considera la Directora Solera Picado que se necesita cambiar de mentalidad para no seguir hablando de recursos solamente a la parte del tercer nivel, sino hacer proyectos que vayan dirigidos a descongestionar el sistema hospitalario nacional, para trasladarlo a los hospitales regionales y cuidado si no a los periféricos. El problema es que se ha hablado del asunto, se ha deliberado, pero no se ha concretado un acuerdo para obligar a la Administración para que en un mediano plazo tenga proyectos dirigidos a esa modalidad. Pero también se ha dicho que esto tiene que ir asociado un poco a los resultados de un estudio que está haciendo una Comisión, para revisar el modelo de atención integral. Entiende que hay que fortalecer a los hospitales por el nivel de complejidad que ellos atienden ahí, pero también, como decían algunos compañeros, esto tiene que irse sacando de acuerdo a las posibilidades y a los estudios técnicos correspondientes. Esto es importante porque no se pueden tomar decisiones si no se tiene la fortaleza de los estudios técnicos, para poder respaldar las decisiones de este órgano colegiado.

Por lo tanto, se tiene a la vista el oficio número GM-SJD-4975-2014, de fecha 25 de marzo del año 2014, que firma la señora Gerente Médico y que, en adelante se transcribe, en lo conducente:

“RESUMEN EJECUTIVO

La Gerencia Médica en cumplimiento con lo resuelto por la Junta Directiva en el artículo 16 de la sesión No. 8703 , referente a la solicitud de Informe avance en la Implementación de proyectos financiados por medio de la Ley N° 8718 y Ley N° 9028, se permite presentar según oficio UEP-147-2014 de fecha 25 de marzo 2014, del Proyecto Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red de la C.C.C.S, el Informe mencionado, contemplando aspecto de interés, tales como; Estado de origen y aplicación de los fondos, situación de cada subproyecto, Información Financiera, Proyectos 2014, Fondos ejecutados, Proyectos a financiar con fondos de la Ley N° 9028, y otros.

La presentación se encuentra a cargo del Dr. Luis Bernardo Sáenz Delgado, Director Ejecutivo, Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red de la C.C.S.S.

ANTECEDENTES:

- 1- Informe de Avance que consta de 61 páginas.
- 2- Presentación Ejecutiva en Power Point.
- 3- Oficio UEP-147-2014 de fecha 25-3-14.

RECOMENDACIÓN

La Gerencia Médica, presenta el informe correspondiente al Avance en la implementación de los proyectos financiados por medio de la Ley 8718 y Ley 9028, presentación a cargo de la Dirección Ejecutiva del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red de la C.C.S.S. de conformidad con la solicitud realizada en artículo 16 de la sesión No. 8630, celebrada el 20 de marzo 2013, se recomienda dar por recibido el informe presentado por la mediante oficio GM-SJD-4975-2014 del 25 de marzo de 2014 ...”,

la Junta Directiva, una vez realizada la presentación por parte del doctor Luis Bernardo Sáenz Delgado, Director del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red de la Caja Costarricense de Seguro Social, en cuanto al informe de avance en la implementación de los proyectos financiados por medio de la Ley N° 8718 y la Ley N° 9028, que se adjunta al citado oficio número GM-SJD-4975-2014, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA:**

- 1) Dar por recibido el citado informe presentado por la Dirección Ejecutiva del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red de la Caja Costarricense de Seguro Social.
- 2) Dar por atendido el acuerdo adoptado en el artículo 16° de la sesión número 8703, celebrada el 20 de marzo del año 2014.

Se le da firmeza en el artículo 19° de esta sesión.

El doctor Sáenz Delgado se retira del salón de sesiones.

Ingresa al salón de sesiones el Director Marín Carvajal.

ARTICULO 16°

Se tiene a la vista el oficio número GM-RH-6613-14 de fecha 26 de marzo de 2014, que firma la señora Gerente Médico y que, en adelante se transcribe, en lo conducente:

“RESUMEN EJECUTIVO:

La Dra. Hilda Oreamuno Ramos, ha sido nombrada como Directora General del Hospital San Juan de Dios desde el 10 de mayo del 2010, en sustitución de la Dra. Ileana Balmaceda Arias, y dado que el nombramiento interino vence el 19 de abril del 2013, según lo acordado por Junta Directiva en el artículo 7° de la sesión No. 8664 celebrada el 26 de setiembre de 2013, Acuerdo Primero, se propone prórroga de nombramiento interino para la Dra. Oreamuno Ramos a partir del 20 de abril de 2014 y hasta el 08 de mayo del 2014 inclusive, nombramiento sujeto a lo resuelto en el artículo 9° de la sesión N° 8652, del 1° de agosto del año 2013 y en artículo 10° de la sesión N° 8689, de fecha 16 de enero del año 2014.

ANTECEDENTES:

- Copia del acuerdo primero, artículo 7° de la sesión No. 8664, celebrada el 26 de setiembre de 2013 por parte de Junta Directiva.

DICTAMEN TÉCNICO-LEGAL:

La Ley y Reglamento del Estatuto de Servicios Médicos señala que en cada centro hospitalario debe de existir el puesto de Director, según se indica:

“... Artículo 2: En cada Hospital la clasificación de los servicios médicos estará constituida de la siguiente manera:

- a) Director*
- b) Sub Director ...”*

La Ley No. 7852 “Ley de Desconcentración de Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social” en su artículo 9, establece:

“Artículo 9: Los hospitales y las clínicas serán administrados por el Director, quien deberá actuar siempre conforme a los objetivos y las obligaciones señalados en el compromiso de gestión suscrito con la Caja, los reglamentos generales y lineamientos de política que emita esa Institución.”

Asimismo, el Reglamento a la Ley No. 7852, indica en el artículo 8:

“Artículo 8: El Director y Subdirector cuando exista el cargo, de las unidades desconcentradas serán nombrados por la Junta Directiva de la Caja por períodos de cinco años, pudiendo ser reelectos. Antes de su nombramiento, la Gerencia Médica deberá consultar a la Junta de Salud del órgano desconcentrado sobre los candidatos propuestos. En caso de que el puesto quede vacante o vencido el plazo de su nombramiento sin que la Junta Directiva hubiese acordado su reelección, a recomendación de la Gerencia Médica, el cargo será sacado a concurso. Corresponderá a la Gerencia de División Médica, en coordinación con la Dirección de Recursos Humanos, implementar los procedimientos, y preparar los atestados correspondientes y presentar una terna para que la Junta Directiva realice oportunamente la elección, de conformidad con la legislación vigente.”

La plaza 10809 de Médico Director 3, es la plaza asignada para la Dirección General del Hospital San Juan de Dios, está nombrada por transitorio V, la Dra. Ileana Balmaceda Arias, quien se encuentra ascendida y trasladada como Presidenta Ejecutiva de la Institución. Por lo anterior, la Dra. Hilda Oreamuno Ramos, es la funcionaria que ha venido realizando la sustitución en dicho cargo, y quien posee los requisitos técnicos y legales, para ocupar el puesto en forma interina, mismo que vence el próximo 19 de abril del 2014, se presenta a consideración de la Junta Directiva una prórroga del nombramiento interino hasta el 8 de mayo de 2014 inclusive, nombramiento sujeto a lo resuelto en el artículo 9° de la sesión N° 8652, del 1° de agosto del año 2013 y en artículo 10° de la sesión N° 8689, de fecha 16 de enero del año 2014.

RECOMENDACIÓN:

La Gerencia Médica con base en la Ley y el Reglamento del Estatuto de Servicios Médicos y en el principio de continuidad de los deberes, recomienda nombrar interinamente a la Dra. Hilda Oreamuno Ramos como Directora General a.i. del Hospital San Juan de Dios a partir del 20 de abril de 2014 y hasta el 8 de mayo de 2014 inclusive.

La plaza No. 10809 de Médico Director 3, está ocupada por aplicación del Transitorio V por la Dra. Ileana Balmaceda Arias hasta el 2 de diciembre del 2014, según acuerdo de Junta Directiva en el artículo 8° de la Sesión No. 8403 del 03 de diciembre del 2009, quien actualmente se encuentra nombrada como Presidenta Ejecutiva de la Institución”

con base en la recomendación de la señora Gerente Médico, según los términos del citado oficio número GM-RH-6613-14, con base en la Ley de Desconcentración de Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social No. 7852 y su Reglamento, y en las necesidades y el interés institucional de la Caja Costarricense de Seguro Social, y en virtud de que la doctora Oreamuno Ramos ha sido nombrada como Directora General del Hospital San Juan de Dios desde el 10 de mayo del año 2010, en sustitución de la Dra. Ileana Balmaceda Arias, quien ocupa el cargo de Presidenta Ejecutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, según lo resuelto en el artículo 4° de la sesión número 8443, de fecha 6 de mayo del año 2010, la Junta Directiva –unánimemente- **ACUERDA** nombrar interinamente a la Dra. Hilda Oreamuno Ramos como Directora General a.i del Hospital San Juan de Dios, a partir del 20 de abril de 2014 y hasta el 8 de mayo de 2014 inclusive, de acuerdo con la normativa institucional y las leyes vigentes en materia de recursos humanos, específicamente, nombramientos interinos de médicos directores y subdirectores de unidades con desconcentración máxima. Dicho nombramiento está sujeto a lo resuelto en el artículo

9° de la sesión N° 8652, del 1° de agosto del año 2013 y en artículo 10° de la sesión N° 8689, de fecha 16 de enero del año 2014.

En concordancia con lo anterior, además de las potestades y facultades inherentes al cargo, se le confieren las potestades y obligaciones atribuidas al director del órgano desconcentrado, en el artículo 25° de la sesión número 7606 celebrada el 6 de diciembre del año 2001, para los efectos del marco de la desconcentración creado con base en la Ley número 7852 y su Reglamento.

Queda debidamente autorizada la señora Gerente Médica para extender el poder general con límite de suma dispuesto en el citado acuerdo.

Asimismo, queda encomendada la Dirección Jurídica de la Caja para proceder a formalizar lo que corresponda, conforme con los procedimientos legalmente establecidos.

Sometida a votación la moción para que lo resuelto se adopte en firme es acogida unánimemente. Por lo tanto, el acuerdo se adopta en firme.

ARTICULO 17°

“De conformidad con el criterio SJD-AL-0036-2020 del 12 de octubre de 2020, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con reiterada jurisprudencia de Sala Constitucional y la respectiva normativa, se excluye de publicación”.

ARTICULO 18°

Se tiene a la vista el oficio número GM-RH-6612-14, de fecha 26 de marzo del año 2014, que firma la señora Gerente Médico y, en adelante se transcribe, en lo conducente:

“RESUMEN EJECUTIVO:

La Junta Directiva mediante el artículo 30° de la sesión N° 8676, celebrada el 7 de noviembre de 2013, acuerda nombrar un equipo de transición por seis meses, que apoye la gestión y los proyectos de infraestructura, del Hospital Dr. Calderón Guardia, otorgando al Dr. Taciano Lemos Pires las competencias y responsabilidades de Director General, conjuntamente con un grupo de apoyo profesional.

Siendo que dicho cargo de Director General, tiene implícitas una serie de acciones a realizar que requieren personería jurídica y una delimitación de sus competencias para poder ejercer de manera eficiente en las decisiones que se tomen a nivel interno, y a que se le otorgó licencia con goce de salario por motivo de matrimonio al Dr. Taciano Lemos Pires, según lo establecido en el Normativa de Relaciones Laborales, en el período comprendido del 05 al 12 de abril de 2014, por lo que se le informa a la estimable Junta Directiva, que esta Gerencia Médica durante el dicho período indicado, asumirá la gestión de la Dirección General del Hospital Dr. Calderón Guardia.

ANTECEDENTES:

- Artículo 30° de la sesión N° 8676, celebrada el 07 de noviembre de 2013, aprobado por la Junta Directiva sobre la conformación del equipo de transición en el Hospital Dr. Calderón Guardia.
- Oficio GM-RH-6475-14 de fecha 17 de marzo de 2014, suscrito por la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médica.
- Oficio DM-1508-03-14 de fecha 12 de marzo de 2014, suscrito por el Dr. Taciano Lemos Pires, Director General del Hospital Dr. Calderón Guardia.

DICTAMEN TÉCNICO-LEGAL:

La Ley y Reglamento del Estatuto de Servicios Médicos, señala que en cada centro hospitalario debe de existir el puesto de Director, según se indica:

“... Artículo 2: En cada Hospital la clasificación de los servicios médicos estará constituida de la siguiente manera:

a) Director ...”.

Asimismo, la Ley No. 7852 “Ley de Desconcentración de Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social” y su Reglamento, establecen:

Artículo 9 de la Ley No. 7852:

“Los hospitales y las clínicas serán administrados por el Director, quien deberá actuar siempre conforme a los objetivos y las obligaciones señalados en el compromiso de gestión suscrito con la Caja, los reglamentos generales y lineamientos de política que emita esa Institución.”

La Junta Directiva, mediante el artículo 4° de la sesión N° 8014, celebrada el 1° de diciembre de 2005, aprobó el Esquema de Delegación para aprobar movimientos de personal y otros, los cuales tuvieron vigencia 1° de enero del año 2006, y cuyo acuerdo indicó que como adición, que la Junta Directiva podrá aprobar mediante avocación todo procedimiento ahí establecido.

Así las cosas y considerando que en el Esquema de Delegación se cita, que los permisos con goce de salario del Director de los centros bajo desconcentración máxima, deberán ser aprobados por la Gerencia Médica, asimismo, considerando lo que acordó por la misma Junta Directiva en el artículo 3° de la sesión N° 8240, celebrada el 10 de abril de 2008, la Gerencia Médica procedió conforme y otorgó el permiso con goce de salario al Dr. Taciano Lemos Pires, Director General del Hospital Dr. Calderón Guardia, por motivo de matrimonio, y según lo establecido en la Normativa de Relaciones Laborales, en cual corresponde del 05 al 12 de abril de 2014.

Por lo anterior, procede informar a los miembros de la Junta Directiva, que la Gerencia Médica, asumirá en dicho período, la gestión de la Dirección General del Hospital Dr. Calderón Guardia.

RECOMENDACIÓN:

Esta Gerencia Médica, previa revisión de la normativa vigente y de la solicitud realizada por el Dr. Taciano Lemos Pires y conforme a la concesión del permiso con goce de salario del 05 al 12 de abril de 2014, por licencia por matrimonio, procede informar a los miembros de Junta Directiva, que la Gerencia Médica, asumirá en dicho período, la gestión de la Dirección General del Hospital Dr. Calderón Guardia.”,

y conocida la información presentada por la doctora Villalta Bonilla, que concuerda con los términos del citado oficio número GM-RH-6612-14, de fecha 26 de marzo del año 2014, y concordante con lo resuelto por aplicación de la Normativa de Relaciones Laborales vigente, al otorgar permiso con goce de salario por licencia por matrimonio al Dr. Taciano Lemos Pires, en el período del 05 al 12 de abril del año 2014, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** que durante el período del 05 al 12 de abril del presente año la Gerencia Médica asuma la gestión de la Dirección General del Hospital Calderón Guardia y que, asimismo, realice las gestiones administrativas pertinentes para atender lo que corresponda.

Sometida a votación la propuesta para que lo resuelto se adopte en firme es acogida en forma unánime. Por lo tanto, el acuerdo se adopta en firme.

ARTICULO 19°

Por unanimidad, **se declara la firmeza** de las resoluciones adoptadas en los artículos que van del 3° al 13° de esta sesión.

Ingresa al salón de sesiones el doctor Mario Mora Ulloa, Jefe del Área de Regulación de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.

ARTICULO 20°

La doctora Villalta Bonilla presenta el oficio número GM-SJD-4980, del 26 de marzo del año 2014, que contiene la propuesta de reforma al “Reglamento de Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa”; se atiende la Recomendación 80 del grupo de especialistas (artículo 10° de la sesión número 8545).

El doctor Mora Ulloa, con base en las siguientes láminas, se refiere a la propuesta en consideración:

I) Caja Costarricense de Seguro Social
Presentación
Atención del acuerdo-recomendación # 80
indicado en el Artículo 10° , Sesión N° 8545 de la Junta Directiva
GERENCIA MÉDICA
Dr. Mario Mora Ulloa
27 de Marzo 2014.

II) Acuerdo Junta Directiva:

En atención a la recomendación número 80 del informe del Equipo de Especialistas, la Junta Directiva instruye a la Gerencia Médica para que evalúe la modalidad de

"Médico de Empresa" y "Medicina Mixta", y presente un informe ante esta Junta Directiva con las propuestas de mejora orientadas al fortalecimiento de estas modalidades.

III) Estado de Situación Encontrado
Enero 2013

<ul style="list-style-type: none"> • Funcionamiento y • Control 	<ul style="list-style-type: none"> • No personal asignado • No objetivos definidos • Procesos y Procedimientos no estandarizados • Reglamento desactualizado • Base de datos obsoleta • Ausencia de visión de servicio al cliente • Nula comunicación con usuarios adscritos , Centros de Trabajo y Centros de Salud • Enfoque Biologista • Oferta de Servicios no ajustada a necesidades y capacidad institucional
<ul style="list-style-type: none"> • Mejora • Continua 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de cláusulas de seguimiento • Variables recolectadas insuficientes • Proceso no sistematizado • Ausencia de análisis

IV) Información Estadística
Marzo 2014

- 3187 Médicos activos inscritos en empresa
- 3954 Médicos activos inscritos en mixta
- 2101 Empresas activas adscritas

Producción de servicios de apoyo en los sistemas de medicina de empresa y medicina mixta en el período de enero a diciembre del 2013

Variable	Empresa	% CCSS	Mixta	% CCSS
Ex. Laboratorio	699,816	1,42%	868,950	1,84%
Imágenes Rx	35,605	1,58%	30,931	1,37%
Estudios Rx	23,015	1,35%	20,307	1,19%
Días Incapacidad*	171,237	2,24%	X	X

Fuente: CCSS. Área de Estadísticas en Salud.
* Dr. Rodrigo Bartels. Coordinador Incapacidades.

- V) Información Estadística
Marzo 2014
Producción de cupones en los sistemas de medicina de empresa
y medicina mixta en el período de enero a diciembre del 2013

Variable	Empresa	% CCSS	Mixta	% CCSS
Cupones CCSS	1,688,390	2,19%	1,545,632	2,01%

Variable	Empresa y Mixta	% CCSS
Cupones JR	1,836,602	2,38%

Variable	Empresa y Mixta	% CCSS
Cupones Totales	5,070,624	6,58%

Fuente: CCSS. Área de Estadísticas en Salud y Administración Contrato JR.

- VI) Descripción y alcance de la propuesta.
- Definición de responsables de las modalidades.
 - Análisis de los sistemas.
 - Ajuste del marco normativo.
 - Oferta de servicios viable.
 - Funciones por nivel de atención.
 - Levantamiento de procesos.
 - Ajuste en incapacidades.
 - Incorporar riesgos excluidos.

Elementos que trasciendan lo biológico.

- VII) Descripción y alcance de la propuesta.
- Nuevas variables de análisis en formularios.
 - Nueva base de datos.
 - Retroalimentación constante con Empresas, Médicos y Centros de Salud.
 - Utilización de plataforma web para información y control.
 - Proceso de mejora continua sistematizado.

- VIII) Descripción y alcance de la propuesta

- Asignación de Personal.
- Controles Sistematizados.

- Levantamiento y mejora de procesos.
- Mejora en Tecnologías de Información.
- Enfoque de servicio al cliente (interno – externo).
- Nueva Reglamentación.

IX) Organización para la implementación

- No nuevas plazas.
- No nuevas tareas, sino metodologías.
- Énfasis en los controles de niveles locales y regionales.
- Secuencia lógica de control desde el nivel local hasta el central.
- Coordinación con entidades técnicas involucradas.
- Coordinación con niveles locales.
- Sistema de retroalimentación vía web.
 - Médicos incorporados (mixta y empresa).
 - Empresas adscritas.
 - Médicos por empresa.
 - Consultas.

X) Productos a la fecha
Marzo 2014

Equipo responsable de las modalidades conformado.
Análisis medicina de empresa y mixta.
Módulo de incorporación médicos mixta y empresa.
-Nuevos formularios-Nuevas variables.
-Alertas de control -Reportes ajustados.
Servicio al cliente vía web, correo electrónico y telefónico.
Reglamento de empresa pendiente aprobación por Junta.
Reglamento de Mixta en revisión por Jurídica.

XI)

Medicina Mixta y Medicina de Empresa

Responsable de conducir en forma estratégica el desarrollo de los Sistemas Medicina de Empresa y Medicina Mixta. Estos sistemas constituyen una forma alternativa de prestación de servicios para los asegurados donde la Caja Costarricense de Seguro Social ofrece servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento dentro de su red cumpliendo cada una de las partes los requisitos establecidos en la normativa.

Medicina Mixta y Medicina de Empresa

Nuevas Inscripciones

Lineamientos

Temas de interés

1. Distribución de los Distritos según Área de Salud
2. Lista de médicos inscritos en medicina de empresa y medicina mixta
3. Oferta de Servicios Medicina de Empresa
4. Oferta de Servicios Medicina Mixta

Sitios de interés

Consulta Médicos adscritos Medicina Empresa y Medicina Mixta

Puede buscar por nombre o código de médico:

Reglamentos

- Reglamentos
- Requisitos
- Formularios
- Preguntas Frecuentes

Contactos

Programas de Sistemas Alternativos
psistalt@ccss.sa.cr

- Dr. Mario Mora Ulloa
- Daisy Segura Meneses

Tel: 2539-1254 | 2539-1253

XII) Productos Esperados 2014

- Aprobación de ambos reglamentos por Junta Directiva.
- Proceso de actualización completa de base de datos.
- Operativización de nuevos reglamentos. Divulgación y Asesoría.
- Nuevo Sistema de información.
- Conformación de Catálogos Institucionales.

XIII) Reglamento Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa.

XIV) Ubicación contextual

- Sistema **opcional** para los asegurados y centros de trabajo
- Centro otorga RRHH e infraestructura
- CCSS brinda oferta de servicios institucional limitada

Beneficios

- Mejora el acceso a CCSS de PEA.
- No traslado de colaboradores a Centros de Salud
- Abordaje integral en escenario laboral
- Retribuye a principales contribuyentes

XV) Propuesta reglamentaria.

- Definición de objetivos.
- Funciones y Controles por nivel de atención.
- Actualización con normativa vinculante.
- Oferta viable de acuerdo a entes técnicos.
 - Farmacia.
 - Laboratorio.
 - Imágenes Médica.
 - Especialidades.
 - Papelería.
 - Medicamentos.
- Incorporación de riesgos excluidos.
- Incorporación de Procedimientos ante sospecha de incumplimientos.
- Delimitación de atención centrada en trabajadores.

XVI) Diferencias sustantivas entre reglamentos

- Incorpora definiciones terminológicas. Art 1.
- Establece un objetivo claro. Art 2.
- Se centra la oferta para los colaboradores de las empresas. Art 3.
- Se procedimenta y actualiza inscripción y sus requisitos. Art 4-9.
 - Se trasciende lo biólogo. Art 7.
 - Se procedimenta el control. Art 10-12.
- Se actualiza oferta de servicios. Art 13-18.
- Se incorporan los riesgos excluidos. Art 19-20.
- Se procedimenta los pasos por incumplimiento. Art 21-22.

XVII) Colaboración equipo técnico:

- Coordinación Nacional de Farmacia.
- Coordinación Nacional de Laboratorio Clínico.
- Comité Central de Farmacoterapia.
- Comisión Institucional de Incapacidades.
- Dirección de Proyección de Servicios de Salud.
- Área de Estadísticas en Salud.
- Área de Riesgos Excluidos.
- CGI Gerencia Médica.
- Área de Comunicación Digital.
- Área de Tesorería Institucional.
- Comisión de Papelería Institucional.
- Asociación de Médicos Especialistas en Medicina del Trabajo.
- Niveles Locales.

XVIII) Recomendación a la Junta Directiva – Propuesta de Acuerdo

La Junta Directiva una vez realizada la presentación por parte de la Gerencia Médica sobre la actualización del “Reglamento modalidad de atención integral de medicina de empresa”,
ACUERDA:

1. Dar por recibido el informe presentado por la Gerencia Médica mediante oficio GM-SJD-4980-2014, del 25 de marzo de 2014.
2. Dar por atendido el acuerdo de esta Junta Directiva del artículo 10° de la sesión N°8545 celebrada el 14 de noviembre de 2011, en cuanto a la atención de la recomendación número 80 del informe del Equipo de Especialistas, en la cual la Junta Directiva instruye a la Gerencia Médica para que evalúe la modalidad de "Médico de Empresa", y presente un informe ante esta Junta Directiva con las propuestas de mejora orientadas al fortalecimiento de estas modalidades.
3. Aprobar la Reforma integral del Reglamento Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa, presentada por la Gerencia Médica y derogar el Reglamento de Atención Integral de Medicina de Empresa aprobado en sesión 7631 del 14 de marzo del 2002.
4. Instruir la publicación del Nuevo Reglamento Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa, en el Diario Oficial La Gaceta.
5. Instruir a la Gerencia Médica para que dé continuidad a las acciones que se han venido desarrollando para fortalecer el Sistema de Medicina de Empresa y Mixta por parte de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, para el fortalecimiento de estas modalidades.
6. Instruir a la Gerencia Médica continuar con el proceso para la actualización del reglamento del Sistema Mixto de Atención Integral y su presentación ante esta Junta Directiva.

Sobre la observación de que no se tiene personal asignado en el nivel regional, recuerda la Directora Solera Picado que cuando se hacían las visitas de supervisión a los establecimientos de salud, uno de los aspectos a revisar era el comportamiento del tema que se está tratando, no solo en la parte puramente médica, sino más que nada en los servicios de apoyo como farmacia, laboratorio y otros. Y también a nivel regional existen asistentes médicos que están con el trabajo de darle seguimiento al cumplimiento de cada una de esas funciones. Lo que sucede es que ha habido una serie de situaciones, con el ir y venir de este modelo, que es importante porque de una u otra forma desatorna toda la demanda de pacientes. Por ello, no entiende cuando se dice que aquí no había personal dedicado a esa tarea y es necesario hacer una revisión sobre ese particular.

El doctor Mora Ulloa manifiesta que les parece que es parte de lo que están presentando un poco en la propuesta, porque justamente mucho de lo que cada uno ha podido hacer tiene que ver con que no ha habido una asesoría de cómo se interpreta, porque puede haber formas diferentes de interpretar las instrucciones. En cuanto a la ausencia de personal asignado, se refiere a que esas son labores que están desarrollando los niveles locales todos los días desde hace treinta años, y se referían principalmente al Nivel Central, porque hoy por hoy el reglamento aprobado por la Junta Directiva en 2002, establece que debe haber una oficina de sistemas alternativos, con personal asignado; sin embargo en la nueva propuesta eso lo están designando de hecho. Coinciden en que debe haber personal asignado, pero no a través de una estructura organizacional, sino a través de funciones específicas a la gente que ya existe, que deben haber responsables. Han encontrado un reglamento desactualizado, principalmente con las otras normativas con las que tenían vinculación y el ejemplo más importante es el Reglamento de Incapacidades; además, una base de datos obsoleta y no estaban todas las variables necesarias para ejercer un control efectivo.

A la Directora Solera Picado le parece que se ha tardado mucho en acomodar la medicina de empresa, tema que es necesario revolver. En una reunión que se llevó a cabo en el Área de Salud de Coronado, la microbióloga demostró con documentos la cantidad de exámenes no retirados por los pacientes; cree que deben buscarse nuevas estrategias dentro del reglamento para que no se desperdicien esos recursos, porque la microbióloga cuantificó solo unos pocos que tenía, que representaban ₡12.000.000.00 (doce millones de colones), suma que la Institución ha gastado dando un servicio, pero no hay seguimiento por parte del médico de empresa para ver si el paciente necesita ir más allá de lo que ya le había tratado. El comentario viene en el sentido de que si bien es cierto esta modalidad ayuda a la Institución a atender una demanda insatisfecha en una serie de poblaciones, también hay que buscar nuevas estrategias para que el sistema sea más efectivo.

Anota el doctor Mora Ulloa que el nuevo Reglamento establece los procedimientos ante incumplimientos, cosa que el reglamento vigente no lo establece.

Por otra parte, el Director Gutiérrez Jiménez señala que no se tiene –por lo menos que el conozca– una estrategia de cómo abordar el tema de las incapacidades a nivel del sector privado. Ha podido detectar cómo hay alteraciones muy frecuentes entre la documentación, porque las incapacidades se dan sin ningún control, lo que afecta no solo a la Institución sino también al sector privado, porque al haber mayores incapacidades, aun cuando la Caja los paga, hay un problema de eficiencia para el país al no tener a esa persona laborando. Considera que se debe reglamentar el control y la evaluación de lo que está sucediendo en las incapacidades.

Al Director Loría Chaves le parece que este tema del médico de empresa es esencial para la Caja, porque son 7 mil médicos los que están afiliados; además, tuvo la experiencia de ver el funcionamiento de la Medicina de Empresa de la Dos Pinos, y se le decía que solo en el Parque Industrial de Coyol de Alajuela se registran casi 200.000 (doscientas mil) consultas que se dan. Es por ello que cree que es importante que se fortalezca, obviamente muy regulado y muy controlado.

La Directora Solera Picado manifiesta que quiere dejar constando en actas que se debe coordinar con el equipo técnico de Planificación, porque este tema corresponde a la Recomendación de los Notables No. 80.

Finalmente, teniendo a la vista el oficio número GM-SJD-4980, del 26 de marzo del año 2014, suscrito por la señora Gerente Médico, con base en la recomendación de la doctora Villalta Bonilla y la facultad que le confiere el artículo 14°, inciso f) de la Ley Constitutiva, la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA**:

- I) Dar por recibido el informe presentado por la Gerencia Médica mediante el oficio número GM-SJD-4980-2014, del 25 de marzo del año 2014.
- II) Dar por atendido el acuerdo de esta Junta Directiva adoptado en el artículo 10° de la sesión N° 8545, celebrada el 14 de noviembre de 2011, en cuanto a la atención de la recomendación número 80 del informe del Equipo de Especialistas, respecto de la cual la Junta Directiva instruyó a la Gerencia Médica para que evaluara la modalidad de "Médico de Empresa" y presentara un informe ante esta Junta Directiva con las propuestas de mejora orientadas al fortalecimiento de estas modalidades.

- III)** Aprobar la reforma integral al Reglamento vigente (denominado *Reglamento del Sistema de Atención Integral de Medicina de Empresa*) y dictar el siguiente *Reglamento Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa* (se modifica el nombre del Reglamento):

**“REGLAMENTO MODALIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL
DE MEDICINA DE EMPRESA**

CAPÍTULO I: DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1°: Definiciones

- a) **Accidente de tránsito:** acción culposa cometida por los conductores de los vehículos, sus pasajeros o los peatones, al transitar por los lugares a los que se refiere el artículo 1 de la Ley N° 9078. En el accidente de tránsito debe estar involucrado al menos un vehículo y producirse muerte o lesiones de personas y/o daños en los bienes como consecuencia de la infracción a la ley.
- b) **Área de adscripción:** área geográfica definida institucionalmente que abarca un centro de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), en el cual los asegurados o centros de trabajo que residan o se ubiquen respectivamente dentro de dichos límites, deben inscribirse para recibir la atención en salud correspondiente dentro de esta modalidad.
- c) **Atención integral de las personas:** es la forma de atención de carácter interdisciplinario e integrado que apoya a la persona, su familia y la comunidad; es la que asegura atención continua de alta calidad, costo-efectiva y provee de guía, con una secuencia lógica de eventos, que debe ser útil para priorizar y establecer objetivos de intervenciones de creciente complejidad. Supone la provisión de servicios integrados de promoción, prevención de la enfermedad, cuidado curativo, rehabilitación, soporte físico, psicológico y social acorde con la mayoría de los problemas de salud en una población dada.
- d) **Caso de rutina:** es toda aquella necesidad de atención en salud que no esté catalogada como caso de urgencia, según la definición siguiente.
- e) **Caso de urgencia:** es el tipo de atención en salud que se requiera brindar de manera impostergerable ante situaciones que generen un riesgo inmediato para la vida de la persona.
- f) **Centro de trabajo:** entidad mercantil, de servicios o industrial, pública o privada que tiene su propia autonomía como persona jurídica independiente y separada de la persona física a quien pertenezca.
- g) **Consultorio médico laboral:** es todo recinto físico utilizado para la atención en salud laboral de los empleados, que cumple con la legislación nacional para su funcionamiento de acuerdo con la actividad propia que realiza, con los requisitos de seguridad y con lo estipulado por los entes aseguradores, los cuales le pueden asignar distinta nomenclatura dentro de los servicios que brindan.

- h) **Incapacidad:** es la formalización de un compromiso recíproco entre el médico del centro de trabajo y el asegurado activo, cuyo fin es propiciar la recuperación de la salud mediante el reposo de este último y su reincorporación al trabajo, pero no genera necesariamente el derecho a obtener el pago de un subsidio o de una ayuda económica; derechos que están sujetos a los plazos de calificación estipulados en el Reglamento del Seguro de Salud y en las condiciones establecidas para esta modalidad en el Reglamento para el Otorgamiento de Incapacidades y Licencias para los Beneficiarios del Seguro de Salud.
- i) **Medicina del Trabajo:** es la especialidad médica que actuando aislada o comunitariamente estudia los medios preventivos para conseguir el más alto grado de bienestar físico, psíquico y social de los trabajadores en relación con la capacidad de éstos, con las características y riesgos de su trabajo, el ámbito laboral y la influencia de éste en su entorno, así como promover los medios para el diagnóstico, tratamiento, adaptación, rehabilitación, y calificación de la patología producida o condicionada por el trabajo (OMS /Organización Mundial de la Salud/)
- j) **Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa:** modalidad de asistencia en salud exclusiva para los colaboradores asegurados del centro de trabajo. Consiste en una contratación directa de los servicios de atención integral en salud por parte del centro y los profesionales en Ciencias Médicas, el otorgamiento del personal de apoyo y la infraestructura necesaria para la prestación del servicio y el derecho de recibir como beneficio, por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social, los servicios de farmacia, laboratorio, imágenes y otros servicios contemplados dentro de este Reglamento no relacionados con riesgos del trabajo.
- k) **Oferta de servicios:** se refiere al conjunto limitado de prestaciones que brindan los servicios de salud de la CCSS, dentro del marco de la presente modalidad.
- l) **Prestación de servicios de salud:** son las actividades que brindan tanto la CCSS como los centros de trabajo para llevar a cabo la atención integral en salud a los trabajadores.
- m) **Riesgos del trabajo:** son los accidentes y las enfermedades que ocurran a los trabajadores, con ocasión o por consecuencia del trabajo que desempeñen en forma subordinada y remunerada así como la agravación o reagravación que resulte como consecuencia directa, inmediata e indudable de esos accidentes y enfermedades. (artículo 195, Código de Trabajo).
- n) **Riesgo excluido:** comprende todos aquellos riesgos no cubiertos por los Seguros Sociales gobernados y administrados por la Caja Costarricense de Seguro Social, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 73 de la Constitución Política y el artículo 16° del Reglamento del Seguro de Salud.
- o) **Subsidio:** el subsidio es la suma de dinero que se paga al asegurado (a) activo (a), durante los períodos de incapacidad por enfermedad, riesgo de trabajo, accidente de tránsito, fase terminal o de licencia por maternidad, y tiene el propósito de suministrar un ingreso económico que permita cubrir las necesidades básicas del trabajador, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cotización que establece la normativa vigente.

- p) **Trabajador directo:** es la persona que mediante una cotización (cuota) genera para sí mismo el derecho a recibir ciertos beneficios de la Seguridad Social.
- q) **Unidad responsable de la modalidad:** es el equipo de trabajo encargado de llevar a cabo las funciones que se designan en el presente Reglamento para el control y la mejora continua de la modalidad, el cual debe ser designado por la Gerencia Médica de la CCSS y dado a conocer a los interesados.

Artículo 2°: Del Objetivo de la Modalidad

- a) El objetivo de esta modalidad es mejorar el acceso a la red de servicios que brinda la CCSS a la población económicamente activa del país, de manera que se fortalezca la integralidad de la atención en salud a los trabajadores, a través de una alianza entre la Caja Costarricense de Seguro Social y el centro de trabajo.
- b) El presente Reglamento no pretende limitar la prestación de los servicios de salud, que los centros de trabajo deseen brindar, sino enmarcar específicamente la modalidad de atención en salud que se llevará a cabo como parte de la alianza con la CCSS.

Artículo 3°: Beneficiarios de la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa

- a) Son beneficiarios de la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa todos los trabajadores directos inscritos en planilla de la CCSS, de los distintos centros de trabajo que se inscriban y cumplan con los requisitos establecidos en este Reglamento.
- b) Los beneficiarios de la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa tienen el derecho a recibir, por parte de la CCSS, los servicios establecidos en la oferta señalada en el presente Reglamento, en igualdad de condiciones que otras modalidades de atención vigentes en la Institución, según las posibilidades financieras institucionales y lo que se establece en el Capítulo VI, artículos 75, 76 y 77 del Reglamento del Seguro de Salud.

CAPITULO II: DE LA INSCRIPCIÓN A LA MODALIDAD Y SUS REQUISITOS

Artículo 4°: Proceso de inscripción a la Modalidad

- a) Para ingresar a la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa, el centro de trabajo interesado deberá solicitar el Formulario “**Inscripción a la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa**”, en el Área de Salud de la CCSS o acceder a él en la página WEB de la Institución (www.ccss.sa.cr).
- b) El Centro de Trabajo deberá completar el o los formularios de inscripción del punto a) y adjuntar la siguiente documentación:
- Certificación de incorporación al Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica del médico por inscribir, con no más de 90 (noventa) días de emitido.

- Fotocopia de Habilitación del Consultorio Médico (Decreto 30699-S) o del Permiso de Funcionamiento Sanitario del Consultorio Médico vigente, expedido por el Ministerio de Salud, del recinto donde se pretende dar la consulta, el cual deberá siempre mantenerse al día, de acuerdo con lo que instruya el ente rector en la materia.
- c) El centro de trabajo deberá entregar los formularios completos y la documentación indicada al Área de Salud de la CCSS en la que le corresponde por área de adscripción, tomando en cuenta que la firma en el formulario de inscripción por parte del representante legal del centro de trabajo implica un compromiso de cumplir con todo lo estipulado en el presente Reglamento.
- d) El área de salud correspondiente procederá a la revisión de los documentos aportados y en un plazo de 5 (cinco) días hábiles deberá indicar al centro de trabajo si debe realizar alguna corrección en la información suministrada.
- e) El área de salud remitirá la información completa a la unidad responsable de la Modalidad en el Nivel Central de la CCSS o, en su defecto, donde la entidad competente defina en sus procesos, según la mejora continua y trabajo en red, en un plazo máximo de 10 (diez) días hábiles, en donde se incorporará la información del centro de trabajo y del médico en la base de datos de la Modalidad.
- f) En un plazo de 5 (cinco) días hábiles después de recibida la información de forma satisfactoria, la unidad responsable de la Modalidad en el Nivel Central de la CCSS o, en su defecto, donde la entidad competente defina en sus procesos según la mejora continua, deberá comunicarle al centro de trabajo y al área de salud correspondiente que fue inscrito satisfactoriamente.
- g) Para iniciar con la utilización de la oferta de servicios establecida en este Reglamento, todo médico oficialmente inscrito en la Modalidad debe presentarse en el área de salud de adscripción del centro de trabajo y registrar su firma donde así lo estipule el centro de salud.
- h) Todo centro de salud de la CCSS o servicios contratados por ésta deberán disponer de un registro actualizado de firmas de los profesionales inscritos en la Modalidad, correspondientes a su área de adscripción y garantizar que los diferentes servicios involucrados en la prestación de servicios cuenten con él.
- i) El centro de trabajo deberá actualizar la información presentada en el Formulario **“Inscripción a la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa”**, ante alguna de las siguientes situaciones: a) vencimiento del permiso de funcionamiento del consultorio, b) cambio de razón social o ubicación; c) cuando sea solicitado por la unidad responsable de la Modalidad de la CCSS.
- j) Para actualizar la información, el centro de trabajo deberá presentar el formulario de inscripción al área de salud de adscripción del centro de trabajo, en un plazo máximo de 30 (treinta) días naturales posteriores a la ocurrencia de alguna de las situaciones indicadas en el inciso i) y ésta a su vez remitirlo a la unidad responsable de la modalidad en el nivel central.

Artículo 5°: Del recurso humano, instalaciones y equipos

- a) los centros de trabajo adscritos a esta Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa proporcionarán la infraestructura, equipamiento tecnológico y el recurso humano técnico y administrativo necesario, que asegure la calidad adecuada de los servicios de salud y el cumplimiento de los procesos estipulados en la Modalidad.

- b) El consultorio para la atención de los trabajadores en el escenario laboral podrá estar tanto dentro de las instalaciones del centro de trabajo como fuera, garantizándose en cualquier caso por parte del centro, el traslado seguro de quienes requieran el servicio y asumiendo toda responsabilidad que de dicho traslado se derive.
- c) El recurso humano mínimo necesario para ingresar a la Modalidad es de un médico, preferiblemente especialista en Medicina del Trabajo, que tendrá a cargo los programas de atención integral dispuestos en este Reglamento; sin embargo, cada centro de trabajo puede contar con el personal adicional que considere óptimo, según sus necesidades y recursos.
- d) Los centros de trabajo, libremente, escogerán y contratarán a los médicos; éstos deberán cumplir con los requisitos legales y reglamentarios que la legislación costarricense tenga establecido para el ejercicio de la profesión.
- e) Todo médico inscrito en la Modalidad debe estar ligado al menos a un centro de trabajo; un mismo médico puede estar ligado a varios centros de trabajo.

Artículo 6°: De la papelería

- a) Para tener acceso a la oferta de servicios de la modalidad, los centros de trabajo y profesionales inscritos deben solamente utilizar la papelería oficialmente autorizada para este fin. En este sentido los centros de trabajo son los custodios de la papelería y responsables sobre el uso adecuado de ella, por lo que deben velar que sea utilizada únicamente para beneficio del centro de trabajo que la compró y para los fines que fue adquirida, a excepción de las constancias de incapacidades y licencias y los recetarios de psicotrópicos que son responsabilidad del profesional médico.
- b) La CCSS proporcionará la papelería institucional que los centros de trabajo requieren para tener acceso a la oferta establecida en el presente Reglamento. En caso de que los centros de trabajo se retiren de la modalidad, toda papelería debe ser devuelta al área de salud donde fue adquirida a través del procedimiento que se establezca para este fin.
- c) La papelería de la CCSS disponible para uso de los centros de trabajo dentro de esta Modalidad es la siguiente; sin embargo, puede variar de acuerdo con los requerimientos técnicos que se definan, lo cual se debe comunicar formalmente:

Papelería	Código Institucional
Receta de medicamentos	4-70-03-0160
Receta Inyectables	4-70-06-1640
Psicotrópicos / Estupefacientes	4-70-03-0205
Referencia y Contrareferencia	4-70-04-0140
Estudios Radiológicos	A.G.4-70-03-0420
Electrocardiogramas	4-70-03-0300
Exámenes de Laboratorio	4-70-03-0460
Constancia para Incapacidades y Licencias	4-70-03-0130
Control Perinatal	4-70-03-3000
Informe diario de consulta externa	4-70-07-0180

- d) Los representantes que los centros de trabajo inscritos en la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa designen retirarán en el área de adscripción que le corresponda la

papelería que requieran para la atención de los asegurados debiendo presentar nota de autorización del centro de trabajo.

- e) La papelería se otorgará a precio de costo. Las proveedurías de los centros de salud de la CCSS o quien se establezca en el nivel local como responsable de la venta de los formularios, actualizarán el precio de la papelería con la información que genera el Sistema Informático de Contabilidad de Suministros (SICS), mediante solicitud a la Subárea de Contabilidad Activos y Suministros.
- f) La cantidad se entregará de acuerdo con la necesidad del centro de trabajo y según la disponibilidad de formularios en el área de adscripción correspondiente.
- g) Los centros de salud de la CCSS deben asegurarse de que todos los formularios que sean entregados para ser utilizados bajo esta Modalidad consten de un sello rojo distintivo de la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa que incluya la leyenda “Medicina de Empresa”, el logo oficial de la CCSS y el número de unidad programática, con el fin de mantener un adecuado control de ella. Además, deben verificar que las empresas o médicos que soliciten la papelería estén efectivamente adscritos a ese centro de salud y se encuentren activos al momento de la solicitud. En caso contrario no se les deberá hacer entrega de la papelería.
- h) Los centros de trabajo deben incorporar a los formularios que se les entregue un único sello con el nombre, código y especialidad inscrita del médico firmante, así como con la razón social del centro de trabajo, lo que deben verificar los centros de salud de la CCSS para la entrega de la oferta solicitada.
- i) El formulario “Constancia para Incapacidades y Licencias” será entregado por la Dirección Médica o la autoridad que ella delegue del centro de salud de adscripción del centro de trabajo. Lo hará entregando personalmente en una primera y única vez dos talonarios en blanco a cada médico autorizado, anotando en un libro de actas la numeración del talonario, el nombre completo, código, fecha y la firma del profesional que recibe, así como el ingreso de esta información en el sistema automatizado. Cuando se haya utilizado por completo el primero de ellos podrá solicitar otro talonario en blanco, de tal manera que el médico siempre disponga de boletas de incapacidad en su lugar de trabajo.
- j) El retiro y custodia del formulario “Constancia para Incapacidades y Licencias” es responsabilidad del profesional y no podrá hacerse por medio de terceros. En caso de duda se deberá presentar el carné vigente del respectivo colegio profesional.
- k) El extravío de formularios “Constancia para Incapacidades y Licencias” debe ser reportado inmediatamente a la Dirección Médica del centro médico, para que sea registrado en el Sistema de Registro Control y Pago de Incapacidades (RCPI), de acuerdo con lo estipulado en el artículo 16° del Manual de Procedimientos para el Registro, Control y Pago de Incapacidades RCPI.
- l) Los profesionales adscritos a la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa podrán solicitar los formularios o recetarios de psicotrópicos (4-70-03-0205) en la oficina

respectiva, otorgándoseles un máximo de dos, cuando se trate de la primera solicitud y, posteriormente, a la entrega del formulario lleno se otorgará uno nuevo.

- m) Los centros de salud llevarán un registro con los nombres de médicos y centros de trabajo a los que se les vende papelería, y se indicará la cantidad entregada de cada formulario, la fecha, el centro de trabajo, el consecutivo, así como nombre y cédula de la persona que recibe.

CAPÍTULO III: SOBRE LA ATENCIÓN EN LOS CENTROS DE TRABAJO

Artículo 7°: Responsabilidades de los profesionales en salud y del centro de trabajo

- a) Sin perjuicio de lo pactado en la relación contractual fijada entre los médicos y el centro de trabajo, los profesionales inscritos en la Modalidad deben brindar servicios de atención integral en salud a las personas, y considerar los lineamientos Institucionales para la Modalidad y aquellos que en un futuro se decida en materia de atención directa a las personas, ingreso a la red de atención de la CCSS, prescripción de medicamentos, exámenes de laboratorio y gabinete, imágenes médicas, pruebas especiales, incapacidades y riesgos excluidos.
- b) Para tener acceso a la oferta de servicios establecida en el presente Reglamento, el equipo de salud del centro de trabajo será responsable de la ejecución de las actividades que se le definen en los procesos de la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa.
- c) Como parte del proceso de atención integral en el escenario laboral, el centro de trabajo deberá remitir de manera trianual en el mes de enero, el Análisis de la Situación en Salud en el Escenario Laboral (ASISEL) y el Plan de Atención Integral en el Escenario Laboral (PAIEL) al área de salud de adscripción, de acuerdo con el proceso y metodología definida para este fin.
- d) El Equipo de salud del centro de trabajo debe dar el seguimiento correspondiente al PAIEL.
- e) El centro de trabajo, mediante su equipo de atención integral, debe establecer el seguimiento a la salud de los trabajadores y satisfacer, dentro de su ámbito de competencia y resolutivez, las necesidades que éstos demanden del servicio.
- f) Solo el médico inscrito como parte de la Modalidad podrá referir a las especialidades que son parte de la oferta establecida en artículos posteriores de este Reglamento, según la red de servicios correspondiente a su área de adscripción.
- g) El ámbito de competencia del equipo de salud del centro de trabajo no se restringe a lo establecido en este Reglamento; sin embargo, para acceder a la oferta de servicios de la Modalidad deben registrarse por lo aquí estipulado, en el entendido que deben conocer y cumplir los distintos procedimientos establecidos para este fin.
- h) El médico tiene la obligación de llevar un expediente de salud individual único de los pacientes que atiende y anotar en él todos los datos de interés y cualquier servicio solicitado a la CCSS dentro de la oferta descrita en este Reglamento. Dicho expediente podrá ser físico o

digital y estará sujeto a la evaluación por parte de la Caja, y debe respetarse el derecho privado y confidencialidad del usuario.

- i) El médico está en la obligación de consignar en los documentos derivados de la consulta recetas de medicamentos, órdenes de exámenes de laboratorio y referencias a especialistas, así como cualquier servicio que se demande de la CCSS, cuando se trata de un accidente o riesgo de trabajo que está a cargo de otros entes aseguradores.
- j) Los médicos adscritos y los centros de trabajo serán responsables del buen uso, de la confidencialidad de la información y de la custodia de la documentación entregada por la Caja Costarricense de Seguro Social.

Artículo 8°: Responsabilidades de los trabajadores

- a) Para utilizar los servicios que se ofrecen en la Modalidad dentro de la red de la CCSS, se requiere que el trabajador presente la orden patronal, cédula de identidad o documento de similar rango y el carné de asegurado (artículo 74 Reglamento del Seguro de Salud).
- b) En caso de traslado temporal de domicilio por motivo de trabajo, el trabajador deberá inscribirse en el área de adscripción de la CCSS correspondiente, según su nuevo lugar de residencia, para tener acceso oportuno a la oferta de servicios establecida en este Reglamento. De igual manera deberá el trabajador hacer el aviso correspondiente a la CCSS al momento de regresar a su lugar de domicilio permanente.
- c) Todo trabajador debe utilizar racionalmente los servicios que le ofrece la CCSS en la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa, según lo establecido en los procesos de trabajo definidos. Esto incluye, entre otros, el retiro de los medicamentos, resultados de exámenes de laboratorio clínico, imágenes médicas y asistencia a citas en los tiempos establecidos institucionalmente para dicho fin.

Artículo 9°: Registros estadísticos e información sobre la Modalidad

- a) Para efectos estadísticos los centros de trabajo deben llevar los registros diarios respecto de los servicios que se brindan en la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa, específicamente, información del auxiliar de consulta externa (código 4-70-07-0180), causas de consulta y referencias, así como de toda variable que eventualmente la CCSS considere incorporar.
- b) Estos datos consolidados en las herramientas que la CCSS instruya para tal fin deben ser entregados al área de salud de adscripción del centro de Trabajo en los primeros 5 (cinco) días hábiles del mes y deben seguir los canales necesarios de acuerdo con lo que instruya la unidad responsable de la estadística institucional; esta última debe asegurar que la información esté disponible para la mejora continua de la modalidad.
- c) Las áreas de salud deben llevar, mensualmente, registro de la entrega de estos formularios por parte de los centros de trabajo e informar de los incumplimientos a la unidad responsable de la modalidad, para que se tomen las medidas reglamentarias correspondientes.

- d) El centro de trabajo está en la obligación de brindar, en forma oportuna, la información relacionada con la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa que así sea solicitada por la CCSS.

CAPÍTULO IV: SOBRE EL CONTROL DE LA MODALIDAD POR PARTE DE LA CCSS

Artículo 10°: Control de la Modalidad

- a) Para efectos de prestar los servicios establecidos en la oferta, los centros de salud de la CCSS o los servicios contratados por ésta deben verificar que todo formulario avalado para uso de esta Modalidad tenga la firma registrada por el médico inscrito.
- b) Para la entrega de la oferta establecida en este Reglamento, los centros de salud deben verificar que el centro de trabajo y médico solicitante se encuentren adscritos y activos dentro de la modalidad; en caso contrario no tendrán acceso a la oferta.
- c) Para efectos de verificación sobre la adscripción y el estado de los centros de trabajo y médicos, la unidad responsable de la modalidad en el nivel central debe poner a disposición de los centros de salud la información respectiva, a través de los medios disponibles. De igual manera, los centros de salud deben garantizar que dicha información esté disponible para consulta en los distintos servicios que forman parte de la oferta (proveeduría, farmacia, laboratorio clínico, radiología, registros de salud y todos los que se consideren necesarios).
- d) El nivel regional o quien en su momento asuma como función la supervisión sobre el nivel local de la CCSS supervisará el cumplimiento de lo establecido en el presente Reglamento, específicamente, los controles operativos que son responsabilidad de los centros de salud correspondientes a su región de acuerdo con lo descrito en los artículos 4 inciso d) y h), 6 incisos e), f), g), h), i), j), l) y m); 8 inciso a), 9 incisos b) y c); 13 inciso e); 15 incisos c), f), n), y o); 16 inciso f); 17 incisos a) y c); 18 incisos a), c), d), e) y g), y 20.
- e) Es responsabilidad de la CCSS, a través de la unidad responsable de la modalidad, realizar las siguientes acciones para su control:
- i. Emitir normas de control y evaluación de la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa.
 - ii. Evaluar el cumplimiento del presente Reglamento, por parte de los médicos y de los centros de trabajo adscritos a esta Modalidad.
 - iii. Evaluar y asesorar la supervisión operativa ejercida por los niveles regionales sobre los niveles locales que establece el inciso d) del presente artículo.
 - iv. Evaluar el funcionamiento y resultados de la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa.
 - v. Mantener actualizada la base de datos con la información de los médicos y centros de trabajo inscritos.

- f) Al ejercer la evaluación mediante las dependencias correspondientes, según lo que se establece en el artículo 5 de la Ley General de Salud, la CCSS podrá solicitar la información que sea de interés local y nacional.
- g) La CCSS tiene el derecho a evaluar por los medios que ésta defina el cumplimiento del presente Reglamento, por parte de los médicos y de los centros adscritos a esta modalidad.

Artículo 11°: Mejora continua de la Modalidad

- a) La CCSS, a través de la unidad responsable de la modalidad, deberá realizar las siguientes acciones como parte del proceso de su mejora continua.
 - i. Proponer, con base en las evaluaciones realizadas, posibles cambios en la Modalidad y, por consiguiente, en el presente Reglamento.
 - ii. Revisar continuamente los procesos, formularios e instrumentos de trabajo relacionados con la Modalidad, con el fin de identificar e implementar posibles mejoras.
 - iii. Gestionar la actualización del sistema de información para la Modalidad.

Artículo 12°: Asesoría técnica sobre la Modalidad

- a) La CCSS, a través de la unidad responsable de la modalidad, deberá proveer la información y la asesoría técnica respecto de la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa a las instancias institucionales y centros de trabajo que así lo requieran, de la manera más expedita posible.
- b) La asesoría técnica será ofrecida de forma escrita, presencial, telefónica o por los medios electrónicos disponibles. Podrá solicitarse en el área de salud de adscripción o directamente a la unidad responsable de la Modalidad en el Nivel Central, siguiendo el proceso establecido.

CAPÍTULO V: OFERTA DE SERVICIOS

Artículo 13°: Complejidad de la prestación de los servicios

- a) Sin perjuicio de la capacidad instalada del departamento de salud que disponga el centro de trabajo, los servicios de atención integral que se ofrecerán a los trabajadores en el marco de la presente Modalidad deben ser homólogos a los brindados por la CCSS en el primer nivel de atención, según el modelo de atención vigente, excepto por lo estipulado en el inciso c) del presente artículo y en el artículo 15, inciso e).
- b) Cuando el médico del centro de trabajo es médico general, el usuario ingresará a la red mediante referencia directa a las áreas de salud tipo 1 y a las especialidades definidas para las áreas de salud tipo 2, que a la fecha son Psiquiatría, Medicina Interna y Ginecoobstetricia, ambos casos según el lugar de residencia de la persona.
- c) Cuando el médico del centro de trabajo es especialista en alguna rama de la medicina podrá referir directamente a las áreas de salud tipo 1 y a las especialidades definidas para las áreas

de salud tipo 2, así como al servicio médico que considere en caso que refiera sobre una patología propia de su especialidad, siempre siguiendo la red de adscripción de la persona usuaria del servicio.

- d) Tanto el médico general como especialista tendrán acceso de referencia directa a los servicios de Nutrición, Trabajo social, Psicología y Odontología en el nivel correspondiente, según la oferta de la red, siguiendo los parámetros institucionales establecidos.
- e) Los centros de salud de la CCSS deben asegurarse el cumplimiento de lo estipulado en los incisos b), c) y d) del presente artículo y para ello cuenta con los diferentes sellos definidos en el artículo 6, incisos g) y h).

Artículo 14°: Lugar de realización

- a) La prestación de los servicios médicos para ingreso a la red de la CCSS, a través de referencias a especialistas e imágenes médicas, será realizada de la siguiente manera:
 - Caso de urgencia: en caso de urgencia médica que se considere requiera la atención de un especialista o de imágenes médicas por parte de la CCSS, el usuario debe ser referido al servicio de urgencias más cercano para su valoración.
 - Caso de rutina: en el área de salud de adscripción, según el lugar de residencia del usuario.
- b) El despacho de recetas de medicamentos, tanto de rutina como de urgencia, se realizará en el lugar de adscripción del centro de trabajo o, en su defecto, donde así sea dispuesto por la CCSS para casos específicos.
- c) Como excepción, en los casos de trabajadores incapacitados, el despacho de recetas de medicamentos puede efectuarse en el área de salud de adscripción del usuario.
- d) Para los medicamentos inyectables, el despacho y aplicación será en el lugar de adscripción del trabajador, según lugar de residencia. La aplicación de los medicamentos inyectables debe cumplir con las normas de administración de medicamentos establecidas en la Lista Oficial de Medicamentos vigente.
- e) La toma de muestras de laboratorio clínico y la realización de las pruebas se realizarán en el laboratorio del lugar de adscripción del centro de trabajo.

Artículo 15°: De los servicios de apoyo farmacéutico.

- a) Las recetas deberán ser enviadas, para su despacho, a la farmacia por parte del personal responsable del centro de trabajo, acompañadas de un listado (original y copia) en papel membretado del centro de trabajo, con su nombre y número de teléfono. En la lista debe constar: el nombre y dos apellidos de cada paciente, su número de cédula o de asegurado, edad y consecutivo de las recetas indicadas a dicho paciente.

- b) Para los casos de excepción referidos en el artículo 14 c) las recetas pueden ser presentadas directamente en el área de salud de adscripción del trabajador.
- c) Las recetas (consulta externa e inyectables) deberán ser entregadas a la farmacia, quienes revisarán las recetas contra lista y entregarán con sello de recibido la copia del listado; se indicará, además, la hora y día que el personal de farmacia determine para la entrega de los medicamentos despachados.
- d) Para la entrega de los medicamentos Psicotrópicos, la persona autorizada por el centro de trabajo para retirarlos debe anotar su nombre, firma y número de cédula por detrás de la receta de Psicotrópicos.
- e) La prescripción y el despacho de los medicamentos se registrarán, según lo estipulado en las Normas para la Prescripción, Dispensación y Administración de Medicamentos de la Lista Oficial de Medicamentos (LOM) emitida y actualizada por la Dirección de Fármacoepidemiología. Los medicamentos no LOM y los medicamentos LOM con protocolo no se despacharan por esta Modalidad de atención.
- f) Para los efectos de prescripción de medicamentos autorizados para especialidades, se respetará la especialidad inscrita para el profesional ante el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica y que así haya sido reportada en el formulario de inscripción.
- g) La prescripción de medicamentos para los casos de urgencia será de tres a cinco días de tratamiento, con excepción del tratamiento con antibióticos o ciclos cortos de corticosteroides y otros tratamientos que requieran esquema completo.
- h) La prescripción máxima de medicamentos para los pacientes de rutina será por treinta días de tratamiento, según lo establecido en la LOM.
- i) No se autorizará el despacho de Penicilina Benzatínica en esta Modalidad. En el caso de que algún paciente requiera que se le administre este medicamento, deberá ser referido a su centro de adscripción (Circular CCF 1306-09-04 del Comité Central de Farmacoterapia).
- j) Los medicamentos despachados por la CCSS no podrán ser almacenados a manera de “stock” en los distintos centros de trabajo.
- k) Cuando el centro de trabajo por alguna razón no haya entregado el o los medicamento(s) al usuario final (paciente), en el término de tres días hábiles después de despachados, el encargado del centro de trabajo debe devolverlos al servicio de farmacia que los despachó, a fin de controlar el cumplimiento de los tratamientos y fomentar el uso racional de medicamentos. Los centros de trabajo devolverán semanalmente a los respectivos servicios de farmacia del centro de salud adscrito, aquellos medicamentos no retirados por los trabajadores, para cuyo caso debe quedar consignado, en el respectivo expediente de salud de cada paciente en la empresa respectiva, el no retiro de los medicamentos.
- l) Cuando exista algún medicamento que el médico lo catalogue como caso de urgencia, deberá justificarlo con una nota clara en el reverso de la receta y firmada por el mismo médico, para ser despachado por la farmacia con la mayor brevedad posible.

- m) Cuando alguno de los medicamentos prescritos contenidos en la LOM se encuentre sin existencia en la farmacia, el farmacéutico responsable de la farmacia despachante lo comunicará al médico del centro de trabajo para que éste valore la posibilidad de sustituir por otro medicamento del mismo grupo terapéutico de la LOM y que se encuentre disponible en la farmacia.
- n) Los centros de trabajo deben remitir semanalmente el listado de pacientes que no retiraron sus medicamentos en la empresa, a efectos de verificar que éstos fueron devueltos al servicio de farmacia para su adecuada disposición final.
- o) Las farmacias institucionales o contratadas para este fin deberán llevar un registro de las recetas de medicamentos despachadas y las recetas de medicamentos reintegradas por no retiro correspondientes a la Modalidad de Atención Integral en el Escenario Laboral.

Artículo 16°: De los servicios de laboratorio clínico

- a) Toda solicitud de exámenes de laboratorio deberá enviarse en el formulario 4-70-03-0460 debidamente lleno y firmado por el médico responsable y cumplir, además, lo estipulado en el artículo 6, inciso h) del presente Reglamento. Cuando algún examen revistiere el carácter de urgente, el médico responsable lo indicará en el formulario en lugar visible, justificando la necesidad de acuerdo con la definición de urgencia descrita en el presente Reglamento.
- b) La oferta básica de servicios de Laboratorio Clínico es la siguiente:
 - i. Química Clínica: Albúmina, Amilasa, Bilirrubinas, Calcio, Fosfatasa Alcalina, General de Orina, Glucosa, Hemoglobina Glicosilada, Colesterol total, HDL-Colesterol, LDL-Colesterol, Triglicéridos, Nitrógeno Ureico, Creatinina, Proteínas Totales, T3 (Triyodotiroxina), T4 Libre, T4 (Tetrayodotiroxina), TSH (Hormona Estimulante Tiroides), Transaminasa Glutámico Pirúvico (TGP/ Alanina Amino Transferasa), Transaminasa Glutámico Oxalacetica (TGO/ Aspartato Amino Transf.), Colinesterasa, Electrolitos.
 - ii. Hematología: Hemograma completo (automatizado), Espermogramas, Estudios por Hematozoarios, Morfología de Glóbulos Rojos, Tiempo de Protrombina (TP), Tiempo de Tromboplastina Parcial (TPT), Velocidad de Eritrosedimentación (VSG).
 - iii. Inmunología y Serología: Antígeno Prostático Específico (PSA), Antígeno Prostático Específico (PSA) Libre, Antiestreptolisina O, Brucella, Factor reumatoide, Hormona Gonadotrofina Coriónica (Fracción Sub Beta - embarazo), Mononucleosis infecciosa, Paratifoidea A, Paratifoidea B, Proteína C Reactiva, Proteus OX19, Tifoideo H, Tifoideo O, Tuberculina, VDRL y Tamizaje por VIH.
 - iv. Bacteriología: Exudados por cultivo (abscesos, uretrales, faríngeos, etc.), Estudios por hongos (microscopía y cultivo), Hansen (baciloscopía), Prueba de sensibilidad a los Antibióticos (PSA), Tinciones (Gram, Giemsa, Ziehl-Neelsen, China), Urocultivo.

- v. Parasitología: Coproparasitológico, Oxiuros, Trichomonas, Leishmania, Sangre oculta en heces.
- c) De los exámenes especializados:
- i. El médico del centro de trabajo debe coordinar con el Director del Laboratorio Clínico correspondiente la realización de estos exámenes y justificar la necesidad: hormonas no contempladas en el cuadro básico, Serología por Dengue, Estudios por Leptospira, e Inmunofluorescencia por Virus Influenza. De no contar con la capacidad instalada, el Director de Laboratorio deberá coordinar dichos exámenes con el centro de mayor complejidad en la red o en su defecto rechazar la solicitud.
 - d) Los informes de los resultados de laboratorio deberán hacerse por escrito dentro de los ocho días hábiles posteriores a la toma de la muestra, en el formulario establecido para el reporte correspondiente. Para casos de urgencia el informe será entregado directamente al trabajador. Para ambos casos el retiro no deberá superar los 30 (treinta) días naturales.
 - e) Los exámenes solicitados serán procesados en los laboratorios clínicos de la Caja Costarricense del Seguro Social, bajo las mismas normas de calidad de uso en la Institución.
 - f) Los laboratorios clínicos deberán llevar un registro de los exámenes retirados y no retirados correspondientes a la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa y enviar informes mensuales a la unidad responsable del nivel central con el nombre de los centros de trabajo que no retiran exámenes en el plazo estipulado.

Artículo 17°: De los estudios radiológicos e imágenes

- a) Toda solicitud de estudios radiológicos o imágenes deberá enviarse en el formulario A.G.4-70-03-0420 debidamente lleno y firmado por el médico responsable, y cumplir, además, lo estipulado en el artículo 6, inciso h) del presente Reglamento. Cuando algún examen revistiere el carácter de urgente, el médico responsable lo indicará en el formulario en lugar visible.
- b) El cuadro básico de imágenes y estudios de gabinete para los usuarios de la Modalidad son las siguientes:
 - Rx de tórax P.A. y A.P.
 - Senos paranasales.
 - Rx de cráneo A.P y lateral.
 - Rx de huesos largos A.P y lateral
 - Mastoides.
 - Columna cervical, dorsal, lumbar y sacra A.P. y lateral.
 - Serie gastroduodenal.
 - Rx. de Abdomen simple.
 - Ultrasonido: simple de abdomen, ginecológico, próstata y mamas.
 - Electrocardiograma.

- c) Los siguientes estudios, para su realización, requieren de la solicitud de la especialidad respectiva, para lo cual en la solicitud deberá anotarse la justificación del caso. Al momento de contar con protocolos específicos institucionales para la realización de estos estudios, éstos deberán ser acatados para esta Modalidad.
- Mamografía.
 - Colon por enema, P.I.V.
 - Gastroscopía.

Artículo 18°: Incapacidades y licencias

- a) El otorgamiento de incapacidades y licencias, en esta modalidad de atención, se rige por lo establecido en el Reglamento para el Otorgamiento de Licencias e Incapacidades a los Beneficiarios del Seguro de Salud.
- b) El otorgamiento de una incapacidad por enfermedad o una licencia por maternidad constituye un acto formal, que debe ser el resultado de un acto médico, durante el horario en que el médico se encuentra contratado por el centro de trabajo, facultado legalmente para extenderla y con la presencia del asegurado (a) activo (a); acto formal que debe quedar debidamente registrado en el expediente de salud con la justificación respectiva del médico autorizado que otorga la licencia o incapacidad. Dicha anotación incluye las fechas de incapacidad o licencia otorgada, así como el número de la boleta.
- c) El médico que presta sus servicios en la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa podrá otorgar incapacidades únicamente en el formulario 4-70-03-0130.
- d) Los médicos de la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa no podrán otorgar recomendaciones o boletas de incapacidad a parientes en primer grado por consanguinidad o afinidad. El realizarlo conlleva una denuncia a la fiscalía del colegio profesional respectivo.
- e) Los médicos del centro de trabajo autorizados por la Caja como tales podrán otorgar incapacidades hasta por cinco días dentro del plazo de treinta días naturales en el formulario de otorgamiento de incapacidades de la CCSS, siempre y cuando se ajusten a lo establecido en el documento de estandarización de días de incapacidad por patología y únicamente en la empresa en la cual el talonario está registrado para su uso.
- f) La constancia de incapacidad debe ser remitida al centro de adscripción respectivo del trabajador (a) para su registro, debidamente llena y en sobre cerrado, dentro de los 5 (cinco) días hábiles posteriores a su otorgamiento. Además, se le debe de entregar a los trabajadores las dos boletas blancas, debidamente llenas, para su presentación al patrono. A toda boleta de incapacidad debe anotársele el código 640 en el espacio de servicio.
- g) De requerirse incapacidad que supere los cinco días en el plazo indicado u otra incapacidad, ya sea por la misma patología u otra nueva, el asegurado activo debe ser valorado por los profesionales en Ciencias Médicas de la Caja, para lo cual deberá ser referido con una

epicrisis (resumen detallado del padecimiento actual e historia clínica) al centro médico de adscripción en el formulario 4-70-04-0140 de referencia institucional.

- h) De requerir excepcionalmente días de incapacidad anteriores a la fecha de atención (retroactividad) se podrán otorgar hasta por un plazo máximo de tres días naturales inmediatos anteriores a la fecha de atención, con visto bueno del director médico o la autoridad que éste delegue del área de adscripción del asegurado. La justificación respectiva debe fundamentarse en el expediente de salud y ser enviada con la boleta de la incapacidad a la Dirección Médica del centro al cual el asegurado activo está adscrito. Dichas incapacidades se tramitarán en un plazo máximo de dos días a partir de la fecha en que fue formulada la recomendación en el área de adscripción del asegurado.
- i) Se incluye la autorización para la extensión de licencias por maternidad, según lo expuesto en el Reglamento para el Otorgamiento de Incapacidades y Licencias a los Beneficiarios del Seguro de Salud.

CAPÍTULO VI: ATENCIÓN DE RIESGOS EXCLUIDOS

Artículo 19°: De la atención de riesgos excluidos

- a) Implican riesgos excluidos todos aquellos riesgos no cubiertos por los Seguros Sociales gobernados y administrados por la Caja Costarricense de Seguro Social, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 73 de la Constitución Política y el artículo 16° del Reglamento del Seguro de Salud, dentro de los que se incluyen, al menos, los casos de Riesgos del Trabajo de conformidad con la Ley N° 6727 y los de accidentes de tránsito, en tanto cubiertos por el Seguro Obligatorio para los Vehículos Automotores, regulado por la Ley de Tránsito por Vías Públicas Terrestres y Seguridad Vial N° 9078. Además, comprende aquellas patologías originadas en siniestros, en relación con los cuales exista, en el ordenamiento jurídico, norma que obligue a quien desarrolla la actividad de que se trate a contar con coberturas para gastos médicos y prestaciones en dinero, que alcancen hasta la recuperación de la salud y reinserción laboral del lesionado.
- b) El médico que presta sus servicios en la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa debe aplicar las disposiciones que emita la CCSS relacionadas con la atención de riesgos excluidos, incluidas en éstas: circulares, protocolos médicos, instructivos u otros y aquellas asociadas a lograr una adecuada identificación de los casos de riesgos excluidos para su posterior facturación.
- c) Si el consultorio médico de empresa es catalogado como consultorio médico laboral del ente asegurador, éste deberá utilizar su papelería y sus procedimientos para la atención médica del riesgo excluido.

Artículo 20°: De la detección y facturación de riesgos excluidos

- a) El médico que presta sus servicios en la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa debe adoptar todas las acciones que resulten necesarias para garantizar una oportuna y eficiente identificación, desde el punto de vista técnico-médico, de aquellas

atenciones que brinde y que correspondan a coberturas de riesgos excluidos de los que administra la Caja.

- b) El médico que presta sus servicios en la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa, en caso de identificar un riesgo excluido que por sus características de oportunidad en la atención, como urgencia o disponibilidad de servicios de salud, requiera utilizar la oferta de servicios establecida en esta modalidad, deberá remitir a la unidad médica del lugar de adscripción en el plazo de 3 (tres) días hábiles, contados a partir del día siguiente al que se brindó dicha atención, copia del expediente de salud completo debidamente foliado, una copia de la referencia médica emitida a la aseguradora y el formulario para facturación de riesgos excluidos en la modalidad de atención integral de medicina de empresa debidamente lleno.
- c) El médico que presta sus servicios en la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa, en caso de determinar en la atención médica qué se trata de una enfermedad laboral no diagnosticada en sus consultas previas, en las cuales haya requerido los servicios de la Caja, debe constatar la primera atención brindada por la patología afín, y revisar las consultas en el expediente de salud. Una vez determinada la fecha de origen de prestación de servicios por el riesgo excluido de que se trate deberá remitir a la unidad médica del lugar de adscripción en el plazo de 3 (tres) días hábiles, contados a partir del día siguiente al que se brindó dicha atención, copia del expediente de salud completo debidamente foliado, una copia de la referencia médica emitida a la aseguradora y el formulario para facturación de riesgos excluidos en la modalidad de atención integral de medicina de empresa debidamente lleno.
- d) Para el caso de los incisos b) y c) de este artículo, la unidad médica una vez recibida la documentación, procederá, a través de su Unidad de Validación y Facturación de Servicios Médicos, a generar la correspondiente cuenta por cobrar y a facturar las atenciones médicas que se hubieren brindado, a efecto de lograr un cobro oportuno a la aseguradora o al patrono, según corresponda.

CAPÍTULO VII: TERMINACIÓN DE CONTRATO, SUSTITUCIÓN DEL MÉDICO Y PROCEDIMIENTOS VARIOS

Artículo 21°: Terminación de contrato o sustitución del médico

- a) Cuando el centro de trabajo dé por terminada la contratación con el médico o deba sustituirlo, deberá completar el Formulario **“Exclusión y Sustitución del Médico en la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa”**, entregarlo en el área de salud de adscripción del centro y, en el caso de sustitución, adjuntar la certificación de incorporación al Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica con no más de 90 (noventa) días de emitido, para inscribir al nuevo médico.
- b) Una vez recibida la información completa, la CCSS inscribirá al médico en un plazo no mayor a los 15 (quince) días hábiles.

- c) En los casos que sea previsible como vacaciones o despidos del médico, el centro de trabajo debe iniciar con los trámites de sustitución con suficiente antelación para mantener la continuidad en el servicio.

Artículo 22°: De los procedimientos ante diversos escenarios

- a) Los escenarios se clasifican en tipo A y tipo B.
- b) Las siguientes son escenarios tipo A:
- i. No retiro de resultados de exámenes de laboratorio, medicamentos y estudios radiológicos realizados por la CCSS en el tiempo indicado por parte del interesado.
 - ii. No suministro de información a la CCSS por parte de los centros de trabajo y médicos, en el tiempo establecido: Fórmula 180, Registro de causas de consulta y referencias, ASISEL y PAIEL.
- c) Las siguientes son escenarios tipo B:
- i. No actualización oportuna de información por parte del centro de trabajo y del médico cuando se presenten cambios o así sea solicitado por la CCSS.
 - ii. Intentar acceder a la oferta establecida en este Reglamento, incumpliendo los requisitos de inscripción estipulados en él.
 - iii. Manejo de los expedientes contrario a lo estipulado en el presente Reglamento.
 - iv. Utilización inadecuada de la papelería institucional.
 - v. Disposición de un “stock” de medicamentos suministrados por la CCSS.
 - vi. Recurrencia de un escenario tipo A en más de una ocasión.
- d) Ante escenarios tipo A procede la comunicación al médico o Centro de Trabajo sobre el escenario específico que se detectó de manera que proceda a corregir o aclarar la situación, si se repitiera el mismo escenario tipo A en dos ocasiones o el mismo no se corrigiera o aclarara se considerará tipo B.
- e) Ante escenarios tipo B procede realizar el comunicado al centro de trabajo y al médico sobre la situación y establecer un estatus de inactivo a nivel del sistema hasta tanto el centro de trabajo corrija el escenario o aclare la situación y se siga el proceso de activación dentro de la base datos.
- f) La CCSS tiene la potestad, ante cualquier escenario, de iniciar los procedimientos legales y administrativos que considere oportunos que pudieran derivar en la cancelación de la autorización.

CAPÍTULO VIII: DISPOSICIONES FINALES

Artículo 23°: Exclusión de responsabilidad

- a) Al brindarse los servicios de salud en los centros de trabajo mediante un contrato privado entre el centro y los profesionales en salud o la persona jurídica correspondiente, la Caja Costarricense de Seguro Social no asume responsabilidad alguna de índole civil o

de cualquier otro tipo por el trabajo que ellos desarrollen dentro de su quehacer profesional. Se entiende que la aceptación del médico y el centro de trabajo en la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa no les confiere ningún derecho subjetivo que les permita reclamar derechos adquiridos, en el evento de cancelárseles la autorización.

- b) Este Reglamento fue aprobado por la Junta Directiva en el artículo 20° de la sesión N°8707, celebrada el 3° de abril del año 2014 y deroga el aprobado en el artículo 22° de la sesión número 7631 del 14 de marzo del año 2002.

Publicado en La Gaceta (...).

- IV)** Instruir la publicación del nuevo Reglamento Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa, en el Diario Oficial La Gaceta.
- V)** Instruir a la Gerencia Médica, para que dé continuidad a las acciones que se han venido desarrollando para fortalecer el Sistema de Medicina de Empresa y Mixta, por parte de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, para el fortalecimiento de estas modalidades.
- VI)** Instruir a la Gerencia Médica, para que continúe con el proceso para la actualización del Reglamento del Sistema Mixto de Atención Integral y su presentación ante esta Junta Directiva.

Sometida a votación la moción para que lo resuelto se adopte en firme es acogida unánimemente. Por lo tanto, los acuerdos se adoptan en firme.

El doctor Mora Ulloa se retira del salón de sesiones.

Ingresan al salón de sesiones los licenciados Albán de la O Espinoza y Gilberto León Solís, funcionarios de la Gerencia Médica.

ARTICULO 21°

La Gerente Médico presenta el oficio número GM-SJD-5000-2014, fechado 31 de marzo del año en curso, firmado por ella y que está relacionado con los resultados del estudio de factibilidad sobre la separación del Sector Chomes del Área de Salud San Rafael-Chomes-Monterverde.

El licenciado de la O Espinoza se refiere a la propuesta en consideración, para lo cual se apoya en las siguientes láminas:

- a) Criterio técnico
Separación del Área de Salud San Rafael Chomes-Monterverde
Gerencia Médica
Dirección Proyección de Servicios de Salud
Marzo 2014.

b) Antecedentes

1. Mediante oficio DDO-1071-2006, de fecha 11 de setiembre de 2006, suscrito por la Dirección de Desarrollo Organizacional, plantean un análisis sobre la viabilidad de separar el Área de Salud San Rafael-Chomes-Monteverde.
2. La Dirección de Proyección de Servicios de Salud en el año 2011, atiende una serie de solicitudes por parte de personal del Área de Salud San Rafael-Chomes-Monteverde, grupos organizados, acuerdos sindicales, solicitudes gerenciales, para lo cual elaboró el estudio denominado “*Valoración de la factibilidad para separar el Área de Salud San Rafael-Chomes Monteverde*”.
3. Mediante el oficio AEOR-012-2014, de fecha 17 de marzo de 2014, suscrito por el Lic. Jorge Sequeira Durán, MBA; Jefe, Área Estructuras Organizacionales, sobre el “Criterio relacionado con la separación del Área de Salud San Rafael-Chomes-Monteverde”.
4. Se procedió a revisar y analizar el documento “Consolidación y Fortalecimiento del Área de Salud San Rafael, Puntarenas”, 2014, realizado por funcionarios del establecimiento y suscrito por el Dr. Eduardo López Cárdenas, Director del Área de Salud San Rafael-Chomes-Monteverde

c) Situación actual

Ubicación geográfica del Área de Salud San Rafael-Chomes-Monteverde y áreas colindantes.

Administrativamente, se encuentra conformada por nueve sectores: El Cocal, Las Playitas, Estadio, Barrio El Carmen, Pitahaya, Judas, Manzanillo, Monteverde y Guacimal. La mayor parte de la población del Área de Salud (67%), se ubica en los sectores de Chomes y Monteverde.:

Extensión territorial: 629,23 km²

Población: 28.048 habitantes (según Censo 2011 realizado por el INEC).

d) Condiciones de accesibilidad:

En cuanto a accesibilidad, se considera que esta es una de las Áreas de Salud que tiene un mayor número de sectores con problemas de accesibilidad de la Región, situación que se describe a continuación:

Tomando como punto de partida la Sede del Área (San Rafael, Puntarenas), la misma se ubica a 41 Km del establecimiento sede del sector de Chomes, mientras que la sede del sector Monteverde se encuentra a 82 Km de la Sede del Área.

San Rafael
San Rafael

41 Km Chomes
82 Km Monteverde

La distancia tiene repercusiones en los usuarios de los servicios, sobre todo por el desplazamiento en tiempo y recursos económicos en transporte que implica para los mismos en caso de tener que utilizar algunos.

- e) Propuesta:
Establecer la Pirámide de niveles para la atención Integral a las personas
Establecer la Pirámide de niveles para la atención Integral a las personas

Tercer nivel	Hospitales Nacionales y especializados
Segundo Nivel	Hospitales Regionales, Periféricos y Áreas de Salud 2 y 3
Primer nivel	Área de Salud 1

- f) Propuesta: Separar el Área de Salud: San Rafael –Chomes-Monte Verde y conformar 2 Áreas de Salud

	A S Chomes-Monte Verde Tipo 1	A S San Rafael Tipo 3
Adscripción	5 sectores: Chomes, Pitahaya, Manzanillo, Monte Verde y Guacimal; con 18.713 habitantes	4 sectores: El Cocal, Las Playitas, Estadio y Barrio El Carmen, con 9.335 habitantes directos e indirectos de 101.995 habitantes provenientes de las Áreas de Salud de: Chomes-Monte Verde, Peninsular, Esparza, Chacarita, Barranca.

- g) Propuesta: Separar el Área de Salud: San Rafael –Chomes-Monte Verde y conformar 2 Áreas de Salud

	A S Chomes-Monte Verde Tipo 1	A S San Rafael Tipo 3
Características	<p>Para su funcionamiento cuenta con 5 EBAIS, de los cuales un equipo asiste a las diferentes comunidades adscritas a Chomes-Monte Verde para brindar los servicios integrales en salud a sus pobladores y un sector concentrado.</p> <p>Dispone además de algunos servicios de apoyo técnico que otorgan soporte a los EBAIS, como lo son: Farmacia, Odontología, Psicología, Enfermería y Laboratorio Clínico, así como de un Servicio de Emergencias, con Cirugía Menor. La mayoría de los funcionarios de Redes son contratados a terceros.</p> <p>Esta sede cuenta con jornada vespertina y la atención de urgencias se realiza</p>	<p>Debe disponer de una mayor oferta de servicios especializados en: Gineco-obstetricia, Pediatría, Cirugía (ambulatoria menor y electiva de mediana complejidad), Medicina Interna, Ortopedia, Odontología, Gastroenterología y Oftalmología; pueden contar potencialmente con Dermatología, Psiquiatría, Cardiología, entre otras especialidades. Atención de urgencias con consultorios hasta las 10 p.m.</p> <p>Con servicios para una atención integral de las personas y un mayor nivel resolutivo, con cirugía menor e inhaloterapia; capacidad de manejo de equipo de soporte vital básico (Monitores, ECG, Desfibrilador, Monitor fetal). Procedimientos quirúrgicos de bajo nivel de complejidad. Además, el proceso de</p>

	mediante disponibilidad. En horario no ordinario, el equipo que labora en Urgencias: un médico asistente general, un auxiliar de enfermería, un técnico de farmacia ó farmacéutico y un guarda.	colaboración diagnóstica y tratamiento es de mayor amplitud, al incluir Radiodiagnóstico y Ultrasonido, integrando de esta forma el primer y el segundo nivel de atención, con el fin de descongestionar el Hospital Monseñor Sanabria y dar soporte a las Áreas de Salud de: Chomes-Monterverde, Peninsular, Esparza, Chacarita y Barranca.
--	---	---

h) Requerimientos

	A S Chomes-Monterverde Tipo 1	A S San Rafael Tipo 3
Requerimientos fundamentales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se sugiere que la Sede del Área de Salud sea Monteverde, para lo cual se deben realizar los ajustes necesarios para fortalecer el componente Administrativo y el equipo de Apoyo Técnico (Enfermería, Trabajo Social, Laboratorio, entre otros). ✓ Redistribuir equitativamente el recurso humano, financiero, físico, tecnológico y material. ✓ Crear una unidad programática para la nueva Área de Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mantener la unidad programática actual. ✓ Fortalecerla con el recurso humano, financiero, físico, tecnológico y material requerido para su respectiva implementación del segundo nivel de atención (especialidades).

i) **TRASLADO RECURSOS DEL ÁREA DE SALUD SAN RAFAEL A LA NUEVA ÁREA DE SALUD CHOMES-MONTEVERDE**

Grupo de partida	Asignación San Rafael-Chomes	Traslado de Recursos	% recursos a trasladar
Servicios Personales Variables *	290,164,300.00	142,750,000.00	49.20%
Servicios No Personales	408,531,100.00	167,235,000.00	40.94%
Materiales y Suministros	145,910,000.00	64,618,000.00	44.29%
Maquinaria y Equipo **	25,400,000.00		0%
Transferencias Corrientes (subsídios)	187,800,000.00	104,880,000.00	55.85%
Total	1,057,805,400.00	479,483,000.00	45.33%

j) **RESIGNACIONES REQUERIDA PARA IMPLEMENTAR LA PROPUESTA**

- Reasignaciones por traslado de la San Rafael a Chomes:
 - Técnico Trabajo Social a Jefe Gestión Trabajo Social:
 - Financiamiento requerido diferencias: ¢8.389.079,30.
 - Técnico en Administración 2 a Profesional 1 (Encargado de Proveeduría).
 - Financiamiento requerido diferencias: ¢5.135.712,88.
 - Reasignaciones plazas disponibles en Sede Chomes.

- Profesional 1 a Administrador de Área de Salud.
 - Financiamiento requerido diferencias: ¢6.937.750,15.
- **TOTAL RECURSOS REQUERIDOS REASIGNACIONES ¢20.625.542,33.**

**k) PLAZAS REQUERIDAS PARA
IMPLEMENTAR LA PROPUESTA**

Costo estimado creación de plaza con financiamiento central
Requerimiento de Recurso Humano Separación
 Vigencia Mayo 2014
 - en colones corrientes -

Puesto (Perfil)	Cantidad de plazas	Costo Estimado con Cargas Sociales ¹		
		A 28 días	Mensual	Anual
Asistente Técnico en Administración 1	2	496,930	1,514,430	13,125,057
Profesional 1 (Presupuesto)	1	1,042,875	1,589,117	13,772,350
Secretaria 3	1	719,676	771,081	6,682,704
Coordinador Gestión Recursos Humanos 1	1	1,174,550	1,789,762	15,511,268
Total	5	3,434,029.87	5,664,389.97	49,091,379.73

Fuente: Índice Salarial I Semestre año 2014.

¹ Costo Estimado con 10 anualidades, 16 puntos de carrera profesional, incluye los incentivos inherentes al puesto y un porcentaje de 42.22% de cargas sociales.

**l) TOTAL DE RECURSOS
ADICIONALES REQUERIDOS**

Total de recursos requeridos para reasignaciones
y creación de plazas

Rubros	Cantidad de plazas	Montos totales estimados por año
Reasignaciones	3	¢ 20,625,542.33
Creación de plazas	5	¢ 49,091,379.73
Total		¢ 69,716,922.06

m) PROPUESTA DE ACUERDO

1. Dar por recibido el informe presentado por la Gerencia Médica mediante oficio **GM-SJD-5000-2014**, del 31 de marzo de 2014.
2. Aprobar la propuesta de separación del Área de Salud San Rafael – Chomes – Monteverde, y conformar 2 Áreas de Salud; en donde el Área de Salud Chomes-Monteverde sería Tipo 1 y estaría conformada por 5 sectores (Chomes, Pitahaya, Manzanillo, Monteverde y Guacimal) y una población adscrita de 18.713 habitantes; por otra parte el S Área de Salud San Rafael, que estaría denominada como Tipo 3,

conformada por 4 sectores (El Cocal, Las Playitas, Estadio y Barrio El Carmen) y con una población de 9.335 habitantes directos e indirectos de 101.995 habitantes provenientes de las Áreas de Salud de: Chomes-Monterverde, Peninsular, Esparza, Chacarita, Barranca.

3. Instruir a las Gerencias para que faciliten las condiciones requeridas para la puesta en operación de la propuesta aquí aprobada, según corresponda.

Sobre la creación de la unidad programática, señala la Directora Solera Picado que no es solo crearla, sino que tienen que hacerse todas las coordinaciones necesarias con la Gerencia de Logística, con la Gerencia Financiera, porque tienen que abrir cuentas contables; para decir lo más simple, tienen que establecerse todas las coordinaciones necesarias a nivel intergerencial para que proceda, según corresponda, al asignarle una unidad programática.

El licenciado León Solís se refiere a la propuesta en consideración, en los siguientes términos: en cuanto al tema de los recursos, se hizo un análisis muy completo. Hace muchos años Chomes era Clínica igual que Monteverde y dentro del presupuesto, actualmente existen ya los recursos necesarios; un estudio económico determinó el porcentaje de recursos que deberían asignarse producto de la separación. Ya se tiene la modificación presupuestaria, en la cual se están trasladando una serie de porcentajes, por ejemplo en Servicios Personales Variables, incluyendo el personal sustituto y extraordinario, se está asignando un 49.20% de la asignación total; en Servicios no Personales, en mantenimiento, etc., un 40.94%.

Refiere la Directora Solera Picado que precisamente ayer se conoció la propuesta para la reestructuración de una Gerencia. Por ejemplo, la Gerencia de Logística se ve con un enfoque en red, de manera que le parece que decir que por ejemplo Chomes haga sus propias compras, con la modalidad que ahora se está trabajando no va, porque más bien se está pidiendo por parte de la Junta Directiva que se haga un estudio para ver cuáles son aquellas Áreas de Salud que tienen una capacidad física y de recurso humano necesaria para tener un área de servicios que pueda dar el apoyo a otras que no la tienen. En este caso, si el Área de San Rafael tiene un área de servicio, tiene una proveeduría, tiene un encargado de compras, con el presupuesto de Chomes podría tramitarle las compras. Decir que Chomes haga sus compras no está siendo coherente con la política que se está trabajando. La Clínica San Rafael, con la experiencia que tiene, podría perfectamente darle una serie de soporte a Chomes, por lo menos en el inicio. Anota que no estaría de acuerdo con que haya un encargado de proveeduría, hasta tanto no se tenga el estudio que está haciendo la Gerencia Financiera.

En respuesta a una pregunta del Director Gutiérrez Jiménez sobre plazas, aclara la doctora Villalta Bonilla que según los estudios técnicos de requieren siete; la propuesta era que se pasaran todos de la Clínica San Rafael en un primer momento, al final solo se trasladaron dos. Luego la Clínica San Rafael se empezó a diversificar, le regalaron un mamógrafo, creó un área de radiología y ya no quedó gente, en realidad se estima que se necesitan cinco plazas más.

Manifiesta el Director Gutiérrez Jiménez que él pediría, como lo hace siempre, que se explique qué impacto se espera tener con esta propuesta, para que entonces, teniendo el impacto, unos meses después se pueda hacer una evaluación para ver si las plazas que se están aprobando cumplen ese cometido; y si no es así, por qué no lo cumplen. Hasta que no se cambie la manera de llevar a cabo estos casos, no se va a saber qué productividad se tiene con esas plazas; y no está hablando del caso de referencia sino del concepto. Cuando en un departamento se tiene la necesidad de crear cinco plazas, se necesita saber qué impacto van a tener, para después poder

decir si el impacto que se fijó se logró o no; y si no se logró, cuáles fueron las causas. Reitera que lo dice en general, no para este caso. Pero además, hasta hoy se han aprobado 614 plazas, más cinco de hoy son 619 y apenas ha transcurrido el primer trimestre del año y sin cambio de gobierno; quiere que se tenga conciencia de esto, porque se dijo que no se iban a aprobar más de 800 plazas en el año; y con estas 619, quedan solo 181 plazas para crecer en el resto del año. Por tanto, estima que se va a exceder el número de 800, lo que no es bueno.

La Directora Solera Picado indica que está de acuerdo con la separación, son situaciones que la Institución tiene que ir estudiando y haciendo; pero también está de acuerdo en la reasignación del puesto de Trabajador Social, que tiene una labor muy importante, porque son zonas que tienen poblaciones muy pobres, con mucho problema social. También le parece importante la reasignación del técnico para que sea un Administrador, pero hasta ahí. Por otra parte, le parece que es imperativo un estudio de la Clínica San Rafael, para que siga apoyando en la logística a Chomes, porque no se puede dar todo de una sola vez; tal vez con el rendimiento de la Clínica se pueda dotarla mejor. Por ahora, hay un compromiso con la comunidad, ellos tienen su razón de estar luchando por la separación, pero debe hacerse en forma progresiva.

Anota el Director Fallas Camacho que se podría solicitar que se prepare una propuesta de acuerdo, para votarla más adelante.

Sugiere la Directora Solera Picado que se apruebe la separación y se instruya a la Clínica San Rafael para que continúe dando el apoyo a Chomes y mientras tanto, que la Gerencia Médica, en un plazo de seis meses, presente un estudio de los resultados obtenidos con la separación, como insumo para la toma de decisiones para el fortalecimiento de Área de Salud Chomes-Monteverde. Y como se estaría aprobando el traslado de partidas, que generaría una modificación presupuestaria, agregaría que se instruya a la Gerencia Médica para que realice las coordinaciones intergerenciales como corresponda.

Se toma nota, finalmente, de que, con base en lo deliberado, se solicita redactar la propuesta de acuerdo y presentarla en el transcurso de la sesión.

Los licenciados de la O Espinoza y León Solís se retiran del salón de sesiones.

Ingresa al salón de sesiones la doctora Sandra Rodríguez Ocampo, Directora, y la licenciada Loredana Delcore Domínguez, funcionaria del CENDEISSS (Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social).

El señor Auditor se disculpa y se retira del salón de sesiones.

ARTICULO 22°

La doctora Villalta Bonilla presenta el oficio número GM-SJD-4999-2014, del 31 de marzo del año 2014, referente a la Propuesta de necesidades de inclusión de Subespecialidades médicas y no médicas dentro de la lista establecida para el otorgamiento de beneficios para estudio (se atiende lo resuelto en el artículo 19° de la sesión N° 8641 y artículo 22° de la sesión N° 8692).

La doctora Rodríguez Ocampo se refiere a la citada propuesta, para lo cual se apoya en las láminas que se especifican:

- 1) CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
CENTRO DE DESARROLLO ESTRATEGICO E INFORMACION EN SALUD Y SEGURIDAD (CENDEISSS)
PRIORIZACIÓN DE ÁREAS TEMÁTICAS PARA EL OTORGAMIENTO DE BENEFICIOS PARA ESTUDIO

- 2) Antecedentes (1/3)

- **Artículo 6, sesión No. 8509, celebrada el 26 de mayo, 2011, se acordó:**

“Dar su autorización para la aprobación de los permisos con goce de salario para realizar actividades de capacitación o formación en temas prioritarios requeridos por la Caja, incluidas las pasantías de los residentes, siempre que sean tramitadas ante el CENDEISS y recomendadas por el Consejo de Beneficios para Estudios de ese Centro...”.

- **Artículo 15 de la sesión No. 8581, celebrada el 24 de mayo de 2012.** Aprobación de medidas para optimización de los recursos. Apartado IV. Disposiciones Generales, inciso h, indica:
 - No iniciar nuevas becas a excepción de la red oncológica, atención de desastres y emergencias.

- 3) Antecedentes (2/3)

- **Artículo 19 de la sesión No. 8641, celebrada el 27 de mayo de 2013, que cita:**

- “... solicitar a la Gerencia Médica, por medio del CENDEISSS (Centro de Desarrollo estratégico en salud y Seguridad Social), que realice el respectivo análisis –y presente la propuesta pertinente a consideración de la Junta Directiva– en relación con la necesidad de incluir, dentro de la lista corta establecida para el otorgamiento de beneficios para estudio, otras sub especialidades médicas y no médicas para que sean contempladas dentro de las prioridades, con el objetivo de fortalecer la prestación y la gestión de los servicios de salud y seguridad social, lo cual ha de estar sustentado en criterios técnicos como las listas de espera, perfil epidemiológico, apertura o ampliación de servicios de salud, estudios de jubilación, entre otros, con el fin de determinar en qué áreas la Caja propiciaría la formación y/o capacitación del recurso humano, durante el presente año así como para el período comprendido entre el año 2014 y 2015.”

- 4) Antecedentes (3/3)

- **Artículo 22 de la sesión No. 8692, celebrada el 24 de mayo de 2012** acuerdo segundo, se solicita a las Gerencias que:

- con la mayor brevedad posible y en un plazo no mayor a quince días, se realice un análisis de las áreas críticas en materia de capacitación y formación, y se presente a la Junta Directiva la respectiva propuesta para ampliar la disposición contenida en el artículo 6 de la sesión número 8509 y en el artículo 15 Apartado IV. Disposiciones Generales, inciso c) de la sesión número 8581.

5) Justificación:

- La CCSS cuenta con una Política de Capacitación y Formación que establece la voluntad institucional por invertir en el desarrollo del recurso humano.
- Es importante dentro del proceso de planificación de la CCSS la identificación de las áreas prioritarias para así ofrecer al recurso humano mejores oportunidades en cuanto a capacitación y formación lo cual se traduce en una mejora de la calidad en la prestación de servicios, seguridad social y pensiones.

El CENDEISSS como centro gestor del desarrollo del recurso humano institucional, fue encargado para analizar, justificar técnicamente y proponer la definición de nuevas prioridades para el otorgamiento de beneficios de salud, con el objetivo de fortalecer la prestación y gestión de los servicios de salud y seguridad social.

6) Objetivos:

- **Objetivo general**
 - Identificar áreas prioritarias para el otorgamiento de beneficios de capacitación y formación en la CCSS durante el período 2014-2015.
- **Objetivos específicos**
 - Analizar los factores determinantes para la identificación de las áreas temáticas para el desarrollo del recurso humano institucional.
 - Priorizar las áreas temáticas para el otorgamiento de beneficios para estudio.

7) Metodología:

Para la definición de las nuevas prioridades en materia de otorgamiento de beneficios para estudio, se tomaron en cuenta los siguientes insumos:

<ol style="list-style-type: none"> 1. Perfil Demográfico 2. Perfil Epidemiológico 3. Prestación de servicios de salud <ul style="list-style-type: none"> • Demanda de Servicios: <ul style="list-style-type: none"> • Egresos hospitalarios • Consulta externa • Listas de espera por especialidad • RRHH requeridos: <ul style="list-style-type: none"> • Tecnologías, AE y ATAP 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Marco Normativo: <ul style="list-style-type: none"> • Leyes • Sentencias Internacionales • Políticas de Salud • Acuerdos de Junta Directiva • Informes de Auditoría 2. Necesidades priorizadas por Gerencias
---	--

8) Principales indicadores demográficos
Costa Rica 2003-2013

Indicador anual	2003	2005	2007	2009	2011	2013
Población al 30 de junio (en miles) ^{1/}						
Total	4 086	4 215	4 340	4 469	4 592	4 713
Hombres	2 069	2 133	2 196	2 260	2 321	2 381
Mujeres	2 017	2 082	2 144	2 209	2 271	2 332
Tasa de crecimiento natural (por mil habitantes)	13,98	13,18	12,92	12,63	11,90	10,80
Tasa bruta de natalidad (por mil habitantes)	17,85	16,97	16,85	16,78	16,00	14,97
Tasa global de fecundidad (por mujer)	2,12	1,99	1,96	1,95	1,86	1,76
Tasa de reproducción (por mujer)						
Bruta	1,033	0,972	0,954	0,950	0,907	0,857
Neta	1,032	0,971	0,954	0,950	0,906	0,856
Tasas de mortalidad						
General (por mil habitantes)	3,87	3,79	3,93	4,15	4,09	4,17
Hombres	4,32	4,25	4,48	4,74	4,59	4,64
Mujeres	3,40	3,32	3,37	3,56	3,58	3,68
Infantil (por mil nacimientos)	10,10	9,48	10,05	8,84	9,07	8,67
Hombres	11,00	10,08	11,13	9,27	9,93	9,43
Mujeres	9,17	8,84	8,91	8,39	8,16	7,88
Neonatal (por mil nacimientos)	6,98	6,86	7,23	6,44	6,74	6,48
Hombres	7,91	7,49	8,03	7,03	7,54	6,92
Mujeres	6,01	6,20	6,39	5,83	5,90	6,02
Postneonatal (por mil nacimientos)	3,13	2,61	2,82	2,40	2,33	2,21
Hombres	3,09	2,59	3,10	2,25	2,39	2,52
Mujeres	3,16	2,64	2,52	2,56	2,26	1,89
Materna (por diez mil nacimientos)	3,30	3,60	1,91	2,66	2,31	1,70
Esperanza de vida al nacimiento						
Hombres	78,5	78,8	79,1	79,4	79,1	79,2
Mujeres	76,1	76,4	76,6	76,9	76,6	76,7
Mujeres	80,8	81,2	81,6	82,0	81,6	81,6

^{1/} Población proyectada tomada del documento Estimaciones y Proyecciones de Población 1950 - 2050 (INEC - CCP).

9) Pirámide poblacional Costa Rica,
2008 y 2035

2008	2035
<ul style="list-style-type: none"> • 6.2% • 65 y más 	<ul style="list-style-type: none"> • 15.9 % • 65 y más
<ul style="list-style-type: none"> • 58.1% • de 20-64 	<ul style="list-style-type: none"> • 58.9% • de 20-64
<ul style="list-style-type: none"> • 35.7% menos de 20 	<ul style="list-style-type: none"> • 25.2% • menos de 20

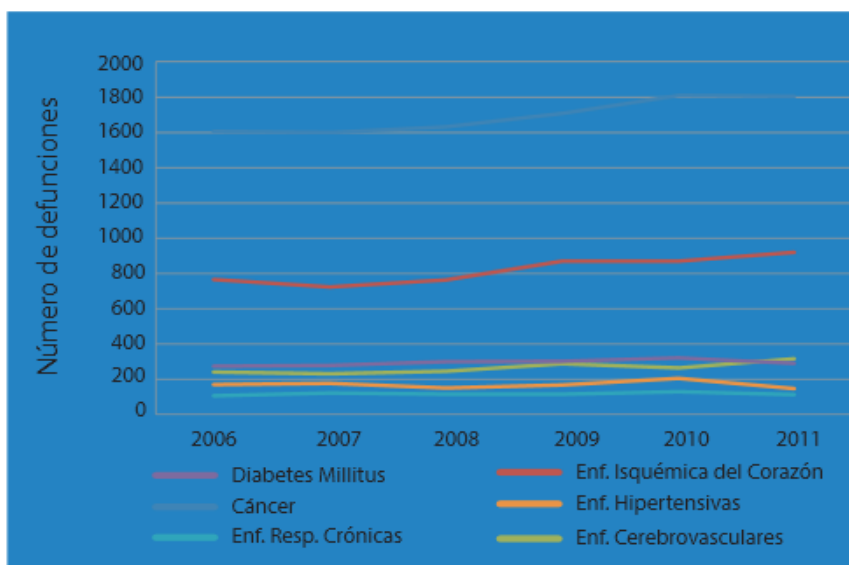
Fuente: INEC. Estimaciones y proyecciones de población por sexo y edad (Cifras actualizadas 1950-2100), San Jose, Costa Rica, setiembre 2008.

- 10) Cinco principales grupos de causas de muerte en Costa Rica para el año 2012. (Tasa por diez mil habitantes) -gráfico-.
- 11) Total de defunciones por sexo, según año y causa, 2012

2012	19 200	10 806	8 394
Infarto agudo del miocardio, sin otra especificación	1 472	908	564
Tumor maligno del estómago, parte no especificada	642	394	248
Persona lesionada en accidente de tránsito, de vehículo de motor no especificado	480	400	80
Enfermedad isquémica crónica del corazón, no especificada	424	238	186
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección aguda de las vías respiratorias inferiores	379	210	169
Otras causas	15 803	8 656	7 147

Fuente: Unidad de Estadísticas Demográficas 1992 y 2012, INEC.

- 12) **Tendencia de la mortalidad de las enfermedades crónicas no transmisibles en personas de 30 a 69 años, por tipo según año. Costa Rica 2006-2012**



Fuente: Dirección Vigilancia de la salud con base datos del INEC

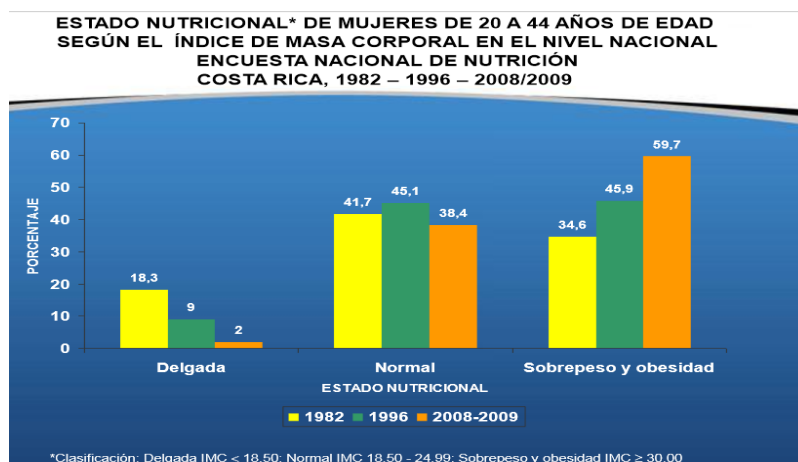
- 13)

Distribución porcentual de defunciones infantiles por año, según causa 1992, 2002 y 2012

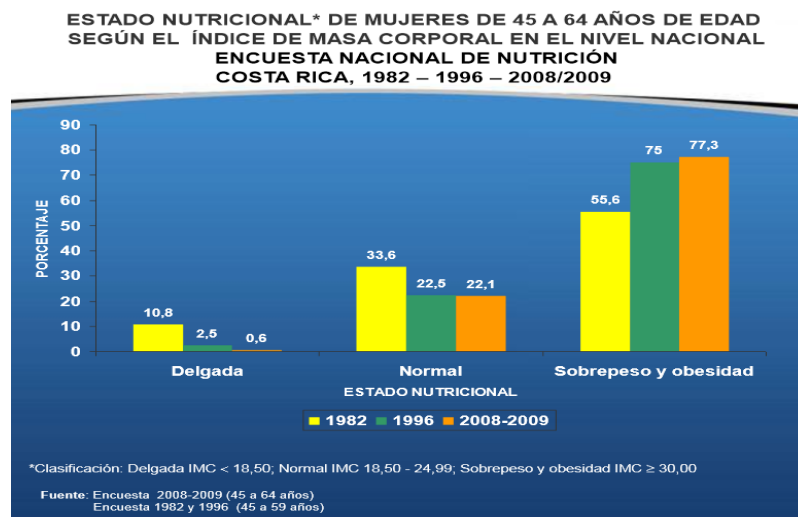
Causa	Año		
	1992	2002	2012
Defunciones infantiles	1 098	793	624
Total	100,00	100,00	100,00
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	47,45	50,57	48,88
Malformaciones congénitas	27,50	29,76	36,70
Enfermedades del sistema respiratorio	11,38	8,45	3,37
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	3,46	2,52	1,28
Enfermedades del sistema circulatorio	0,73	1,89	1,44
Enfermedades del sistema nervioso	1,73	1,77	1,92
Otras causas	7,74	5,04	6,41

Fuente: Unidad de Estadísticas Demográficas 1992, 2002 y 2012, INEC.

14)



15)



16) Prestación de servicios.

17) PRINCIPALES DIAGNOSTICOS EGRESOS HOSPITALARIOS 2006-2012

	2006	2012
Embarazo, parto y puerperio	29%	27%
Enfermedades del sistema digestivo	10%	11%
Enfermedades del sistema genitourinario	7%	7%
Causas externas de morbilidad	7%	7%
Enfermedades del sistema respiratorio	7%	6%
Enfermedades del sistema nervioso	6%	7%
Atención sin patologia	6%	6%
Enfermedades del sistema circulatorio	6%	6%
Tumores	5%	6%
Enfermedades infecciosas y parasitarias	3%	2%

Total egresos: 2006: 326,582, 2012: 341,008.
Fuente: CCSS, Área Estadísticas, mayo, 2013.

18) Principales Consultas por Especialidad, 2012

1. Ginecología-Obstetricia	10. Rehabilitación
2. Pediatría general	11. Urología
3. Medicina Interna	12. Cardiología
4. Ortopedia	13. Geriatria
5. Oftalmología	14. Gastroenterología
6. Psiquiatría	15. Medicina familiar y Comunitaria
7. Otorrinolaringología	16. Endocrinología
8. Cirugía General	17. Reumatología
9. Dermatología	18. Cirugía Vascular Periférica
Total consultas 2012: 2.767.531	

Fuente: CCSS, Área Estadísticas, mayo.

19) Fuente: CCSS, Área Estadísticas, mayo 2013

1. Ginecología-Obstetricia	10. Rehabilitación
2. Pediatría general	11. Urología
3. Medicina Interna	12. Cardiología
4. Ortopedia	13. Geriatria
5. Oftalmología	14. Gastroenterología
6. Psiquiatría	15. Medicina familiar y Comunitaria
7. Otorrinolaringología	16. Endocrinología
8. Cirugía General	17. Reumatología
9. Dermatología	18. Cirugía Vascular Periférica
Total consultas 2012: 2.767.531	

Fuente: CCSS, Área Estadísticas, mayo 2013

20) Tecnologías en ciencias de la salud, auxiliares de enfermería y ATAP

- Priorización basada en datos vinculados a:
 - Perfil epidemiológico
 - Demandas de atención urgente a la población
 - Particularidades de su formación, que han obligado a la Institución a asumir históricamente un rol protagónico, con el propósito de suplir las necesidades de recurso humano deficitarios en el mercado laboral.
- Tecnologías urgentes: gastroenterología, oftalmología, ortopedia, electrocardiografía. Estudio en proceso.
- El otorgamiento de beneficios de estudio para la formación de este personal se hace necesario, al menos, hasta que existan proveedores que suplan a la Caja de recursos humanos formados en la cantidad y con la calidad que la Institución requiere.

- 21) Listas de espera
Total de cirugías pendientes por especialidad. C.C.S.S.
Enero de 2013

Especialidad	Total de cirugías pendientes	Porcentaje
Cirugía General	21.657	26%
Ortopedia	17.403	21%
Ginecología	8.946	11%
Oftalmología	8.764	10%
Urología	8.108	10%
Otorrinolaringología	5.817	7%
Cirugía Vasculiar Periférica	5.465	6%
Cirugía Maxilo facial	2.107	2%
Cirugía Infantil	1.963	2%
Cirugía Reconstructiva	771	1%
Cirugía Torácica	724	1%
Odontología	568	1%
Oncología	471	1%
Cirugía Menor	455	1%
Neurocirugía	426	1%
Labio y Paladar Hendido	425	1%
Cirugía Cardiovascular	242	0,3%
TOTAL	84.312	100%

Fuente: UTLE, con información de Direcciones de los Centros Hospitalarios. C.C.S.S., 31 de enero 2013

- 22) Marco normativo.

- 23) Leyes:

Leyes

- Ley de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos, aprobada el 6 de marzo de 2014.
- Ley Reguladora de la Investigación Biomédica, Expediente 17777, aprobada en primer debate en noviembre 2013.
- Proyectos de Ley sobre Fertilización In Vitro.

Sentencia internacional

Ginecología y Obstetricia: Atención de la Pareja Infértil.
Sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) sobre FIV-TE.

24) Políticas:

- Política Nacional de Salud Mental.
- Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2011-2021.
- Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2011-2021.
- Política Institucional de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos.

25) Acuerdos de Junta Directiva:

- *Artículo 6° de la sesión número 8509, celebrada el 26 de mayo del año 2011: **Red Oncológica, Desastres, Emergencias Nacionales.***
- *Artículo 17 de la sesión número 8634 celebrada el 9 de abril 2013: **Radioterapia.***
- *Artículo 15°, sesión número 8581 del 24 de mayo de 2012: **Mantenimiento.***
- *Artículo 1 de la sesión 8670 del 17 de octubre 2013: **Inversiones: temas bursátiles para las unidades técnicas administrativas relacionadas con el manejo de la cartera de inversiones del Régimen de IVM, Gerencia de Pensiones.***

26) Planes Nacionales e Institucionales

Plan Nacional para el Funcionamiento de las Clínicas de Control del Dolor y Cuidados Paliativos.

- Formación y capacitación continua en este tema.

Plan Estratégico Institucional 2010 – 2015

- Adulto mayor.
- Población indígena nacional y migrante.
- Expediente digital.
- Fortalecimiento de la red oncológica.
- Mantenimiento institucional.
- Proyectos de tecnologías de información y comunicaciones.

Plan Quinquenal de Capacitación y Formación 2007 – 2012

- Fortalecer el desarrollo y la capacidad resolutoria del primer nivel de atención de la CCSS.
- Formación de médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria para laborar en las áreas de salud.
- Formación de técnicos en salud.
- Formar los Auxiliares de Enfermería que requiere la CCSS para la prestación de los servicios de salud.
- Formar los Asistentes Técnicos de Atención Primaria en Salud.

27) Recomendaciones Informes de Auditoría

Informe	Temas
ASS-3009-2010	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación a Médicos Generales en Oftalmología
ASS-347-2010	<ul style="list-style-type: none"> • Sub especialidades afines a la Psiquiatría
SASS-051-2011 -ASS-386-2011	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de capacitación continua para técnicos en radiología • Técnicos en Radiología
ASS-118-2011	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicos en audiología, foniatría, otros. • Capacitación para los ORL- actualización
AGO-158-2009	<ul style="list-style-type: none"> • Oftalmología: Sub especialidad en retina y vítreo
ASS-265-2011/SASS-265-2012	<ul style="list-style-type: none"> • Formación en Medicina Nuclear
ASS-272-2010	<ul style="list-style-type: none"> • Bioética
ASS-344-2012	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación a personal de Seguridad y Vigilancia

Informe	Temas
ASS-432-2012	<ul style="list-style-type: none"> • Sub especialidades relacionadas con Emergencias
SASS-09-206-03-2013	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación continua en Cirugía General
ASS-022-2013	<ul style="list-style-type: none"> • Formación de Físicos Médicos
ASS-188-2012	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación a Médicos Internistas
ASS-432-2011	<ul style="list-style-type: none"> • Algunas sub especialidades en odontología
ASS-250-2013	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación y formación en trasplante de órganos
ASS-276-2013	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación en temas relacionados con la endocrinología

28) Prioridades Capacitación y Formación por Gerencias

Gerencia Infraestructura y Tecnologías	Gerencia de Pensiones
Gestión de Portafolios, Programas y Proyectos Gerencia de Servicios de Salud Tecnologías de Información y Comunicaciones aplicadas a Salud (e-health) Evaluación de Tecnologías Sanitarias Arquitectura e Ingeniería Sanitaria Gestión Ambiental y Seguridad Humana	Materia bursátil Cartera de Inversiones Riesgos fondos institucionales Capacitación en técnicas Actuariales

29) Prioridades Capacitación y Formación por Gerencias

Gerencia Médica	Gerencia Logística
Medicina basada en evidencia, evaluación de tecnologías, epidemiología clínica, reanimación cardiopulmonar, diabetes mellitus, desarrollo de acciones colectivas en salud, abordaje de adicciones, atención de violencia, atención del adolescente, manejo de trastornos mentales en el primer y segundo nivel, rehabilitación cardíaca, músculo-esquelética, psicología, cardiología intervencionista.	Especialización en Logística y Dirección de Operaciones Capacitaciones en: técnicas y tecnología de negociación de precios, cadena de abastecimiento electrónico, elaboración de indicadores y administración de presupuestos públicos, buenas prácticas en manufactura y almacenamiento de medicamentos e insumos médicos.

30) Prioridades Capacitación y Formación por Gerencias

Gerencia Administrativa	Gerencia Financiera
Especialización en Derecho Público y Laboral Gestión Administrativa y Logística Gestión de la continuidad del negocio	Análisis del entorno económico social Gestión jurídica Gestión de cobros e inspección Derecho de seguros Administración y aseguramiento de bienes Control y evaluación presupuestaria

31) Áreas priorizadas para otorgamiento de beneficios para estudio 2014-2015:

- **Para el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud:**
 - **Cáncer, emergencias, desastres**, adulto mayor, salud mental, enfermedades crónicas (enfermedades del sistema circulatorio, metabólicas, EPOC), salud reproductiva, población indígena nacional y migrante, promoción y prevención de la salud, investigación, salud alimentaria, tecnologías en salud, auxiliares de enfermería y asistentes técnicos de atención primaria (ATAP), atención primaria de la salud renovada, trasplantes de órganos y tejidos, investigación, bioética, cuidados paliativos.

32) Áreas priorizadas para otorgamiento de beneficios para estudio 2014-2015:

- **Para el fortalecimiento de la gestión institucional:**
 - Mantenimiento de infraestructura, equipamiento y tecnologías, inversiones y temas bursátiles (IVM), expediente digital, tecnologías de información y comunicaciones, seguridad y vigilancia, administración de proyectos, energía gestión ambiental, arquitectura e ingeniería hospitalaria, técnicas actuariales, gestión de cobros e inspección, aseguramiento.

33) Elementos por considerar:

- Las áreas temáticas definidas como prioritarias se establecen para un período comprendido entre el año 2014 y 2015 en cumplimiento con lo instruido en el acuerdo de Junta Directiva, artículo 19 de la sesión No. 8641, celebrada el 27 de mayo de 2013. Sin embargo, se considera que las prioridades pueden revisadas a partir del año 2016 para

validar su vigencia según las necesidades institucionales, teniéndose presente que el perfil demográfico y epidemiológico no presentará importantes variaciones.

34)

- Los beneficios para estudios que se otorguen de acuerdo con las áreas definidas como prioritarias, podrán realizarse tanto a nivel nacional o internacional.
- Esto dependerá de la oferta académica local y de las necesidades institucionales en cada caso particular.
- En este sentido, si la oferta académica nacional no cumple con el nivel de especialización técnica o profesional requerido por la Institución, el CENDEISSS podrá valorar la oferta académica internacional en centros de reconocida trayectoria.

35) Dictamen legal:

- Oficio CENDEISSS-AL-0528-14 del 13 de marzo 2014, suscrito por la Licda. Nury Margoth Ramos Álvarez, Asesora Legal del CENDEISSS:
 "... la Propuesta para la priorización de áreas temáticas para formación o capacitación en el otorgamiento de beneficios económicos para estudios sea de capacitación o de formación para los funcionarios de la Caja está dentro del marco del interés institucional de apoyar actividades educativas de carácter clínico, anatómico-clínico, asistencial, de salud pública y gestión en salud, que están dirigidas a mejorar las competencias personales, técnicas y profesionales, lo que se constituye en parte sustantiva de las responsabilidades del CENDEISSS, y que el CENDEISSS debe someter al personal a concurso para salvaguardar la equidad y justicia en la selección de candidatos, e incentivar la participación de los funcionarios y funcionarias de la Institución en actividades educativas.
 Por lo anterior, se indica que dicha propuesta se efectúa en cumplimiento de una tarea ya definida para el CENDEISSS y las demás unidades de la Caja responsables de esa planificación."

36) Propuesta de acuerdos:

1. Aprobar la propuesta presentada por la Gerencia Médica mediante oficio **GM-SJD-4999-2014**, del 31 de marzo de 2014 y por ende incluir dentro de la lista corta establecida para el otorgamiento de beneficios para estudio las siguientes áreas prioritarias:

37) Para el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud:

- Adulto mayor, salud mental, enfermedades crónicas (enfermedades del sistema circulatorio, metabólicas, EPOC), salud reproductiva, población indígena nacional y migrante, promoción y prevención de la salud, investigación, salud alimentaria, tecnologías en salud, auxiliares de enfermería y asistentes técnicos de atención primaria (ATAP), atención primaria de la salud renovada, trasplantes de órganos y tejidos, investigación, bioética, cuidados paliativos.

38) Para el fortalecimiento de la gestión institucional:

- Mantenimiento de infraestructura, equipamiento y tecnologías, inversiones y temas bursátiles (IVM), expediente digital, tecnologías de información y

comunicaciones, seguridad y vigilancia, administración de proyectos, energía gestión ambiental, arquitectura e ingeniería hospitalaria, técnicas actuariales, gestión de cobros e inspección, aseguramiento.

39) Propuesta de acuerdos:

2. Dar por atendidos los acuerdos de Junta Directiva en el artículo 19° sesión N°8641 y artículo 22° sesión N° 8692.

Anota la doctora Villalta Bonilla que el trasplante de órganos y tejidos, la parte de investigación, bioética, y cuidados paliativos, son para el fortalecimiento de la prestación de los servicios.

El Director Fallas Camacho consulta sobre el área de apoyo diagnóstico y otras áreas como microbiología, farmacia.

Aclara la doctora Rodríguez Ocampo que lo que ocurre es que se está viendo como tema y no por disciplina; el enfoque es más bien temático. Cuando se trató el tema de las enfermedades metabólicas, por ejemplo, se habló del equipo que puede estar involucrado, que puede ser un médico, un nutricionista, etc.

Anota el Director Fallas Camacho que él pensaba en un enfoque más dirigido a áreas específicas dentro de las necesidades que existen; hay que darle soporte a una persona que es importante para el servicio y ojalá se pudiera darle a todos. Otro aspecto es que estas son propuestas para formación básica de médicos, enfermeras, microbiólogos, farmacéuticos, pero hay otra parte que es la que incide más en las propuestas, por ejemplo cuando van a hacer subespecialidades o ampliar ciertas áreas especiales.

La doctora Rodríguez Ocampo señala que no se están limitando a que sea una disciplina básica o un postgrado. Cuando hablan por ejemplo del tema del cáncer, no lo están limitando a ninguna disciplina; el enfoque es temático, no es disciplinario, igual para cada una de las áreas. En el caso del cáncer, no están pensando en un médico, no están pensando solo en una especialidad subsecuente en oncología, sino que están pensando en cursos de capacitación sobre cáncer que se puedan dar a funcionarios de cualquier disciplina a nivel institucional. Ese es el enfoque, no pretende ser por disciplina, no pretende ser de grado o postgrado.

En atención a la solicitud del Director Fallas Camacho para que se lea la propuesta final, la señora Gerente Médico manifiesta que, para poder dejar definida la propuesta, se puede ampliar con enfermedades crónicas, circulatorias, revisando constantemente y actualizando cada seis meses. En la propuesta de acuerdo podrían definir algunas de las áreas, por ejemplo en tecnologías para el expediente electrónico. Propone que se revise la propuesta de acuerdo y se amplíe y se traería más adelante para la decisión de esta Junta Directiva.

Agrega el Director Fallas Camacho que la idea es no dejarlas totalmente abiertas, sino dentro de las necesidades que son muchas, priorizar las más urgentes.

La doctora Rodríguez Ocampo señala que esto es solo para beneficios para estudio, nada más, porque las especialidades subsecuentes no son un beneficio de estudio, porque no forman parte del grupo de mayor demanda de servicios.

La Directora Solera Picado manifiesta que le queda la sensación de ausencia de los procedimientos de radiología, por lo que deja constancia de su solicitud para que se haga un estudio, porque las listas de espera son demasiados grandes.

Considera el Director Fallas Camacho que la formación de profesionales debe responder a una necesidad plenamente identificada y es en ese aspecto que no encuentra respuesta todavía, y que es parte de la preocupación de esta Junta Directiva, en el sentido de que cada solicitud de auxilio responda a una necesidad plenamente identificada por la respectiva Gerencia. La visión principal es que la Gerencia tenga un plan de necesidades y dentro del mismo plantee las solicitudes de capacitación; y esto no involucra solo a la Gerencia Médica sino a todas las demás.

Indica la doctora Rodríguez Ocampo que si existiera alguna necesidad de capacitación decretada por la Gerencia que no esté dentro de estas áreas temáticas, piensa que habría que pedir una justificación muy amplia para que se considere si puede o no ser incluida. Pero esta propuesta sería el paraguas general para que los demás elaboren sus planes. Así fue visualizado.

Consulta el Director Marín Carvajal cuánto se demora, cuando surge una necesidad, para establecerla, revisarla y formar luego los planes de solución para el abordaje

Explica la doctora Rodríguez Ocampo que son etapas distintas. La elaboración o la detección de las necesidades que se tienen por parte del grupo de tomadores de decisiones en cada temática, puede ser relativamente sencillo; es de un grupo, un espacio de trabajo de una semana, si fuera del caso tipo encerrona. La otra tarea es llevar la implementación, la que sí demanda de muchos elementos, como identificar los centros, acoplarlos a las fechas de solicitudes de ingreso, nacionales o internacionales, y que los candidatos institucionales cumplan con los requisitos para que sean aprobados. De manera que es manejar un cronograma de trabajo que no es intenso sino dependiendo de cada centro formador. Y posteriormente, si los candidatos institucionales reciben la aceptación, pasan por la solicitud de beneficios ante el CENDEISS, la Gerencia y luego la Junta Directiva y tardan lo que dura el programa; una pasantía puede hacerla en seis meses, una superespecialización requiere dos o tres años fuera del país.

El Director Fallas Camacho señala que las solicitudes deben responder a la programación derivada de la planificación que cada una de las Gerencias ha elaborado para alcanzar las metas de cobertura o servicios, etc. Porque no hay límite en lo que es la prestación de servicios médicos dentro de la Caja; inclusive grupos médicos que vienen de afuera presionan a la Institución para dar nuevos servicios. No valora si está bien o no, lo que valora es si se puede o no sostener financieramente ese tipo de crecimiento. Cada vez que una persona va a subespecializarse plantea nuevos servicios, nuevos recursos y nuevas prestaciones. Qué bueno, pero no se sabe si se puede sostener financieramente. La idea es que cada Gerencia marque el entorno, en el tiempo hacia donde se va a llegar según las posibilidades reales que se tienen. Todo ello tiene que estar totalmente considerado, de manera tal que cuando un trabajador va a entrenarse o capacitarse esté bien definido por qué lo va a hacer y cuál es la necesidad que va a llenar. Además, habrá de considerarse los recursos que va a necesitar el profesional para trabajar adecuadamente, una vez que regrese. Hace hincapié en que se tiene claridad en qué se va a dar y qué se puede dar (tomar en consideración el recurso físico, material y el humano). Por lo tanto, la idea es que toda la formación del recurso humano esté en función de planes y programas, de acuerdo con lo que las diferentes Gerencias definan y que el CENDEISS sea el que procese ese tipo de responsabilidad. Reitera que las Gerencias deben definir con claridad meridiana qué es lo que se

requiere. Por tanto, cada propuesta debe venir sustentada apropiadamente y que responda a los planes y programas; por ejemplo, que en el caso de tecnologías la Gerencia determine que se requiere para un desarrollo de un sistema; en la Gerencia de Pensiones se requiere recurso humano formado en el caso de las inversiones.

Propone la Directora Solera Picado que se acuerde que conocidas las áreas temáticas que han sido presentadas por el CENDEISSS, que se han conformado en dos grandes componentes (fortalecimiento de la prestación de los servicios y fortalecimiento de la gestión institucional) se instruye a las Gerencias para que revisen los planes de capacitación con la debida priorización y que respondan a las necesidades poblacionales y de acuerdo con las posibilidades financieras de la Institución. Plantea que Radiología quede agregado el componente de prestación de servicios.

Por consiguiente, se tiene a la vista el oficio número GM-SJD-4999-2014, fechado 31 de marzo del año 2014, que firma la señora Gerente Médico y que, en adelante se transcribe, en lo conducente:

“RESUMEN EJECUTIVO

La Gerencia Médica en cumplimiento con lo resuelto por la Junta Directiva en los artículos 19° de la sesión N°8641 y artículo 22° de la sesión N° 8692, procede a presentar la Propuesta de necesidades de inclusión de Subespecialidades médicas y no médicas dentro de la lista establecida para el otorgamiento de beneficios para estudio.

La presentación estará a cargo de la Dra. Sandra Rodríguez Ocampo, Directora Ejecutiva del CENDEISSS.

La propuesta de priorización se sustenta en criterios técnicos tales como: perfil demográfico y epidemiológico, demanda de servicios (egresos hospitalarios, consulta externa, listas de espera por especialidad), así como el análisis del cuerpo normativo vigente: leyes, sentencias internacionales, políticas de salud, acuerdos de Junta Directiva, Informes de Auditoría, entre los principales.

Adicionalmente, se tomaron en cuenta las necesidades de capacitación y formación planteadas por las diferentes Gerencias de la Institución.

ANTECEDENTES

1. La Junta Directiva en el mes de mayo del año 2011, aprobó en el artículo 6°, de la sesión No. 8509, celebrada el 26 de mayo, 2011:

“Dar su autorización para la aprobación de los permisos con goce de salario para realizar actividades de capacitación o formación en temas prioritarios requeridos por la Caja, incluidas las pasantías de los residentes, siempre que sean tramitadas ante el CENDEISSS y recomendadas por el Consejo de Beneficios para Estudios de ese Centro”.
2. Posteriormente la Junta Directiva aprobó las medidas para mejor optimización de los recursos en el período 2012 – 2013, en el artículo 15° de la sesión No. 8581, celebrada el 24 de mayo de 2012. En dichas medidas específicamente en el Apartado IV.

Disposiciones Generales, inciso h, se indica no iniciar nuevas becas a excepción de la red oncológica, atención de desastres y emergencias. A partir de este momento, el CENDEISSS canaliza el otorgamiento de los beneficios para estudio hacia la atención de las áreas definidas como prioritarias.

3. En el mes de mayo del año 2013, la Junta Directiva, interesada en el fortalecimiento del recurso humano institucional, acuerda en el artículo 19° de la sesión No. 8641, celebrada el 27 de mayo de 2013:

“... solicitar a la Gerencia Médica, por medio del CENDEISSS (Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social), que realice el respectivo análisis –y presente la propuesta pertinente a consideración de la Junta Directiva- en relación con la necesidad de incluir, dentro de la lista corta establecida para el otorgamiento de beneficios para estudio, otras sub especialidades médicas y no médicas para que sean contempladas dentro de las prioridades, con el objetivo de fortalecer la prestación y la gestión de los servicios de salud y seguridad social, lo cual ha de estar sustentado en criterios técnicos como las listas de espera, perfil epidemiológico, apertura o ampliación de servicios de salud, estudios de jubilación, entre otros, con el fin de determinar en qué áreas la Caja propiciaría la formación y/o capacitación del recurso humano, durante el presente año así como para el período comprendido entre el año 2014 y 2015.”

4. Como complemento de lo anterior, la Junta Directiva en el artículo 22° de la sesión No. 8692, celebrada el 18 de febrero de 2014, se indica que en virtud de lo establecido en el artículo 6° de la sesión número 8509, celebrada el 26 de mayo del año 2011, así como en el artículo 15° de la sesión número 8581 del año 2012, en donde se definió que se concederían becas para Red Oncológica, Desastres, Emergencias Nacionales y Mantenimiento, y dado que algunas de las circunstancias en que se estableció tal definición pueden haberse modificado, la Junta Directiva acuerda: solicitar a las Gerencias que, con la mayor brevedad posible y en un plazo no mayor a quince días, se realice un análisis de las áreas críticas en materia de capacitación y formación, y se presente a la Junta Directiva la respectiva propuesta para ampliar la disposición contenida en el artículo 6° de la citada sesión número 8509 y en el artículo 15° Apartado IV. Disposiciones Generales, inciso c) de la sesión número 8581.

ACCIONES

1. La Dirección Ejecutiva del CENDEISSS procedió a realizar la siguiente Propuesta de necesidades de inclusión de Subespecialidades médicas y no médicas dentro de la lista establecida para el otorgamiento de beneficios para estudio, planteada en los siguientes términos:

JUSTIFICACIÓN

La CCSS cuenta con una Política de Capacitación y Formación que establece la voluntad institucional por invertir en el desarrollo del recurso humano.

Es importante dentro del proceso de planificación de la CCSS la identificación de las áreas prioritarias para así ofrecer al recurso humano mejores oportunidades en cuanto a capacitación y

formación lo cual se traduce en una mejora de la calidad en la prestación de servicios, seguridad social y pensiones.

En atención a los acuerdos tomados por la Junta Directiva antes citados, se conformó en el CENDEISS un equipo de trabajo el cual analizó los factores determinantes para concluir cuales son las áreas prioritarias para el otorgamiento de beneficios para estudio.

El estudio propone aportar una base técnica que sustente la definición y priorización de áreas temáticas para orientar el desarrollo estratégico del recurso humano institucional. De ahí la importancia de que el CENDEISS de acuerdo con las competencias que le han sido asignadas genere la definición de dichas prioridades para definir la inversión institucional en materia de capacitación y formación, por lo que se presenta la siguiente propuesta:

INTRODUCCIÓN

La Caja Costarricense de Seguridad Social, tiene como premisa fundamental, la prestación de servicios de salud de calidad a la población costarricense, apegada a los principios filosóficos de la Seguridad Social: solidaridad, universalidad, unidad, obligatoriedad, igualdad y equidad.

La constante búsqueda del mejoramiento en los servicios de la CCSS, exige la aplicación de un modelo de atención que involucre un enfoque integral e integrado de todas las disciplinas de salud que lo conforman, y a su vez, exige que se aplique e implemente paralelamente, un programa permanente de mejoramiento continuo de la calidad, complementado con capacitaciones, evaluaciones sistemáticas, pero, por sobretodo, exige una clara identificación y/o determinación de las necesidades del recurso humano, del equipo y tecnología necesaria para la ejecución plena de este modelo de atención.

Para lograr una determinación de las necesidades de capacitación y formación de los recursos humanos de CCSS, debe considerarse que esta Institución ejecuta procesos complejos y dinámicos, que cambia continuamente según los requerimientos sociales, porque surgen nuevas necesidades, servicios y prioridades, todas ellas, sujetas a las modificaciones en el perfil epidemiológico y social del país, lo que requiere de estudios periódicos.

El Decimonoveno Informe del Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible (2012), en el apartado Equidad e Integración Social en 2012, señala las repercusiones de los cambios demográficos y epidemiológicos de la población costarricense en la demanda de los servicios de salud en las próximas dos décadas, específicamente se indica:

“Para este Informe se proyectó cuál podría ser la evolución de la mortalidad y los egresos hospitalario en los próximos diecisiete años (al 2030), dadas las tendencias demográficas del país. Las implicaciones financieras de las tendencias estimadas son diversas, aunque todas apuntan a una fuerte presión sobre el gasto de la CCSS. El crecimiento de las enfermedades crónicas, es acompañado por un aumento en la prescripción de medicamentos y en el número de consultas que requiere cada paciente. Hoy en día los adultos mayores representan alrededor del 7% de la población nacional, pero dan cuenta de alrededor del 15% de los egresos hospitalarios. Además, debido precisamente a su perfil epidemiológico, sus estancias

son mucho más prolongadas; por ejemplo, la estancia (en días) de los adultos mayores en los hospitales de la CCSS es 2,8 veces mayor que la del grupo de 20 a 44 años de edad.

Es posible que el nuevo perfil epidemiológico traiga consigo costos asociados a cambios institucionales en diversos ámbitos organizativos y de planificación. Por ejemplo, el paquete de beneficios que tendrá que fortalecer la atención de las enfermedades en ascenso. Dado el incremento esperado de los males crónicos, la promoción y la prevención deben tener un rol fundamental en la estrategia sanitaria del país.

En este mismo sentido el Informe evidencia que el envejecimiento de la población afectará la demanda de los servicios de salud en las próximas dos décadas, cuando indica:

“El sistema tiene que enfocarse más en el adulto mayor y, eventualmente masificar servicios como el cuidado en los hogares (homecare). Asimismo, debe aumentar el peso relativo de los profesionales en Geriátrica en el cuerpo médico de la CCSS”.

El CENDEISS con el fin de atender lo solicitado por la Junta Directiva en el artículo 19 de la sesión No. 8641, celebrada el 27 de mayo de 2013, elabora un estudio que permita identificar las áreas prioritarias para el otorgamiento de beneficios para estudio, con el propósito de fortalecer la prestación y gestión de los servicios de salud y seguridad social.

Los objetivos que contempla el estudio son los siguientes:

Objetivo general: Identificar áreas prioritarias para el otorgamiento de beneficios de capacitación y formación en la CCSS durante el período 2014-2015.

Objetivos específicos:

1. Analizar los factores determinantes para la identificación de las áreas temáticas para el desarrollo del recurso humano institucional.
2. Priorizar las áreas temáticas para el otorgamiento de beneficios para estudio.

Es importante señalar que existen factores limitantes para el proceso de identificación y priorización de las áreas temáticas:

1. Modelo de Atención en proceso de revisión.
2. Disponibilidad de información sistematizada y actualizada en temas como: listas de espera, cuadros de reemplazo, capacidad instalada, equipamiento.
3. Proceso de planificación institucional fragmentado, determinado por diversas condicionantes externas e internas.

A continuación se presenta el estudio técnico el cual contempló los siguientes aspectos:

- Perfil demográfico y epidemiológico del país, condicionante de la prestación de servicios de salud, entre otros.

- Requerimientos de tecnólogos en ciencias de la salud, auxiliares de enfermería y ATAP.
- Marco normativo institucional (acuerdos de Junta Directiva, recomendaciones de Informes de Auditoría), así como leyes, sentencias y Políticas de Salud.
- Listas de espera.
- Áreas prioritarias para la capacitación y formación del recurso humano definidas por las Gerencias de la Institución.

DICTAMEN TÉCNICO

Para la elaboración de los criterios técnicos se analiza el perfil demográfico y epidemiológico del país, condicionante de la prestación de servicios de salud, asimismo, las tecnologías en salud, auxiliares de enfermería y asistentes técnicos de atención primaria requeridos para la prestación de dichos servicios, entre otros.

Se contemplan las listas de espera, el marco normativo institucional (acuerdos de Junta Directiva, recomendaciones de Informes de Auditoría) así como leyes, sentencias y Políticas de Salud, además se incluyen las áreas las prioritarias para la capacitación y formación del recurso humano definidas por las Gerencias.

1. Perfil demográfico y epidemiológico

1.1 Perfil demográfico

Según datos del INEC 2012, Costa Rica cuenta con una población de 4.652.459 habitantes en un territorio de 51.100 kilómetros cuadrados. La tasa bruta de natalidad durante ese período es de 15.7 y la tasa bruta de mortalidad de 4.1 por cada 1.000 habitantes. El crecimiento natural reportado es de 1,16 por cien habitantes y la tasa de fecundidad de 1,88 por mujer.

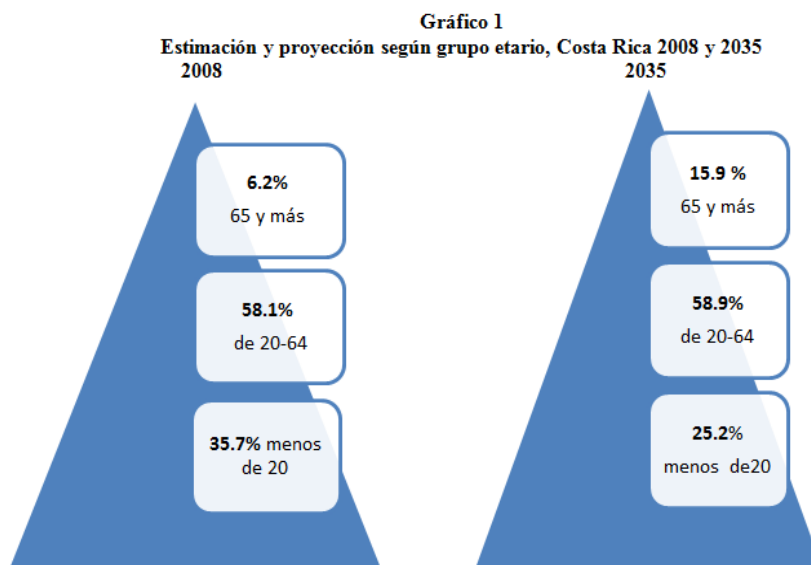
La esperanza de vida es mayor para la población femenina (81,8 años) que para la masculina (76,9 años).

El país transita por un proceso de envejecimiento demográfico o de “inversión” de la pirámide poblacional, debido a la reducción de los menores y al aumento de la población en edades intermedias y mayores. Esto significa que Costa Rica se aleja de una población de estructura joven, para convertirse en un país de estructura poblacional más madura y en progresivo envejecimiento, resultado de la combinación entre una fecundidad en rápido descenso y una sostenida y alta esperanza de vida.

Esta tendencia incrementará la tasa de dependencia existente en el país durante los próximos años. Según estimaciones del Centro Centroamericano de Población (CCP), si bien para el 2007 la población mayor de 65 años representó un 6,7% (EHPM-INEC, 2007), se estima que en el año 2025 alcance a representar un 11,5% de la población, doblándose la cantidad de personas pertenecientes a este grupo de edad.

La tendencia al envejecimiento representa uno de los principales retos a atender por la presión que ejercerá principalmente sobre los sistemas de pensiones y servicios de salud. En

el gráfico 1 se muestra una proyección poblacional comparativa 2008-2035, en la cual se observa un incremento de la población adulta mayor al 2035.



Fuente: Estimaciones y proyecciones de población por sexo y edad (Cifras actualizadas 1950-2100), San José, Costa Rica, setiembre 2008. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Estado de la Nación, Informe N°19.

1.2 Perfil epidemiológico

El estado de salud, habitualmente se mide indirectamente a través del conjunto de problemas de salud que afectan al bienestar de la población y que se ha convenido en denominar morbilidad. Es importante considerar, sin embargo, que un análisis integral del perfil de la morbilidad incluye no sólo a las enfermedades, sino también a otros problemas de salud como aquellos que afectan la salud mental, los accidentes de tránsito, la violencia, la drogadicción, entre otros.

Costa Rica muestra índices de salud muy favorables, no obstante persisten algunos problemas que representan importantes retos para el sistema nacional de salud. Para el 2012, el país registra un total de 19.200 muertes, de las cuales el 56% corresponde al sexo masculino y el 79% a personas mayores de 50 años.

La tasa de mortalidad infantil para ese mismo período es de 8,5 por cada 1000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad materna de 3.0 por 10.000 nacidos vivos. Aparecen como principales causas de mortalidad infantil las afecciones originadas en el período perinatal, las anomalías congénitas y las enfermedades del aparato respiratorio.

Los cinco principales grupos de causas que caracterizan el perfil de mortalidad del país son las enfermedades del sistema circulatorio, las cuales ocupan el primer lugar, seguido por los tumores y en tercer lugar se encuentran las causas externas. Las enfermedades del sistema respiratorio y del sistema digestivo ocupan, respectivamente, el cuarto y quinto lugar.

Cuadro 1

Principales grupos de causa de muerte. Costa Rica 2012			
Causa	Total	Hombres	Mujeres
Enfermedades del sistema circulatorio	5676	3110	2566
Tumores (neoplasias)	4529	2416	2113
Causas Externas	2001	2543	458
Enfermedades del Sistema Respiratorio	1549	878	716
Enfermedades del Sistema Digestivo	1321	753	568

Fuente: INEC-Boletín Anual- Indicadores demográficos 2012

En cuanto a las causas de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, el primer lugar lo ocupan las enfermedades isquémicas del corazón, seguido de las enfermedades cerebro vasculares y, en tercer lugar, la enfermedad hipertensiva.

A pesar de que la diabetes mellitus no figura entre las primeras causas de mortalidad, se encuentra muy asociada con las enfermedades cardiovasculares y otras. El hecho de padecer diabetes se considera un factor de riesgo y al mismo tiempo, una consecuencia de los estilos de vida poco saludables. Asimismo, según datos de la Encuesta Nacional de Nutrición Costa Rica 2008-2009, el sobrepeso y la obesidad representan un problema de salud pública en todos los grupos etarios, alcanzando el 77% en mujeres entre 45 y 64 años de edad y 62% en hombres entre 20 y 64 años.

Merece también atención la mortalidad por causas externas, en especial los accidentes de tránsito, los cuales constituyen una de las causas de muerte más importantes en el país así como la mortalidad por homicidios y suicidios.

En cuanto a los egresos hospitalarios las estadísticas de la Institución reportan en el período 2006-2012, un leve incremento porcentual de egresos hospitalarios de las Enfermedades del Sistema Digestivo, Sistema Nervioso y Sentidos, además, de Tumores. Se mantienen sin cambio porcentual las Enfermedades del Sistema Genitourinario, Causas Externas de Morbilidad, la Atención sin patología definida y las Enfermedades del Sistema Circulatorio. Por otra parte se observa una disminución porcentual en los diagnósticos de egreso hospitalario en el período reportado de Embarazo Parto y Puerperio, Enfermedades Sistema Respiratorio y las Enfermedades infecciosas y parasitarias, como se visualiza en el cuadro 2.

Cuadro 2**Diagnósticos principales egresos hospitalarios 2006-2012, CCSS**

Patologías	Porcentajes
Enfermedades del Sistema Digestivo	10%-11%
Enfermedades Sistema Nervioso y Sentidos	6%-7%
Tumores	5%-6%
Enfermedades Sistema Genitourinario	7%-7%
Causas Externas de Morbilidad	7%- 7%
Atención sin Patología definida	6%-6%
Enfermedades Sistema Circulatorio	6%-6%
Embarazo Parto y Puerperio	29%-27%
Enfermedades Sistema Respiratorio	7%-6%
Enfermedades infecciosas y parasitarias	3%-2%

Fuente: CCSS, Área Estadísticas, mayo, 2013

Asimismo el Área de Estadística de la Institución analiza el comportamiento de la demanda de especialidad por consulta externa correspondiente al año 2012 la cual es priorizada en orden descendente, como se presenta en el cuadro 3.

Cuadro 3
Principales consultas según especialidad, 2012

Especialidad	
1. Ginecología y Obstetricia	10. Rehabilitación
2. Pediatría general	11. Urología
3. Medicina Interna	12. Cardiología
4. Ortopedia	13. Geriátrica
5. Oftalmología	14. Gastroenterología
6. Psiquiatría	15. Medicina Familiar y Comunitaria
7. Otorrinolaringología	16. Endocrinología
8. Cirugía general	17. Reumatología
9. Dermatología	18. Cirugía Vasculat Periférica

Fuente: CCSS, Área Estadísticas, mayo 2013.

Se observa que la especialidad de ginecología y obstetricia corresponde a la demanda mayor seguida por la especialidad de pediatría general, medicina interna, ortopedia, oftalmología, psiquiatría, otorrinolaringología y cirugía general entre otras no menos importantes, situación que visualiza una tendencia caracterizada a los cambios demográficos y epidemiológicos de la población costarricense.

2. Tecnologías en ciencias de la salud, auxiliares de enfermería y ATAP

En cuanto a los requerimientos de recurso humano se requiere fortalecer las Tecnologías en Salud, Auxiliares de Enfermería y Asistentes Técnicos de Atención Primaria (ATAP).

La priorización de este conjunto de perfiles se basa no solo en datos vinculados al perfil epidemiológico y las demandas de atención urgente a la población, sino además, en las particularidades de su formación, mismas que han obligado a la Institución a asumir históricamente un rol protagónico, con el propósito de suplir las necesidades de recurso humano deficitarios en el mercado laboral.

2.1 Tecnologías en salud

Hace aproximadamente tres décadas se inició en nuestro país la formación de tecnólogos en salud en el ámbito universitario, superando el empirismo que hasta ese momento había caracterizado la preparación de este importante recurso humano.

El avance en el conocimiento, el desarrollo científico técnico y los requerimientos diarios en los servicios de salud, han modificado el perfil académico y laboral de varias de estas tecnicidades,

siendo que algunas han alcanzado niveles de bachillerato y licenciatura. Sin embargo, otros espacios de práctica mantienen hasta el presente, el perfil de diplomados y otros tantos el de técnicos.

Con excepción de los espacios que se han profesionalizado, puede decirse que en el resto de las tecnicidades, no existe personal formado en el mercado laboral que la Caja pueda contratar cuando así lo requiera. Hasta tanto el mercado de la formación no supla a la Institución de los recursos humanos formados, la Caja deberá seguir jugando ese rol protagónico en la formación del personal que requiere para mantener la continuidad en la prestación de los servicios de salud. Es decir, la formación de los tecnólogos se convierte en un espacio de legítimo interés Institucional.

La Caja tiene requerimientos urgentes de personal con formación en distintas tecnologías a saber: gastroenterología, oftalmología, ortopedia, electrocardiografía, por citar algunas. El desarrollo de un estudio diagnóstico que se encuentra elaborando el CENDEISSS, podrá dar cuenta precisa y actualizada de las necesidades en este campo.

La situación descrita, obliga a la Institución a continuar otorgando beneficios para estudio tanto a funcionarios institucionales como a particulares, en aquellos casos en que los funcionarios institucionales no reúnen las condiciones académicas para participar en los programas de formación. El otorgamiento de estos beneficios para estudio se convierte en un elemento para incentivar la formación en los programas de interés para la Caja y constituye un mecanismo para procurarse la retribución en años de servicio por parte del becario (a).

2.2 Auxiliares de Enfermería

Mediante el Decreto Ejecutivo N° 16282 S, de 1982, se faculta al CENDEISSS para la formación de Auxiliares de Enfermería. De esa fecha a la actualidad, cientos de funcionarios de la Institución han sido formados a través del Programa de Formación de Auxiliares de Enfermería. Este Programa constituye el único espacio en que la Caja asume el rol de formador directo de su personal. Resulta indispensable que la formación de los Auxiliares de Enfermería sea priorizada, de forma tal que le permita al CENDEISSS continuar otorgando beneficios de estudio a los participantes en este Programa. Cabe mencionar que en la actualidad la Institución está formando únicamente a partir de la disponibilidad de códigos por jubilación o roles de sustitución debidamente documentados por las autoridades locales. El otorgamiento de beneficios de estudio para la formación de este personal se hace necesario, al menos, hasta que existan proveedores que suplan a la Caja de recursos humanos formados en la cantidad y con la calidad que la Institución requiere.

2.3 Asistentes Técnicos de Atención Primaria (ATAP)

Desde el año 1996, el CENDEISSS inició la formación de Asistentes Técnicos de Atención Primaria, con el propósito de suplir este perfil para la conformación de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS). Al igual que en el caso de los Auxiliares de Enfermería, la Institución requiere permanentemente, suplir este personal al primer nivel de atención sea por reemplazo, rol de sustitución u otras causas. Al igual que en el caso de los auxiliares de enfermería, el otorgamiento de beneficios de estudio para la formación de este

personal continúa siendo una necesidad, al menos, hasta que existan proveedores que suplan a la Caja de recursos humanos formados en la cantidad y con la calidad que la Institución requiere.

3. Marco Normativo

Una vez planteado el análisis del perfil demográfico y epidemiológico del país y los requerimientos de tecnologías en ciencias de la salud, auxiliares de enfermería y ATAP, se considera necesario incorporar la legislación y los diferentes lineamientos de política establecidos en áreas que pueden ser mejoradas por medio de procesos de capacitación y formación del recurso humano institucional, de ese modo se retoman algunas leyes, políticas de salud del país, planes institucionales y la Sentencia Internacional de la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

3.1 Leyes

Las leyes y proyectos de ley que se consideran a efecto de establecer las áreas prioritarias para la capacitación y formación son:

- 3.1.1 Ley de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos, aprobada el 6° de marzo de 2014.
- 3.1.2 Ley Reguladora de la Investigación Biomédica, Expediente 17.777, aprobada en primer debate en noviembre 2013.
- 3.1.3 Proyectos de Ley sobre Fertilización In Vitro

3.2 Políticas en salud

Las políticas que arrojaron elementos de consideración para la determinación de áreas temáticas son: Política Nacional de Salud Mental, Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2011-2021, Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2011-2021. Además se contempla la Sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH).

3.2.1 Política Nacional de Salud Mental

Temas prioritarios: depresión, psicosis, trastorno bipolar, epilepsia, trastornos del desarrollo y conductuales en niños y adolescentes, demencia, trastornos por uso de alcohol, trastornos por uso de drogas, lesiones auto infligidas / suicidio y otros síntomas emocionales significativos o padecimientos no justificables médicamente). Estos trastornos prioritarios se seleccionaron porque representan una gran carga en términos de mortalidad, morbilidad o discapacidad, porque tienen elevados costos económicos y porque están asociados a violaciones de los derechos humanos. Así como alcoholismo y farmacodependencia.

Ejes principales: promoción y atención integral centrada en la comunidad, prevención de la enfermedad y curación y rehabilitación.

3.2.2 Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2011-2021

Población identificada: Adulto mayor

Temas prioritarios:

- Definir protocolos en donde se definan los lineamientos y parámetros básicos para una atención integral a las personas adultas mayores.
- Establecer normas relativas al derecho de la prestación de servicios, la provisión de medicamentos básicos, apoyos técnicos y servicios integrales de rehabilitación, especialmente adaptadas para mejorar la autonomía de las personas adultas mayores con discapacidad.

3.2.3 Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2011-2021

Área temática: Salud alimentaria

Temas prioritarios:

- Fortalecimiento de los servicios integrales de salud de atención directa a las personas con obesidad y sobrepeso para todos los grupos etarios de la población por área geográfica, género, estrato socio- económicos y etnia.
- Incremento de la cobertura de la atención nutricional en el primer nivel de atención en salud.
- Fortalecimiento de los servicios integrales de salud de atención directa a las personas con desnutrición.
- Fortalecimiento de la promoción de la salud y prevención desnutrición.

3.2.4 Política Institucional de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos, aprobada en el artículo 15 de la sesión No. 8659 celebrada el 05 setiembre 2013. Esta Política incluye un componente de formación y capacitación del personal sanitario.

3.2.5 Sentencia internacional, Ginecología y Obstetricia
Fecundación in Vitro. Sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH)

3.3 Acuerdos de Junta Directiva

Dentro del análisis de la normativa vigente se identificaron los principales acuerdos de la Junta Directiva relacionados con la definición de prioridades para los procesos de capacitación y formación del recurso humano de la CCSS. Es importante destacar que dichos acuerdos se toman en el marco de las medidas de contención del gasto institucional que buscaron focalizar los procesos de inversión en capacitación y formación en áreas prioritarias.

En este sentido, tenemos que los principales acuerdos tomados durante los últimos años relacionados con el tema de la priorización de áreas temáticas para capacitación o formación son los siguientes:

3.3.1 Artículo 6° de la sesión número 8509, celebrada el 26 de mayo del año 2011: Red Oncológica, Desastres, Emergencias Nacionales

3.3.2 Artículo 17° de la sesión número 8634 celebrada el 9 de abril 2013:
Radioterapia

- 3.3.3 Artículo 15°, sesión número 8581 del 24 de mayo de 2012: Mantenimiento
- 3.3.4 Artículo 1° de la sesión N° 8670 del 17 de octubre 2013: Inversiones: temas bursátiles para las unidades técnicas administrativas relacionadas con el manejo de la cartera de inversiones del Régimen de IVM, Gerencia de Pensiones

3.4 Planes Nacionales e Institucionales

Dentro del proceso de planificación institucional se encuentran los documentos denominados: Plan Estratégico Institucional y Plan Quinquenal de Capacitación y Formación de la Gerencia Médica. En dichos documentos, se identifican áreas específicas requeridas para la formación o capacitación del recurso humano, por lo que se consideró necesario contemplarlos a la hora de realizar una revisión de las líneas institucionales orientadas al desarrollo estratégico de los recursos humanos.

3.4.1 Plan Nacional para el Funcionamiento de las Clínicas de Control del Dolor y Cuidados Paliativos. Constituyen la red de apoyo del Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos. Destaca la necesidad de continuar la mejora de los servicios a través de educación continua de los profesionales.

3.4.2 Plan Estratégico Institucional 2010 – 2015

- Adulto mayor, Población indígena nacional y migrante, Expediente digital, Fortalecimiento de la red oncológica, Mantenimientos Institucional, Proyectos de tecnologías de información y comunicaciones.

3.4.3 Plan Quinquenal de Capacitación y Formación 2007 – 2012.

- Fortalecer el desarrollo y la capacidad resolutive del primer nivel de atención de la CCSS.
- Formación de médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria para laborar en las Áreas de Salud.
- Formación de técnicos en salud.
- Formar los Auxiliares de Enfermería que requiere la CCSS para la prestación de los servicios de salud.
- Formar los Asistentes Técnicos de Atención Primaria en Salud.

Se destaca dentro del Plan Quinquenal el objetivo de continuar con el proceso de formación de Auxiliares de Enfermería, Asistentes Técnicos de Atención Primaria y la formación de Tecnicidades de la Salud.

3.4 Recomendaciones Informes de Auditoría

Como parte de la revisión de la normativa institucional, se incorporó la revisión durante el período comprendido entre el año 2010 y el año 2013, de las recomendaciones contenidas en diferentes Informes de Auditoría, relacionadas con requerimiento de procesos de formación o capacitación del recurso humano institucional en diversas áreas. A continuación un resumen de los Informes y los temas identificados:

Informe	Temas priorizados
ASS-3009-2010	• Capacitación a Médicos Generales en Oftalmología
ASS-347-2010	• Sub especialidades afines a la Psiquiatría
SASS-051-2011 -ASS-386-2011	• Programas de capacitación continua para técnicos en radiología • Técnicos en Radiología
ASS-118-2011	• Técnicos en audiología, foniatría, otros. • Capacitación para los ORL- actualización
AGO-158-2009	• Oftalmología: Sub especialidad en retina y vítreo
ASS-265-2011/SASS-265-2012	• Formación en Medicina Nuclear
ASS-272-2010	• Bioética
ASS-344-2012	• Capacitación a personal de Seguridad y Vigilancia
ASS-432-2012	• Sub especialidades relacionadas con Emergencias
SASS-09-206-03-2013	• Capacitación continua en Cirugía General
ASS-022-2013	• Formación de Físicos Médicos
ASS-188-2012	• Capacitación a Médicos Internistas
ASS-432-2011	• Algunas sub especialidades en odontología
ASS-250-2013	• Capacitación y formación en trasplante de órganos
ASS-276-2013	• Capacitación en temas relacionados con la endocrinología

4. Listas de espera

Según datos proporcionados por la Unidad Técnica de Listas de Espera (UTLE), al 31 de enero de 2013, se tenía un total de 84.312 cirugías pendientes, de las cuales un 26% corresponden a Cirugía General, un 21% a Ortopedia, un 11% a Ginecología, 10% a Oftalmología y Urología, respectivamente; mientras que un 7% corresponden a Otorrinolaringología y un 6% a Cirugía Vasculosa Periférica. Las restantes especialidades con lista de espera para cirugías, obtuvieron porcentajes menores a 2%, según se muestra en el cuadro 4:

Cuadro 4
Total de cirugías pendientes por especialidad. C.C.S.S. Enero de 2013

Especialidad	Total de cirugías pendientes	Porcentaje
Cirugía General	21.657	26%
Ortopedia	17.403	21%
Ginecología	8.946	11%
Oftalmología	8.764	10%
Urología	8.108	10%
Otorrinolaringología	5.817	7%
Cirugía Vasculosa Periférica	5.465	6%
Cirugía Maxilo facial	2.107	2%
Cirugía Infantil	1.963	2%
Cirugía Reconstructiva	771	1%
Cirugía Torácica	724	1%
Odontología	568	1%
Oncología	471	1%
Cirugía Menor	455	1%
Neurocirugía	426	1%
Labio y Paladar Hendido	425	1%
Cirugía Cardiovascular	242	0,3%
TOTAL	84.312	100%

Fuente: UTLE, con información de Direcciones de los Centros Hospitalarios. C.C.S.S., 31 de enero 2013

En consecuencia, las especialidades consideradas como “críticas” en lista de espera de cirugías, son las siguientes:

Gráfico 3
Especialidades críticas en lista de espera para cirugías, según porcentaje.
C.C.S.S., enero 2013



Fuente: UTLE, con información de los centros hospitalarios. C.C.S.S., al 31 de enero, 2013.

5. Prioridades Capacitación y Formación establecidas por Gerencias

La Junta Directiva en el artículo 15° de la sesión número 8581 del año 2012, definió que se concederían becas para Red Oncológica, Desastres, Emergencias nacionales y Mantenimiento, y dado que algunas de las circunstancias en que se estableció tal definición se han modificado, la Junta Directiva acuerda en el artículo 22° de la sesión No. 8692, celebrada el 18 de febrero de 2014 solicitar a las Gerencias que, con la mayor brevedad posible y en un plazo no mayor a quince días, se realice un análisis de las áreas críticas en materia de capacitación y formación, y se presente a la Junta Directiva la respectiva propuesta para ampliar la disposición contenida en el artículo 6 de la citada sesión número 8509 y en el artículo 15° Apartado IV. Disposiciones Generales, inciso c) de la sesión número 8581.

En atención a lo anterior, el CENDEISSS recibió de parte de las diferentes Gerencias documentos relacionados con las prioridades requeridas en materia de capacitación y formación (Anexo I). A continuación se presentan algunos de los principales temas requeridos según lo planteado por las diferentes Gerencias.

5.1 Gerencia Infraestructura y Tecnologías

Según oficio GIT-00282-2014 del 21 de febrero 2014, se definen como los temas prioritarios de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías los siguientes:

- Gestión de Portafolios, Programas y Proyectos
- Gerencia de Servicios de Salud.
- Tecnologías de Información y Comunicaciones aplicadas a Salud (e-health).
- Evaluación de Tecnologías Sanitarias.
- Arquitectura e Ingeniería Sanitaria.
- Gestión Ambiental y Seguridad Humana.

5.2 Gerencia de Pensiones

Según oficio GP-15.689-14 del 25 de febrero 2014, se definen como temas prioritarios de la Gerencia de Pensiones, los siguientes:

- Plan de Capacitación en Materia Bursátil
- Cartera de Inversiones y Riesgos Fondos
- Cursos de Capacitación en técnicas Actuariales

5.3 Gerencia Médica

Según correo electrónico de fecha 25 de febrero de 2014, enviado por la Licda. Sileni Obando Vargas, se definen como temas prioritarios de la Gerencia Médica, los siguientes:

- Medicina basada en evidencia, evaluación de tecnologías, epidemiología clínica, reanimación cardiopulmonar, diabetes mellitus, desarrollo de acciones colectivas en salud, abordaje de adicciones, atención de violencia, atención del adolescente, manejo de trastornos mentales en el primer y segundo nivel, rehabilitación cardíaca, músculo-esquelética, psicología, cardiología intervencionista.

Es importante indicar que los temas indicados son aspectos complementarios a las áreas definidas como prioritarias como producto de estudio del perfil demográfico y epidemiológico que se planteó anteriormente.

5.4 Gerencia Logística

Según correos electrónicos, de fechas 25 y 26 de febrero de 2014, remitido por Ericka Fonseca Núñez, se definen como temas prioritarios de la Gerencia de Logística, los siguientes:

- Especialización en Logística y Dirección de Operaciones, Administración de Proyectos.
- Capacitaciones en: técnicas y tecnología de negociación de precios, cadena de abastecimiento electrónico, elaboración de indicadores y administración de presupuestos públicos, buenas prácticas en manufactura y almacenamiento de medicamentos e insumos médicos, entre las principales.

5.5 Gerencia Administrativa

Según oficio GA-19088-2014 del 28 de febrero 2014, se definen como temas prioritarios de la Gerencia Administrativa, los siguientes:

- Especialización en Derecho Público y Laboral
- Gestión Administrativa y Logística
- Gestión de la continuidad del negocio, entre las principales.

5.6 Gerencia Financiera

Según oficio GF-21.949 del 29 de febrero de 2014, se definen como temas prioritarios de la Gerencia Financiera, los siguientes:

- Análisis del entorno económico social
- Gestión jurídica

- Gestión de cobros e inspección
- Derecho de seguros
- Administración y aseguramiento de bienes
- Control y evaluación presupuestaria

AREAS DE CAPACITACION Y FORMACION PRIORIZADAS

Considerando el perfil demográfico y epidemiológico, la demanda de servicios, las listas de espera por especialidad, las prioridades establecidas por las Gerencias, el análisis documental de las políticas, planes institucionales, acuerdos de Junta Directiva e informes de Auditoría, se identifican las siguientes áreas prioritarias para el otorgamiento de beneficios para estudio durante el período 2014-2015:

- **Para el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud:**

Cáncer, emergencias, desastres, adulto mayor, salud mental, enfermedades crónicas (enfermedades del sistema circulatorio, metabólicas, EPOC), salud reproductiva, población indígena nacional y migrante, promoción y prevención de la salud, investigación, salud alimentaria, tecnologías en salud, auxiliares de enfermería y asistentes técnicos de atención primaria (ATAP), atención primaria de la salud renovada, trasplantes de órganos y tejidos, investigación, bioética, cuidados paliativos.

- **Para el fortalecimiento de la gestión institucional:**

Mantenimiento de infraestructura, equipamiento y tecnologías, inversiones y temas bursátiles (IVM), expediente digital, tecnologías de información y comunicaciones, seguridad y vigilancia, administración de proyectos, energía gestión ambiental, arquitectura e ingeniería hospitalaria, técnicas actuariales, gestión de cobros e inspección, aseguramiento.

Los beneficios para estudios que se otorguen de acuerdo con las áreas definidas como prioritarias, podrán realizarse tanto a nivel nacional o internacional. Esto dependerá de la oferta académica local y de las necesidades institucionales en cada caso particular. En este sentido, si la oferta académica nacional no cumple con el nivel de especialización técnica o profesional requerido por la Institución, el CENDEISSS podrá valorar la oferta académica internacional en centros de reconocida trayectoria.

DICTAMEN LEGAL

En oficio CENDEISSS-AL-0528-14 del 13 de marzo 2014, suscrito por la Licda. Nury Margoth Ramos Álvarez, Asesora Legal del CENDEISSS, señala que la Propuesta para la priorización de áreas temáticas para formación o capacitación en el otorgamiento de beneficios económico para estudios sea de capacitación o de formación para los funcionarios de la Caja está dentro del marco del interés institucional de apoyar actividades educativas de carácter clínico, anátomo - clínico, asistencial, de salud pública y gestión en salud, que están dirigidas a mejorar las competencias personales, técnicas y profesionales, lo que se constituye en parte sustantiva de las

responsabilidades del CENDEISSS, y que el CENDEISSS debe someter al personal a concurso para salvaguardar la equidad y justicia en la selección de candidatos, e incentivar la participación de los funcionarios y funcionarias de la Institución en actividades educativas.

Por lo anterior, se indica que dicha propuesta se efectúa en cumplimiento de una tarea ya definida para el CENDEISSS y las demás unidades de la Caja responsables de esa planificación. (Anexo)

CONCLUSIONES

Con base en el análisis de las variables planteadas en el apartado del criterio técnico y marco normativo se definen las siguientes conclusiones:

1. Durante los últimos años, la Institución ha priorizado la capacitación y formación en tres áreas (cáncer, emergencias y desastres), situación que ha generado un rezago en áreas importantes para la prestación de servicios y gestión institucional (cardiología, salud mental, inversiones y manejo de riesgos, entre otros).
2. La modificación del perfil demográfico y epidemiológico del país, demanda un cambio en las necesidades de capacitación y formación del recurso humano institucional, lo que debe reflejarse en las áreas que deben priorizarse para hacer un uso eficiente en la administración de los recursos.
3. Es necesario fortalecer procesos institucionales de planificación que contribuyan con la identificación de los requerimientos del desarrollo del recurso humano (definición del modelo de atención, niveles de complejidad, conjunto de prestaciones de servicios, entre otros)
4. La áreas temáticas definidas como prioritarias se establecen para un período comprendido entre el año 2014 y 2015 en cumplimiento con lo instruido en el acuerdo de Junta Directiva, artículo 19 de la sesión No. 8641, celebrada el 27 de mayo de 2013. Sin embargo, se considera que las prioridades pueden revisadas a partir del año 2016 para validar su vigencia según las necesidades institucionales, teniéndose presente que el perfil demográfico y epidemiológico no presentará importantes variaciones.

RECOMENDACIÓN

La Gerencia Médica, presenta la propuesta de necesidades de inclusión de Subespecialidades médicas y no médicas dentro de la lista establecida para el otorgamiento de beneficios para estudio y se recomienda:

1. Aprobar la propuesta presentada por la Gerencia Médica mediante oficio **GM-SJD-4999-2014**, del 31 de marzo de 2014 y por ende incluir dentro de la lista corta establecida para el otorgamiento de beneficios para estudio las siguientes áreas prioritarias:
 - **Para el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud:**

Cáncer, emergencias, desastres, adulto mayor, salud mental, enfermedades crónicas (enfermedades del sistema circulatorio, metabólicas, EPOC), salud reproductiva, población indígena nacional y migrante, promoción y prevención de la salud, investigación, salud alimentaria, tecnologías en salud, auxiliares

de enfermería y asistentes técnicos de atención primaria (ATAP), atención primaria de la salud renovada, trasplantes de órganos y tejidos, investigación, bioética, cuidados paliativos.

- **Para el fortalecimiento de la gestión institucional:**

Mantenimiento de infraestructura, equipamiento y tecnologías, inversiones y temas bursátiles (IVM), expediente digital, tecnologías de información y comunicaciones, seguridad y vigilancia, administración de proyectos, energía gestión ambiental, arquitectura e ingeniería hospitalaria, técnicas actuariales, gestión de cobros e inspección, aseguramiento.

2. Dar por atendidos los acuerdos de Junta Directiva en el artículo 19° sesión N°8641 y artículo 22° sesión N°8692”,

conocidas las áreas temáticas prioritarias que han sido presentadas por el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social /CENDEISS/ (*Propuesta de necesidades de inclusión de Subespecialidades médicas y no médicas dentro de la lista establecida para el otorgamiento de beneficios para estudio*), que se han conformado en dos grandes componentes (fortalecimiento de la prestación de los servicios y fortalecimiento de la gestión institucional), la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA:**

- 1) Dar por atendidos los acuerdos adoptados en el artículo 19° de la sesión N° 8641 y en el artículo 22° de la sesión N° 8692.
- 2) Aprobar la propuesta presentada por la Gerencia Médica mediante el citado oficio número GM-SJD-4999-2014 del 31 de marzo del año 2014 y, por ende, ampliar la lista corta establecida para el otorgamiento de beneficios para estudio durante el período comprendido entre el año 2014 y el 2018, y establecer como áreas prioritarias las siguientes:

I) Fortalecimiento de la prestación de servicios de salud:

- i) Atención del cáncer, enfermedades crónicas (enfermedades del sistema circulatorio, metabólicas, EPOC)
- ii) Adulto mayor, población indígena nacional y migrante.
- iii) Salud mental, salud reproductiva, salud alimentaria, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, cuidados paliativos.
- iv) Emergencias, desastres.
- v) Radiología e imágenes médicas, tecnologías en salud, auxiliares de enfermería y asistentes técnicos de atención primaria (ATAP).
- vi) Investigación, bioética y trasplantes de órganos y tejidos.

II) Fortalecimiento de la gestión institucional:

- 1) Mantenimiento de infraestructura, equipamiento y tecnologías, expediente digital, tecnologías de información y comunicaciones, seguridad informática.
- 2) Energía y gestión ambiental, arquitectura e ingeniería hospitalaria.

- 3) Administración y gestión de proyectos.
- 4) Inversiones y temas bursátiles (IVM), técnicas actuariales, gestión de cobros e inspección y aseguramiento.

En consecuencia, quedan así modificados los términos de lo resuelto en el artículo 6° de la sesión N° 8509, celebrada el 26 de mayo del año 2011 y en el artículo 15° de la sesión N° 8581, celebrada el 24 de mayo del año 2012.

- 3) Instruir a las Gerencias para que elaboren y actualicen anualmente los planes de capacitación con la debida priorización, de manera que respondan a las áreas temáticas establecidas como prioritarias para el otorgamiento de beneficios para estudio y de acuerdo con las posibilidades financieras de la Institución.
- 4) Solicitar al CENDEISS (Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social) la revisión anual de la vigencia de las áreas establecidas como prioritarias y, en caso de identificar nuevas necesidades de capacitación y formación para el recurso humano institucional, presentar la propuesta correspondiente a conocimiento de la Junta Directiva.

Sometida a votación la moción para que lo resuelto se adopte en firme es acogida por unanimidad. Por lo tanto, lo acordado se adopta en firme.

La doctora Rodríguez Ocampo y la licenciada Delcore Domínguez se retiran del salón de sesiones.

ARTICULO 23°

Conforme con lo solicitado en el artículo 21° de esta sesión, se presenta la propuesta de acuerdo y se acoge, en relación con el oficio GM-SJD-5000-2014 de fecha 31 de marzo del año 2014, mediante el que se presentan los resultados del estudio de factibilidad sobre la separación del Sector Chomes, del Área de Salud San Rafael-Chomes-Monteverde.

Por tanto, se tiene a la vista el oficio GM-SJD-5000-2014 de fecha 31 de marzo del año 2014, que, en adelante se transcribe, en lo conducente y suscribe la señora Gerente Médico y por medio del que se presentan los resultados del estudio de factibilidad sobre la separación del Sector Chomes, del Área de Salud San Rafael-Chomes-Monteverde:

“RESUMEN EJECUTIVO

La Gerencia Médica en cumplimiento de lo solicitado, sobre analizar la viabilidad técnica de separar el sector Chomes, del Área de Salud San Rafael-Chomes-Monteverde, procede a presentar los resultados del estudio técnico elaborado en este sentido.

La presentación estará a cargo de la Ing. María de los Ángeles Gutiérrez Brenes, Directora del Proyección de Servicios de Salud.

ANTECEDENTES

1. Desde el año 2002, los grupos organizados de las comunidades adscritas al sector de Chomes, han externado el interés de que se conforme una nueva Área de Salud, separada de la sede de Área San Rafael.
2. Mediante una reunión celebrada el 29 de agosto de 2006 con líderes comunales, Junta de Salud, representantes sindicales, funcionarios de la sede de EBAIS Chomes, Directora Regional Dra. Victoria Sánchez Loría y la Directora General Dra. Ileana Balmaceda, se manifestó la necesidad de separar la sede de EBAIS Chomes, así como dotar de nuevas plazas en el área técnica que permitan mejorar la atención brindada a los usuarios.
3. Esta solicitud se formalizó en oficio DGRPC-1251-06 de fecha 19 de octubre de 2006, dirigido a la Dra. Ileana Balmaceda, por medio del cual se solicitó la posibilidad de una separación, que se llevaría a cabo como un proceso, en forma paulatina y escalonada.
4. Desde entonces, se han efectuado varias reuniones, con el fin de dar seguimiento a los acuerdos tomados en la primera reunión. Entre éstas se cita la del 01 de noviembre de 2006, en la cual se notificó la aprobación de la separación de la sede Chomes por parte de las autoridades superiores de la C.C.S.S., así como la dotación de cuatro plazas nuevas para el primer tracto del 2007. También se solicitó el apoyo regional para realizar la conversión de los contratos de Vigilancia y Limpieza por nuevos códigos institucionales.
5. Asimismo, a partir del 23 de Marzo del 2007, se han efectuado varias reuniones con los supervisores regionales de las diferentes disciplinas y funcionarios del Área de Salud, con el fin de realizar un análisis conjunto de la situación y definir el proceso de separación, identificando las necesidades de recursos y establecer las directrices a seguir para la confección del presupuesto óptimo.
6. Producto del trabajo conjunto, mediante oficio DGRPC 00116-08 del 28 de enero de 2008, la Dirección Regional remitió al Director General, el Estudio denominado *“Aspectos Separación Sede EBAIS Chomes del Área Salud San Rafael-Chomes-Monteverde”*, el cual incluye el criterio de cada uno de los supervisores regionales.
7. En oficio DGRPC-0528-08 del 17 de abril del presente, se envió a la Dirección de Red de Servicios de Salud, un informe indicando que la separación ha de considerarse como un proceso, a fin de dotar a las Unidades de capacidad de respuesta y autosuficiencia en forma adecuada a las demandas de sus usuarios internos y externos y se describe el avance del proceso en la dotación de infraestructura para Bodega y Proveeduría, faltante de dotación de recurso humano de Presupuesto, Proveeduría, Trabajo Social y Bodeguero de Farmacia. Además, se indicó que se requiere la aprobación de la separación por parte del nivel central, para la aplicación de los trámites de dotación presupuestaria a la nueva unidad.
8. En oficio N° 1447-08 del 18 de abril de 2008, el Director de Red autorizó el inicio del estudio, en el entendido que es un proceso que debe velar por el cumplimiento de los pasos necesarios que la Institución tiene normados para tal efecto y anexa oficio 47032 del 13 de noviembre de 2006 de la Dra. Rosa Climent Martín, Gerente Médica, donde avala los estudios necesarios para la separación de la clínica de Chomes, *“siempre y cuando se consideren los criterios de equidad, igualdad y calidad de los servicios”*.

9. El 18 de abril de 2008, se llevó a cabo una reunión extraordinaria con el personal de la sede Chomes, la Directora Regional y representantes de UNDECA, donde se informaron los avances del proceso de separación y se acordó realizar cada mes una reunión con la comisión nombrada ese día para notificar los avances.
10. Mediante oficio N° 1513-08 del 23 de abril de 2008, la Dirección General solicitó a la Dirección Regional el envío de un cronograma de tiempos de entrega del estudio técnico de la separación del Área.
11. Con oficio N° 1647-08 del 02 de mayo de 2008, la Dirección General solicitó a la Dirección Proyección de Servicios de Salud y a la Dirección Desarrollo Organizacional, el apoyo y asesoría para el equipo técnico de la Dirección de Gestión Regional, en respuesta a oficio N° 0587-08 del 25 de abril de 2008 suscrito por la Dra. Victoria Sánchez Loría, Directora Regional.
12. En oficio N° 1754-08 del 12 de mayo de 2008, el Dr. Eduardo Cambronero Hernández solicitó a la Dra. Rosa Climent Martín, la autorización de Junta Directiva para la constitución de la Subárea Chomes – Monteverde como Área de Salud, seguida de la creación de una nueva unidad programática.
13. El 15 de mayo de 2008 se realizó reunión con funcionarios del Área de Salud y de la Dirección Regional, donde se expusieron algunos hallazgos encontrados en visita a la sede Monteverde y se recomendó subsanar las debilidades según competencias, solicitando, además, actualizar la información de Monteverde y Chomes.
14. Con oficio DGRPC-0846-08 del 21 de mayo dirigido a las autoridades del Área de Salud, la Dirección Regional les informa que se solicitó la autorización a la Gerencia Médica, para la separación del Área y se está a la espera de la respuesta definitiva.
15. El día 09 de julio de 2008 se realizó reunión con la Directora Regional, el equipo regional, Director del Área de Salud, funcionarios del Área de Salud, Sindicato, Junta de Salud de Chomes y comunidad, donde se presentaron los hallazgos y necesidades de las supervisiones en la sede Monteverde, avances del proceso de construcción de la bodega en Chomes, dotación de recurso humano en Proveeduría, Presupuesto, Trabajo Social y avances en el proceso de la consulta vespertina, entre otros.
16. El día 24 de julio se realizó reunión con funcionarios de las sedes Chomes y Monteverde y el Dr. Raúl Pacheco, Dirección Regional, donde se analizó la situación del componente administrativo, con el fin de identificar la propuesta de conformación del equipo administrativo de la nueva área y su funcionamiento. Se indicó repetir el procedimiento con las otras disciplinas, para finiquitar el proyecto.
17. El 22 de octubre de 2008, se realizó reunión y visita de campo a las instalaciones de la sede San Rafael, con el fin de conocer la situación actual en relación a los servicios que otorga esa sede a la población directa y a los usuarios de las sedes de Chomes y Monteverde. Uno de los productos de esa reunión con las autoridades locales, a saber, el Dr. Eduardo López Cárdenas y el Lic. José Gabuardi Montero, fue la realización por parte

del nivel local, de un proyecto de fortalecimiento de los servicios que brindará la sede San Rafael ante la eventual separación de las sedes Chomes y Monteverde.

18. El 23 de octubre de 2008, se efectuó reunión con el Director Médico, Dr. Randall Álvarez J y el Jefe del Servicio de Cirugía, Dr. Mario Rivera, del Hospital Monseñor Sanabria, a fin de conocer su criterio respecto a la posible separación del Área de Salud y el apoyo que la sede San Rafael podría dar a la red de servicios de salud. Dicha reunión se efectuó conjuntamente con la Directora Regional, Dra. Victoria Sánchez Loría.
19. Dada la valoración de posibles escenarios, se consultó al Lic, Franklin Vargas Vargas en forma escrita, mediante oficio DPSS-0031-01-2009 (22/01/09), respecto a la forma de proceder en caso de una posible conjunción de dos o más Áreas de Salud, unas desconcentradas y otras no desconcentradas.
20. Mediante oficio AGLDJS-040-09 (04/02/09), se recibió respuesta del Lic. Vargas a la solicitud de criterio.
21. El día 14 de febrero de 2009, mediante reunión con el Dr. Raúl Pacheco, se solicitó coordinar con las autoridades locales la realización del proyecto que la sede San Rafael, ya que el criterio técnico que emitirá la DPSS, conlleva necesariamente la valoración del Área de Salud San Rafael-Chomes- Monteverde en su conjunto y no solamente la separación de los sectores Chomes y Monteverde.
22. Con fecha 07 de mayo de 2009, el Dr. Raúl Pacheco informó que aún no se dispone del proyecto que elaborará la sede San Rafael y se ha coordinado reunión con las autoridades locales, para dar seguimiento y plantear fechas y productos.
23. El proyecto para el fortalecimiento de los servicios que prestará la sede San Rafael, está a cargo de las autoridades regionales y locales.

Conforme lo antes referido, esta Gerencia Médica por medio de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, elabora el estudio factibilidad sobre la separación del sector Chomes, del Área de Salud San Rafael-Chomes-Monteverde.

Del cual se obtienen los siguientes resultados:

3.1. Aspectos poblacionales y de adscripción de las Áreas de Salud:

- Desde el punto de vista geográfico y poblacional, si se separa esta Área de Salud, se constituirían dos Áreas, una con 7.666 habitantes en el año 2010 (con tendencia a decrecer a 6.954 habitantes en el año 2015 y 6.289 habitantes en el 2030), ubicada en el distrito de Puntarenas (con Sede en San Rafael) y otra con una población estimada de 17.429 habitantes en el 2010 y de 18.490 habitantes en el 2015 (20.617 al año 2030), denominada Área de Salud Chomes-Monteverde, con Sede en Chomes.
- Como se aprecia en la descripción anterior, la población tiene una tendencia a disminuir en el tiempo, producto de la reducción del número de nacimientos, disminución de la tasa de fecundidad e incremento en la esperanza de vida al nacer, situación que se observa a nivel nacional.

- Lo anterior obliga a realizar un análisis exhaustivo del caso, incluyendo posibles escenarios y el planteamiento de estrategias con enfoque de red, que deberán ser considerados por la Gerencia Médica, la Dirección de Red de Servicios de Salud, conjuntamente con las autoridades regionales y locales.

3.2. Aspectos de accesibilidad:

- En términos generales, como resultado del análisis de la accesibilidad, se establece que el Área de Salud San Rafael-Chomes-Monteverde, presenta condiciones distintas a las que se observan en la mayoría de las Áreas de Salud del país. Cada sector tiene características particulares y cuando se comparan todos los sectores que constituyen el área, son todos diferentes entre sí. Las sedes de Chomes y de Monteverde se ubican a 41 Km y 82 Km, respectivamente, de la sede San Rafael, que es donde se ubica la mayor cantidad de recursos de apoyo clínico y administrativo del Área de Salud.
- Asimismo, muchas de las comunidades adscritas a las sedes de Chomes y Monteverde, carecen –no sólo de vías de comunicación adecuada - sino de medios de transporte, o bien éstos tienen un alto costo para los usuarios, la mayoría de los cuales presentan una condición socioeconómica desfavorable. Cabe destacar que una condición similar a la de esta Área, la presenta el Área de Salud Peninsular, también de la Región Pacífico Central.

3.3. Aspectos de la producción de servicios y de la red:

- La producción de consultas del Área de Salud San Rafael-Chomes-Monteverde, presenta un comportamiento estable en el período de estudio, con excepción del despacho de medicamentos y exámenes de laboratorio, los cuales se han incrementado de manera significativa, cuando se comparan con el promedio nacional y regional.
- Respecto a las consultas especializadas, cabe recordar que el Área sólo dispone de Radiología y Cirugía General. Sin embargo, lo que predomina son los procedimientos de cirugía menor. También la producción de exámenes radiológicos tiende a disminuir a partir del año 2008.
- Respecto a las listas de espera, destaca la de procedimientos quirúrgicos de Cirugía General, Oftalmología, Urología y Ortopedia.
- Con relación a los egresos hospitalarios que se registraron en el Hospital Monseñor Sanabria, de usuarios provenientes de la población adscrita al Área de Salud, la mayoría se dieron en el servicio de Obstetricia, cuyo diagnóstico principal es la atención de parto y complicaciones del trabajo de parto, seguidos por los egresos del servicio de Cirugía, donde destacan los traumatismos, las enfermedades digestivas (colecistitis, colelitiasis, apendicectomía y hernia) y las del tracto genitourinario (litiasis). En Cirugía Mayor Ambulatoria sobresalen las cirugías del ojo y sus anexos (catarata y enf. de la conjuntiva) y la esterilización. En Medicina destacan las enfermedades cardiovasculares, entre ellas la enfermedad isquémica del corazón, seguida de las enfermedades respiratorias, como neumonía y EPOC. Por su parte, el servicio de Pediatría destaca las enfermedades originadas en el período perinatal, seguidas de las enfermedades respiratorias (neumonía,

bronquiolitis aguda) y traumatismos. En Ginecología las principales causas las ocupan las enf del sistema genitourinario (hemorragia vaginal, enf pélvica inflamatoria, trastorno menstrual, entre otras), seguidas de los tumores (malignos y benignos). Finalmente, en el servicio de Psiquiatría destacan los trastornos mentales de todo tipo, pero destaca el estado depresivo.

- Si se desea plantear el fortalecimiento de los servicios que brinda la Sede San Rafael, deberá tomarse en cuenta que los resultados del análisis del comportamiento de la población adscrita al Área de Salud en el Hospital, indican que dicha población es altamente usuaria de los servicios quirúrgicos. Sin embargo, también deberá considerarse la opinión de las autoridades hospitalarias y de la Jefatura del Servicio de Cirugía, las cuales han indicado que desplazar recurso humanos para la realización de procedimientos quirúrgicos, aún ambulatorios, es más costoso para el Hospital que mantener el recurso centralizado, atendiendo la demanda de toda la región. Consideran que es más fácil y práctico que el especialista en Cirugía General del Área de Salud, se desplace al Hospital, en apoyo de la demanda general de ese centro.
- Otro aspecto a considerar en este sentido, es que la infraestructura actual no dispone de quirófano ni de las condiciones adecuadas para la realización de procedimientos quirúrgicos, así como del recurso humano capacitado, con excepción del Cirujano General. Así, el planteamiento que pudiesen realizar en este sentido, deberá considerar el costo-beneficio del proyecto.

3.4. Aspectos de recurso humano e infraestructura:

- Actualmente el Área de Salud San Rafael-Chomes-Monteverde dispone de un total de 201 funcionarios, de los cuales 108 laboran en la sede San Rafael, 56 en la sede Chomes y 37 en la sede de Monteverde. La mayor parte del equipo de Apoyo del Área se ubica en la sede San Rafael.
- En caso de efectuarse la separación, para el Área de Chomes-Monteverde se requeriría la asignación de algunas plazas, tendientes a fortalecer los servicios de apoyo, tanto clínicos como administrativos, para cerrar las brechas existentes en la actualidad. Esto por cuanto reglamentariamente no se podría trasladar al personal de la sede San Rafael a laborar en la sede Chomes, debido a existen mucho más de 10 Km de un sitio al otro.
- Dichas necesidades de recurso humano e infraestructura, se identificaron mediante un estudio conjunto entre el Equipo Regional y las autoridades del Área de Salud, principalmente de las sedes de Chomes y Monteverde.
- Las principales necesidades de recurso humano en el equipo de apoyo y funciones administrativas, según nivel de prioridad, se describen a continuación:

Cuadro N° 27
Necesidades de recurso humano de apoyo para la conformación del
Área de Salud Chomes-Monteverde, según nivel de prioridad¹. 2008

Descripción	Chomes	Monteverde	Prioridad
Trabajo Social	1	-	1
Nutrición	1	-	1
Bodeguero de Farmacia	1	-	1
Secretaria 1	-	1	1
Encargado de Presupuesto	1	-	1
Jefe de Proveeduría	1	-	1
Jefe Servicios Generales	1	-	1
Técnico en Mantenimiento	1	-	1
Encargado de Cómputo	1	-	1
Recursos Humanos	1	-	1
Encargado de Caja Chica	-	1	1
Validación de Derechos	-	1	1
Vigilancia	-	1	1
Aseo	1	-	1
Subtotal Prioridad 1	10	4	
Secretaria	1	-	2
Bodeguero Proveeduría	1	-	2
Mantenimiento	-	1	2
Vigilancia	1	1	2
Aseo	1	1	2
Subtotal prioridad 2	4	3	

¹ Prioridad 1: necesarias para el inicio de operaciones del Área separada.

Prioridad 2: plazas que deben ser asignadas en el transcurso de la puesta en operación de la nueva Área.

Fuente: Dirección Regional Pacífico Central y sedes Chomes-Monteverde. 2008.

- Cabe destacar que en el período 2006-2009 se han otorgado algunas plazas, con el fin de ir reduciendo las necesidades del recurso humano en las sedes de Chomes y Monteverde, entre ellas:

Cuadro 28
Recurso Humano asignado a las Sedes Chomes y Monteverde. Período 2006-2009

Perfil	Sede Chomes	Sede Monteverde
Asistente de Redes	1	2
Farmacéutico 1 (Sede Chomes-EBAIS Pitahaya)	1	-
Técnico de Salud en Farmacia 1	2	1
Técnico en Administración 3 (Encargado de Compras)	1	-
Secretaria 1	-	1
Asistente Dental Graduado	1	-
Asistente de Laboratorio Clínico 2, Práctico	2	-
TOTAL	8	4

Fuente: Dirección de Presupuesto y Gerencia Médica. Plazas asignadas a Unidades de la Gerencia Médica.. Período 2006-2009.

- En cuanto a infraestructura, ha de considerarse la necesidad de construcción y/o remodelación de algunos servicios, entre ellos:
 - o La construcción de una Bodega de Farmacia y la Proveeduría en la Sede de Chomes.
 - o Remodelación de la oficina del Administrador en la Sede de Chomes.
 - o Construcción del módulo administrativo en la Sede de Monteverde.

3.5. Aspectos económicos:

- La distancia geográfica que hay entre las diferentes sedes que conforman el Área de Salud, encarece los costos de operación, ya que el transporte del personal ha producido un incremento en las partidas de servicios no personales, incluida la de transporte y existen limitaciones para el otorgamiento de los suministros en forma oportuna, lo cual hace el servicio más oneroso.
- Con relación al gasto per cápita simple¹² que se generaría producto de una eventual separación, el Área de Salud Chomes-Monteverde registraría un gasto per cápita inferior al que registró el Área de salud en su conjunto en el año 2007 (57% menos), mientras que si se establece el Área de Salud San Rafael, el gasto per cápita de ésta sería casi igual al que registró el Área en su conjunto en ese mismo año, debido a la poca población de adscripción que tendría esa Área.
- Lo anterior genera la necesidad de valorar la adhesión de la sede San Rafael a otra Área de Salud cercana y el desarrollo de estrategias conjuntas para el beneficio de la población adscrita - ó bien – que la sede San Rafael se convierta en el segundo nivel de atención de un área de adscripción poblacional, de manera que se implementen servicios de salud con enfoque de red, optimizando y racionalizando los recursos institucionales.
- Por esta razón, se identifica una situación hipotética mediante la cual, la sede San Rafael se adiciona al Área de Salud de Chacarita, estableciendo el Área de Salud Chacarita-San Rafael, cuyo gasto per cápita sería inferior al que registraría el Área San Rafael como una sola unidad.
- Queda pendiente valorar la formulación de un proyecto regional y local, el cual, eventualmente plantearía el fortalecimiento de la atención con visión de la red de servicios de salud.

3.6. Posibles escenarios para la separación del Área de Salud San Rafael-Chomes- Monteverde:

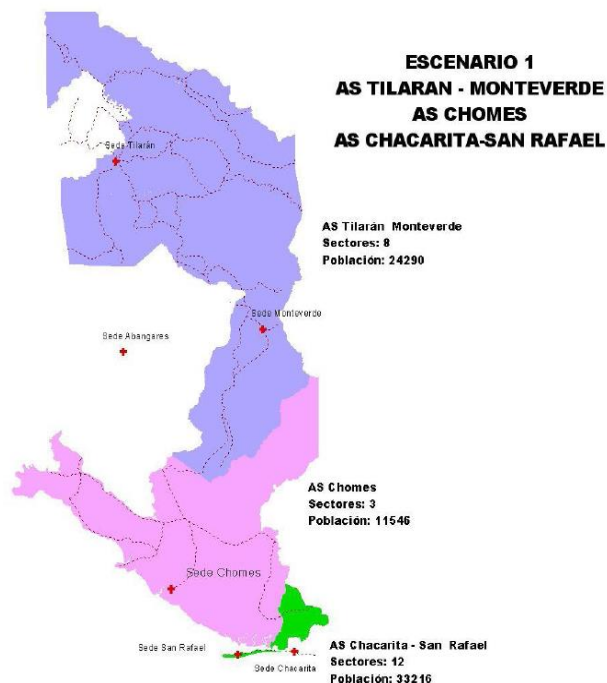
- Ante la situación que se presentaría en caso de que, como resultado de la separación del Área Chomes-Monteverde de la sede San Rafael, esta última conformaría un Área de Salud con una población muy pequeña (aprox. 7.666 habitantes, con tendencia a decrecer en los próximos años), se procedió a realizar un análisis, considerando las Áreas de Salud colindantes con el Área San Rafael-Chomes-Monteverde, incluyendo algunas que pertenecen a la Región Chorotega, como lo son el Área de Salud Tilarán y el Área de Salud Abangares, estableciendo tres escenarios.
- Para ello, se utilizaron los siguientes criterios:
 - a) la continuidad geo-espacial,
 - b) la red vial y otras vías de acceso,
 - c) la conformación de los sectores con su respectiva población (con estimaciones al año 2010) y
 - d) la relación habitantes/sector/EBAIS.

Escenario 1: incluye la posibilidad de conformar tres Áreas:

- o **Área de Salud Tilarán-Monteverde: 8 sectores, 23.446 habitantes**
- o **Área de Salud Chomes: 3 sectores, 9.835 habitantes**
- o **Área de Salud San Rafael-Chacarita: 12 sectores, 23.222 habitantes**

- Incorpora al Área de Salud de Tilarán (6 sectores y 17.175 habitantes), los sectores correspondientes a Monteverde (2 sectores con una población estimada de 6.271 habitantes), conformando el Área de Salud Tilarán-Monteverde. El Área de salud de Tilarán es colindante con el sector de Monteverde y una parte de la población de la primera, accede a los servicios de salud en la sede Monteverde.

- Se crearía una nueva Área de Salud denominada Chomes, con un total de 3 sectores y una población de 9.835 habitantes.
- Finalmente, se incorpora al Área de Salud de Chacarita (tiene 8 sectores y 15.556 habitantes), los sectores correspondientes a la sede San Rafael (4 sectores con 7.666 habitantes), integrando el Área de Salud San Rafael-Chacarita, con un total de 12 sectores y una población estimada de 23.222 habitantes (año 2010).



Las principales desventajas de este escenario son:

- La ubicación de la sede del Área y del equipo de apoyo en el Área Tilarán-Monte Verde, ya que tendría que desplazarse una distancia considerable para apoyar la prestación de servicios clínicos y administrativos a la población, presentando una situación similar a la actual.
- El Área de Chomes quedaría conformada con poca población, lo cual incidiría en el incremento del gasto per cápita y otros servicios, situación similar a la del Área San Rafael.

Escenario 2: conformación de dos Áreas:

o **Área de Salud Chomes-Monte Verde: 5 sectores, 16.106 habitantes.**

o **Área de Salud San Rafael: 4 sectores, 7.666 habitantes.**

- El Área de Salud Chomes-Monte Verde estaría integrada por los 3 sectores que componen la sede Chomes, con una población 9.835 habitantes y los 2 sectores de Monte Verde, con una población de 6.271 habitantes, por lo cual se conformaría el Área de Salud con un total de 5 sectores y una población total de 16.106 habitantes.

- Además, producto de la separación del Área, se conforma el Área de Salud San Rafael, con un total de 4 sectores y una población de 7.666 habitantes, pero con una tendencia a disminuir su población adscrita en el tiempo (6.289 habitantes en el año 2030). Cabe recordar que la población que atienden las sedes de Chomes y Monteverde, constituyen el 68% de la población total del Área de Salud actual.



La principal **desventaja** de este escenario la presenta esta última situación, por cuanto:

- La nueva Área de Salud San Rafael tendría una población de adscripción directa muy baja, con tendencia a continuar decreciendo en los próximos años;
 - la sede San Rafael dispone de más de 100 funcionarios y una infraestructura que quedarían ociosos, si no se plantea el desarrollo de otras estrategias para el fortalecimiento de la prestación de servicios con enfoque de red de servicios de salud;
 - en su conjunto, los aspectos enunciados anteriormente, implicarían un incremento en el gasto per cápita de la nueva Área de Salud, lo cual atenta contra de la política de asignación y uso racional de los recursos institucionales.
- En razón de lo anterior, si se decide implementar este escenario, deberá considerarse la ejecución de estrategias para la definición del área de adscripción de la nueva Área de salud San Rafael, de manera que las estrategias y actividades que se definan, incluyan la población de otras Áreas de Salud vecinas, principalmente en la prestación de servicios complementarios y consulta especializada, concordante con el perfil demográfico y epidemiológico de la zona.

Escenario 3: Integración de dos Áreas de Salud:

- **Área de Salud Chomes-Monteverde: 5 sectores, 16.106 habitantes**
- **Área de Salud San Rafael-Chacarita: 12 sectores, 23.222 habitantes**

- El Área de Salud Chomes-Monte Verde estaría conformada tal y como se describe en el escenario 2, con un total de 5 sectores y una población total de 16.106 habitantes.
- Por su parte, el Área de Salud San Rafael-Chacarita, estaría integrada por 12 sectores y una población de 23.222 habitantes (año 2010).
- A continuación se muestra el diagrama con la conformación geográfica de las Áreas de Salud, según el escenario propuesto.



- Como se puede observar, la distribución poblacional en este escenario, es más equilibrada en cuanto al volumen poblacional asignado a cada área.
- Además, el gasto per cápita simple de cada una de las dos nuevas Áreas de Salud, sería menor al que presenta en Área de Salud actual (¢ 96.633,33), partiendo de una situación hipotética en la cual se mantienen las condiciones actuales en cuanto a población adscrita, asignación y ejecución presupuestaria. Conociendo que el gasto per cápita de Chacarita fue de ¢ 74 371,82, en el año 2007, si se adiciona San Rafael el gasto per cápita de la nueva Área de Salud Chacarita-San Rafael, sería de ¢ 85.030.62, el cual es inferior al gasto per cápita de Área de Salud San Rafael, mientras que el Área Chomes-Monte Verde registraría un gasto per cápita de ¢ 55.326,67
- Por otra parte, se conoce que el Área de Salud de Chacarita tiene déficit de recurso humano en los servicios de apoyo administrativo, lo cual se podría solventar con la adición de la sede San Rafael a esta Área de Salud. Una situación similar podría ocurrir con los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento que dispone la sede San Rafael, como Radiodiagnóstico y el programa de Fisiatría.

- Respecto al tema de la desconcentración, es criterio de la instancia técnica competente, que la Caja tiene la facultad de conjuntar o fusionar dos áreas de salud-una desconcentrada con una no desconcentrada o viceversa. Ante ello, se estaría creando una nueva Área de Salud con condiciones diferentes, para lo cual se deberá determinar si la nueva área de salud sería o no desconcentrada, para lo cual deberá ser objeto de estudio.
- Con base en lo descrito anteriormente, la **principal limitación** de este escenario, radica en la necesidad de valoración y conciliación entre autoridades locales y regionales, respecto a la definición de la sede del Área de Salud y algunos aspectos inherentes a recursos humanos, tales como la identificación de los funcionarios que fungirán como Director y Administrador de la nueva Área de Salud.

RECOMENDACIONES:

1. Efectuar la separación del Área de Salud San Rafael-Chomes-Monteverde, con la consecuente conformación del Área de Salud Chomes-Monteverde.
2. Es criterio técnico de esta Dirección, que el mejor escenario es el que propone la conformación del Área de Salud Chomes-Monteverde y el Área de Salud Chacarita-San Rafael.
3. Que la definición de la conformación o no del Área de Salud San Rafael o, en su defecto, la adscripción de la población de la sede San Rafael a otra Área, como Chacarita, se realice tomando en cuenta lo descrito en este informe, además del estudio que está realizando la autoridad regional y local.
4. Si se realiza la separación del Área de Salud, deberá realizarse una valoración, a fin de identificar la clasificación que le corresponde a largo plazo al Área de Salud Chomes-Monteverde y a la sede San Rafael, en el entendido de que esta última deberá tener una mayor adscripción poblacional.
5. En caso de que se apruebe la separación del Área de Salud, con la consecuente conformación de nuevas Áreas, la instancia técnica institucional competente debe realizar un estudio, a fin de valorar la pertinencia o no de otorgar el grado de desconcentración a las nuevas Áreas conformadas.

RECOMENDACIÓN

La Gerencia Médica, presenta los resultados del Estudio Factibilidad sobre la separación del sector Chomes, del Área de Salud San Rafael-Chomes-Monteverde y recomienda:

1. Dar por recibido el informe presentado por la Gerencia Médica mediante oficio GM-SJD-5000-2014, del 31 de marzo de 2014.
2. Aprobar la propuesta de separación del Área de Salud San Rafael – Chomes – Monteverde, y conformar 2 Áreas de Salud; en donde el Área de Salud Chomes-Monteverde sería Tipo 1 y estaría conformada por 5 sectores (Chomes, Pitahaya, Manzanillo, Monteverde y Guacimal) y una población adscrita de 18.713 habitantes; por otra parte el S Área de Salud San Rafael, que estaría denominada como Tipo 3,

conformada por 4 sectores (El Cocal, Las Playitas, Estadio y Barrio El Carmen) y con una población de 9.335 habitantes directos e indirectos de 101.995 habitantes provenientes de las Áreas de Salud de: Chomes-Monterverde, Peninsular, Esparza, Chacarita, Barranca.

3. Instruir a las Gerencias para que faciliten las condiciones requeridas para la puesta en operación de la propuesta aquí aprobada, según corresponda”,

habiéndose hecho la respectiva presentación y con base en la recomendación de la señora Gerente Médico, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA:**

- 1) Dar por recibido el informe presentado por la Gerencia Médica mediante el citado oficio número GM-SJD-5000-2014.
- 2) Aprobar la separación del Área de Salud San Rafael – Chomes – Monteverde, y conformar un Área de Salud denominada Área de Salud Chomes-Monterverde, Tipo 1, que estará conformada por cinco sectores (Chomes, Pitahaya, Manzanillo, Monteverde y Guacimal) y una población adscrita de 18.713 (dieciocho mil setecientos trece) habitantes.
- 3) El Área de Salud San Rafael conservará su clasificación como Tipo 2, conformada por cuatro sectores (El Cocal, Las Playitas, Estadio y Barrio El Carmen) y con una población de 9.335 (nueve mil trescientos treinta y cinco) habitantes directos e indirectos de 101.995 (ciento un mil novecientos noventa y cinco) habitantes provenientes de las Áreas de Salud de: Chomes-Monterverde, Peninsular, Esparza, Chacarita, Barranca.
- 4) Aprobar la reasignación de los puestos del Técnico Trabajo Social a Jefe Gestión Trabajo Social y del Profesional 1 a Administrador de Área de Salud, con el objetivo de que se ubiquen en el Área de Salud Chomes-Monterverde.
- 5) Instruir al Área de Salud de San Rafael para que brinde el apoyo logístico al Área de Salud Chomes-Monterverde.
- 6) Instruir a la Gerencia Médica para que, en un plazo de seis meses, presente un estudio de los resultados obtenidos con la separación aprobada como insumo para la toma de decisiones, para el fortalecimiento del Área de Salud Chomes-Monterverde.
- 7) Instruir a la Gerencia Médica para que realice las coordinaciones intergerenciales que, en derecho correspondan, para la implementación de lo aquí acordado.

Sometida a votación la moción para que lo resuelto se adopte en firme es acogida unánimemente. Por lo tanto, los acuerdos se adoptan en firme.

Ingresa al salón de sesiones los doctores Roberto Cervantes Barrantes, Director del Hospital San Vicente de Paul y quien formó parte del grupo interventor; la doctora Evelyn Morales López, Directora, el licenciado Gilberth Garro Jara, Director Administrativo Financiero, y el doctor Vega del Hospital San Francisco de Asís de Grecia.

ARTICULO 24°

La doctora Villalta Bonilla, en relación con el oficio número GM-SJD-5001-2014, fechado 31 de marzo del año 2014, por medio del que se presenta el informe referente a la intervención Hospital San Francisco de Asís (*decretada en el artículo 2° de la sesión N°8612*), señala que la doctora Morales hará la exposición respectiva.

La doctora Morales López, con base en las siguientes láminas, presenta el Tercer Informe de Intervención del Hospital San Francisco de Asís:

- 1) III Informe de Intervención
Hospital San Francisco de Asís.
- 2) Área Médica
 - Listas de espera de Consulta externa y Procedimientos Quirúrgicos.
 - Emergencias.
 - Próximos pasos.
 Área Administrativa.
 - Infraestructura.
 - Equipo Médico.
 - Presupuesto.
 - Pendientes.
- 3) Consulta Externa - Listas de espera (gráfico):

ANTES DE LA INTERVENCIÓN	HOY
No se evidenció gestión en el mejoramiento	Depuración de agendas, tele dermatología, ingreso de especialistas.

- 4) Consulta Externa - Debilidades de Control Interno:

Antes de la intervención:

- Falta control en agendas.
- Metodología inadecuada para asignación de citas.
- Ausencia de manual funcionamiento y organización.
- Ausencia de organigramas.
- Inadecuada programación y distribución del tiempo de especialistas.
- Desaprovechamiento de la jornada contratada.
- Ausencia de coordinación.

Falta de rendición de cuentas y evaluación de resultados.

5) Consulta Externa – Cambios de Control Interno (gráfico):

HOY.

- Se cambia la Jefatura de Consulta Externa.
- Se realiza el manual de funcionamiento basados en la guía de gestión de la Consulta Externa emitida por la Gerencia Médica.
- Análisis y redistribución del tiempo contratado.
- Se delegan responsabilidades a coordinadores: medición de producción e indicadores y rendición de cuentas periódicas.

6) Procedimientos quirúrgicos (gráfico):

ANTES DE LA INTERVENCIÓN	HOY
- Falta de control de agendas - Ausencia de supervisión de producción quirúrgica	- Planificación en la programación - Coordinador intra-hospitalario

7) Emergencias.

Antes de la intervención.

- Inadecuada gestión de la coordinación.
- Ausencia de sistema de clasificación de pacientes.
- Inexistencia de análisis de datos sobre la producción del servicio.
- Inobservancia del registro de elegibles.
- Problema para nombramientos y pago de los mismos.
- Inadecuada administración de los activos.
- No había horario establecido de visitas.
- Ausencia de control en el ingreso al servicio.
- Problemas interpersonales y de trabajo en equipo (Brecha Generacional).
- Mala comunicación con primer nivel de atención.

8) Emergencias

Hoy.

- Cambio de la coordinación con cobertura en el primer y segundo turno.
- Clasificación de pacientes con el sistema de Triage
- Implementación de un sistema que permite evaluar a los funcionarios nuevos que ingresan al servicio.
- Se realizó estudio para actualización según prioridades, idoneidad y antigüedad del staff.
- Actualización base de datos y estado de pago de los funcionarios.
- Se estableció horario de visitas y control de ingresos.
- Se realizó:

- Inventario y control de activos.
- Actividades para fortalecer el trabajo en equipo.
- Acercamiento y coordinación con las diferentes Áreas de Atracción
- Se implementó proceso de medición y rendición de cuentas.

9) Próximos pasos en el Área Médica:

➤ Mantener los logros alcanzados!
➤ Fortalecer Coordinaciones y jefaturas de Servicio.
➤ Afianzar el Trabajo en Equipo.
➤ Contratación de un médico especialista en ORL
➤ Fortalecer Servicios de Apoyo: REDES, Rayos X, Laboratorio y Enfermería.
➤ Dar sostenibilidad al desarrollo en sistemas de información que apoyen la gestión gerencial.
➤ Retomar el estudio de demanda para establecer capacidad resolutive del Hospital (Dirección Proyección Servicios de Salud)
➤ Fortalecer la gestión de las Áreas de Salud adscritas a este Centro para que la atención de los usuarios sea oportuna, disminuyendo así el impacto sobre el funcionamiento del Hospital.
➤ Dar seguimiento al organigrama funcional establecido durante la Intervención.
➤ Dar continuidad a los programas de mejora de la calidad y calidez en beneficio del usuario interno y externo.

10) Área Administrativa.

- Infraestructura.
- Equipo Médico.
 - Presupuesto.
 - Pendientes.

11) Infraestructura:

Primer paquete de proyectos aprobados para ser ejecutados en el 2014 con el (FRI):

1. Readequación de Sistema de Dotación de Agua Potable ¢60.0 Millones de colones.
2. Sistema de Seguridad Eléctrica (pararrayos) ¢39.0 Millones de colones.

3. Segunda fase de Programa Combate Contra Incendios se cuenta consiste en detectores de humo y rociadores se tiene el financiamiento de ¢98.0 Millones de colones.

Otros proyectos que se deben desarrollar requieren del financiamiento del (FRI):

1. Readecuación de Área de Quirófanos y Servicio de Urgencia ¢250.0 Millones de colones.
2. Readecuación de entrada principal ¢130.0 Millones de colones.
3. Readecuación de Talleres del Servicio de Ingeniería y Mantenimiento ¢150.0 Millones de colones.
4. Readecuaciones de Ventanales de pabellones de hombres y mujeres, área antigua ¢42.0 Millones de colones.

12) Equipamiento Médico

Primer paquete de proyectos aprobados para ser ejecutados en el 2014 por medio de la Dirección de Arquitectura e Ingeniería:

Equipo	Cantidad	Precio estimado
Electro bisturí con sellador vascular	1	\$35,000,00
Microscopio quirúrgico para ORL con monitor de video	1	\$69,757,00
Central de Monitoreo para 4 pacientes	1	\$57,330,,00
Esterilizadora vertical	1	\$102,368,00
Torre de Video para Endoscopio Flexible	1	\$28,982,00
Reveladora de placas de Rayos Equis	1	\$18.000,00
Colposcopio ginecológico	1	\$20.000,00
Unidad Electrocirugía de Alta Frecuencia con tanque de Argón	1	\$20.000,00
TOTAL DE INVERSIÓN		\$351,437,00

13) Ejecución presupuestaria 2013

GRUPO PARTIDA	ASIGNACION 2013	GASTO AÑO 2013	% EJEC.
Servicios personales			
Partidas fijas	7.274.851.631,53	7.102.815.357,14	97,64%
Partidas variables	2.196.586.700,00	2.037.868.163,50	92,77%
Serv. no personales	562.893.570,00	528.175.110,37	93,83%
Mater. suministros	612.079.500,00	576.510.646,44	94,19%
Equipamiento	159.100.000,00	146.574.976,83	92,13%
Desembolsos financieros	155.000,00	151.437,00	97,70%
Cargas sociales	1.202.718.718,10	1.160.827.348,96	96,52%
Subsidio ayuda económica	997.264.691,03	938.874.549,78	94,14%
Otras transferencias	446.201.290,33	446.201.290,33	100,00%
TOTAL EFECTIVO	13.451.851.100,99	12.937.998.880,35	96,18%
No efectivo			
Mater. suministros	1.232.600.000,00	1.172.436.008,79	95,12%
Cargas sociales	817.173.547,00	782.516.565,05	95,76%
Depreciaciones	142.000.000,00	135.861.853,80	95,68%
TOTAL NO EFECTIVO	2.191.773.547,00	2.090.814.427,64	95,39%
TOTAL	15.643.624.647,99	15.028.813.307,99	96,07%

14) Ejecución presupuestaria 2014

GRUPO PARTIDA	ASIGNACION 2014	RESERVAS	GASTO	SALDO DISPONIBLE	% EJEC.
Servicios Personales					
Partidas fijas	7.132.665.021,36	0,00	1.731.431.570,31	5.401.233.451,05	24,27%
Partidas variables	2.135.948.300,00	0,00	346.647.490,59	1.789.300.809,41	16,23%
Serv. no personales	451.860.200,00	86.651.372,09	116.559.481,14	248.649.346,77	44,97%
Mater. suministros	718.991.000,00	407.712.571,61	154.197.685,56	157.080.742,83	78,15%
Equipamiento	60.300.000,00	5.344.845,29	3.726.000,00	51.229.154,71	15,04%
Cargas sociales	1.192.053.900,00	0,00	276.158.979,15	915.894.920,85	23,17%
Subsidio ayuda económica	814.500.000,00	18.039.611,73	155.040.625,49	641.419.762,78	21,25%
Otras transferencias	40.380.879,45	0,00	3.974.615,94	36.406.263,51	9,84%
TOTAL EFECTIVO	12.546.699.300,81	517.748.400,72	2.787.736.448,18	9.241.214.451,91	26,35%
NO EFECTIVO					
Mater. suministros	2.210.200.000,00	0,00	96.607.063,34	2.113.592.936,66	4,37%
Cargas sociales	794.340.700,00	0,00	176.196.841,25	618.143.858,75	22,18%
Depreciaciones	132.000.000,00	0,00	12.469.081,12	119.530.918,88	9,45%
TOTAL NO EFECTIVO	3.136.540.700,00	0,00	285.272.985,71	2.851.267.714,29	9,10%
TOTAL	15.683.240.000,81	517.748.400,72	3.073.009.433,89	12.092.482.166,20	22,90%

- 15) Facturación y recuperación cobros por atención médica mediante trámites al Instituto Nacional de Seguros (INS), Asegurados por el Estado, Trabajadores independientes y Patronos morosos
Período 2013/2014

Origen de cobro	No. de casos	Monto	Recuperado	Pendiente de pago
Accidentes de Tránsito (MIFRE)	702	€164.409.193,0	€91.102.001,0	73.307.192,0
Riesgos Profesionales (MIFRE)	1.350	126.283.847,3	126.283.847,3	0,0
Pagos directos de No Asegurados	116	4.228.443,3	4.228.443,3	0,0
Asegurados con cargo al Estado (*)	9.259	779.659.904,5	0,0	779.659.904,5
Patronos Morosos Remitidos a la Sucursal (**)	1463	144.572.482,0	85.785.391,0	58.787.091,0

- 16) Pendientes.

DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	Proyecto
Mejora en Infraestructura y equipamiento	➤ Readecuación de Servicio de Nutrición
	➤ Readecuación de Proveeduría y Bodega de Farmacia.
	➤ Readecuación de Laboratorio Clínico
	➤ Readecuación área central del hospital, salas de espera y baterías de servicios sanitarios
	➤ Readecuación de entrada principal
	➤ Readecuación de Talleres de mantenimiento
	➤ Readecuación de quirófanos y área de emergencias
	➤ Ventanales y mejoras de áreas de hospitalización hombres y mujeres
	➤ Readecuación de la acometida eléctrica
	➤ Mantener y consolidar la programación del equipamiento establecido hasta el 2017

17) VIDEO
Percepción de la Intervención.

18) Propuesta de acuerdo:

19)

La Junta Directiva una vez realizada la presentación por parte de la Gerencia Médica sobre el Informe de la Comisión Interventora del Hospital San Francisco de Asís, **ACUERDA:**

- Dar por recibido el informe de la intervención del Hospital San Francisco de Asís presentado por la Gerencia Médica mediante oficio GM-SJD-5001-2014, del 31 de marzo de 2014.
- Proceder a dar por terminado el proceso de intervención del Hospital San Francisco de Asís y por ende dar por atendidos los acuerdos del artículo 2 de la sesión N°8612 y el artículo 1 de la sesión N°8681.

20)

- Nombrar interinamente a la DRA. EVELYN MORALES LOPEZ, como Directora Médica del Hospital San Francisco de Asís, hasta el 08 de mayo del 2013 inclusive. Además de las potestades y facultades inherentes al cargo, se le confieren a la DRA. EVELYN MORALES LOPEZ, las potestades y obligaciones atribuidas al director del órgano desconcentrado, en el artículo 25° de la sesión No. 7606 celebrada el 6 de diciembre del 2001, para los efectos del marco de la desconcentración creado con base en la Ley No. 7852 y su Reglamento. Queda debidamente autorizada la señora Gerente Médica para extender el poder general con límite de suma dispuesto en el citado acuerdo y la Dirección Jurídica de la Caja para proceder a formalizar lo que corresponda, conforme con los procedimientos legalmente establecidos.
- Instruir a la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Norte para que proceda al monitoreo correspondiente de dicho centro médico por períodos de cada seis meses, con el objetivo de garantizar que el Nosocomio mantenga el comportamiento de mejora que ha presentado posterior al proceso de intervención.

Señala el Director Fallas Camacho que, en la propuesta de acuerdo, agregaría que la Junta Directiva agradece a la Comisión Interventora el empeño que ha puesto en su gestión.

Agrega la Directora Solera Picado que le parece que también se debe agradecer a la comunidad el apoyo que ha dado a la gestión del equipo interventor.

El licenciado Alfaro Morales indica que un tema que debe considerarse es qué pasa con la gente que se incorporó en el proceso de intervención, porque hay gente que se queda ahí y otra que se traslada. Es un asunto que debe analizar la Gerencia Médica.

Por consiguiente, se tiene a la vista el oficio número GM-SJD-5001-2014, del 31 de marzo del año 2014, firmado por la Gerente Médica, que en adelante se transcribe, en lo conducente y por medio del que se presenta el informe referente a la intervención Hospital San Francisco de Asís:

“RESUMEN EJECUTIVO

La Gerencia Médica ha recibido el Informe de la intervención suscrito por el Equipo Interventor del Hospital San Francisco de Asís, conformado por los señores Dra. Evelyn Morales, Directora Médico a.i., MBA. Gilberth Garro Jara, Director Administrativo Financiero, MSSS. William Vargas Chaves, Contratación Administrativa y Dr. Hernán López Salas, Asistente de Dirección.

ANTECEDENTES

1. Que la Junta Directiva mediante acuerdo tomado en el artículo 2 de la sesión N° 8612 celebrada el día 27 de noviembre del 2012, ordenó la intervención del Hospital San Francisco de Asís.
2. Que la Junta Directiva en el artículo 1 de la sesión N° 8681 del 25 de noviembre del 2013, acordó:

“ARTICULO 1°

Oficio N° GM-SJD-45613-2013 de fecha 25 de noviembre del año 2013: presentación segundo informe intervención Hospital San Francisco de Asís, Grecia (2°, 8612).

Por tanto, teniendo a la vista el oficio N° GM-SJD-45613-2013, de fecha 25 de noviembre del año 2013, que suscribe la señora Gerente Médico que, en adelante, se transcribe en lo conducente: (...)

la Junta Directiva, de conformidad con la recomendación de la Gerencia Médica, en el citado oficio número GM-SJD- 45613-2013 –en forma unánime- acuerda:

- a) Proceder a la prórroga del proceso de intervención del Hospital San Francisco de Asís hasta por seis meses, de manera que permita completar, a la Comisión Interventora actual, el ordenamiento pretendido en el citado Hospital.*
- b) La Comisión Interventora deberá presentar informes sobre la gestión realizada, al final de los seis meses a la Junta Directiva, es decir, en abril del año 2014.”*

ACCIONES

En este sentido, se procede a presentar el tercer informe de las acciones realizadas a este nivel, en atención a lo instruido en los acuerdos No.2 de la sesión 8612 del día 27 de noviembre del 2012 y No.31 de la sesión 8699 del 06 de marzo de 2014; en los que se decidió iniciar con el proceso de intervención del Hospital San Francisco de Asís.

El documento a presentar es complemento de los informes emitidos en los meses de Abril y noviembre del año 2013; donde es necesario recalcar lo indicado anteriormente, sobre el hecho de que la gestión de este centro se ha visto inmersa en un entorno inicial de protesta pública, de movimientos realizados por los ciudadanos denunciando y exigiendo; un clima laboral hostil que obstruía el manejo del Centro.

Dentro de los principales logros, destaca el cambio en la percepción de los usuarios internos y externos del Centro; igualmente a nivel de infraestructura y equipos, es importante referir que los techos totalmente herrumbrados, las paredes sin pintar, los catres en mal estado, los salones con hacinamiento dieron paso a techos nuevos, a pasadizos con acrílico, a pintura en todo el edificio, a camas nuevas y a ampliación de pabellones. Los equipos en mal estado se cambiaron, sobre todo hubo una intensificación en el trabajo y más especialización de los procedimientos.

Quedan planteados proyectos como la nueva entrada del Hospital, el tanque para reserva de agua, nuevos parqueos y otros.

A continuación se realiza una síntesis de los logros obtenidos según servicio, mismos que se detallan ampliamente en el informe adjunto.

a) Respetto de los resultados obtenidos en el Servicio de Consulta Externa

El proceso de intervención de la consulta externa se fundamentó en la Guía para Gestión de los Servicios de Consulta Externa, suscrito en circular **GM-9596-4** del 25 de junio del 2013. Este análisis se basó principalmente en aspectos de organización, planificación, supervisión y coordinación de este servicio.

ANTES DE LA INTERVENCIÓN	DURANTE LA INTERVENCIÓN
<ol style="list-style-type: none"> 1. No se evidenció gestión alguna en el mejoramiento de las Listas de espera de las diferentes disciplinas, principalmente: dermatología, ORL, Ortopedia, US, Gastroscopias. No existen alianzas estratégicas con el fin de impactar listas de espera, tales como aumento en el horario de atención o nuevas modalidades de atención. 2. Debilidades de control interno. 3. No existía un control sobre la programación. Las agendas se abrían y cerraban sin el aval de la jefatura de consulta externa. Metodología para asignación de citas: se daban a cupo o espera de ausente. No existía un parámetro por servicio de altas estimadas anualmente. 4. No se disponía del manual de funcionamiento y organización. No dispone de organigramas. Inadecuada distribución funcional. 5. Establecimiento de metas no acorde con la demanda. 6. Ausencia de criterios razonables, uniformes y medibles, necesarios para realizar una adecuada programación y distribución del tiempo contratado a los especialistas. 7. Desaprovechamiento de la jornada contratada. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se inició con el proceso de depuración de agendas en las diferentes especialidades. 2. Se inició la consulta de tele dermatología, para disminuir la lista de espera en esta especialidad. 3. Se gestionó ante la Gerencia Médica la necesidad de contar con más especialistas, ingresó un radiólogo, un dermatólogo, un cirujano general, una cirujana pediatra, un gastroenterólogo un geriatra, un pediatra, un anestesiólogo. 4. Se cambia la Jefatura de Consulta Externa, con el fin de revisar, evidenciar y mejorar cada uno de los procesos que competen la gestión de esta jefatura. 5. Se realiza el manual de funcionamiento basados en la guía de gestión de la Consulta Externa emitida por la Gerencia Médica. Se elaboran organigramas. 6. Se establecen metas por servicios y especialidades acordes con la producción actual del servicio. 7. Se establece un equipo de trabajo responsable de establecer criterios para una adecuada programación. 8. La jefatura de consulta externa realiza un análisis del tiempo contratado por los diferentes especialistas, además, de la producción por médico, estableciendo un ordenamiento para un mejor aprovechamiento de la jornada contratada. Lo cual

ANTES DE LA INTERVENCIÓN	DURANTE LA INTERVENCIÓN
<p>8. Escasa programación en la consulta, lo que podría estar generando una sub utilización en la oferta médica especializada.</p> <p>9. No existe coordinación con las diferentes jefaturas y/o coordinadores de servicios médicos y no médicos.</p> <p>10. No existe análisis situacional con el fin de establecer metas y lineamientos estratégicos.</p> <p>11. No se evidencia un análisis de la oferta actual.</p> <p>12. No existe análisis de la capacidad instalada. Ni porcentajes de utilización de los consultorios</p> <p>13. No existe un procedimiento de rendición de cuentas respecto a la producción lograda, cumplimiento de metas, inconvenientes evidenciados de manera particular que afectaran a la consulta externa, medidas correctivas o planes de mejora para ser ejecutados en diferentes períodos.</p>	<p>evidenció que en algunas especialidades había listas de espera importantes y con una producción diaria muy baja. Al corregir esta situación mejoró la producción diaria de consulta externa y disminuyeron las listas de espera.</p> <p>9. Se establecieron responsabilidades con los diferentes coordinadores y jefaturas de servicio, para un empoderamiento en toma de decisiones y priorización de referencias que se generan en el día a día en este servicio.</p> <p>10. Se realiza un análisis de la oferta y demanda actual. En donde se establecen prioridades respecto a la producción, porcentajes de altas, pacientes atendidos por hora y además se realiza un proceso de visitas a las Áreas de Salud donde se presenta el manual de funcionamiento y organización y los protocolos de referencia y contra referencia de cada una de las especialidades.</p> <p>11. Dentro de las responsabilidades delegadas a cada coordinador se encuentra un proceso de medición de producción e indicadores y rendición de cuentas periódico.</p>

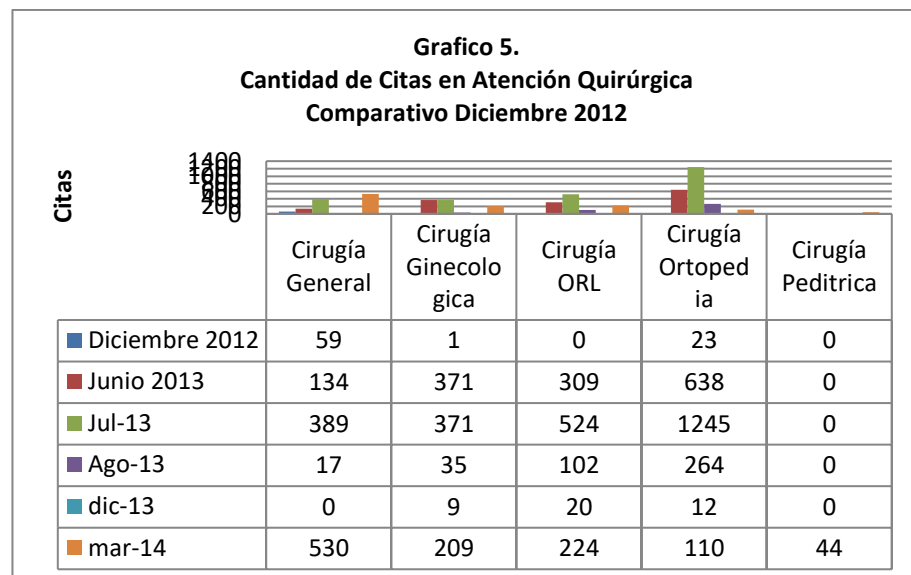
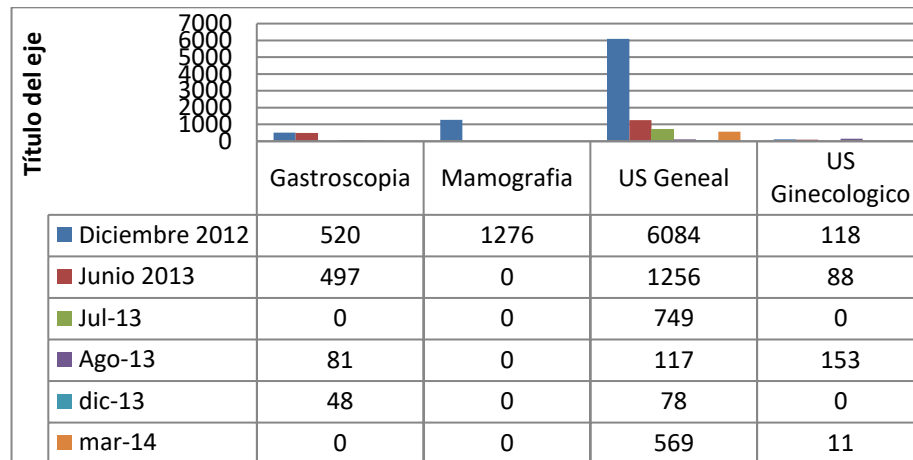
**b) Respetto de los resultados obtenidos
En la atención de las Listas de Espera del Centro**

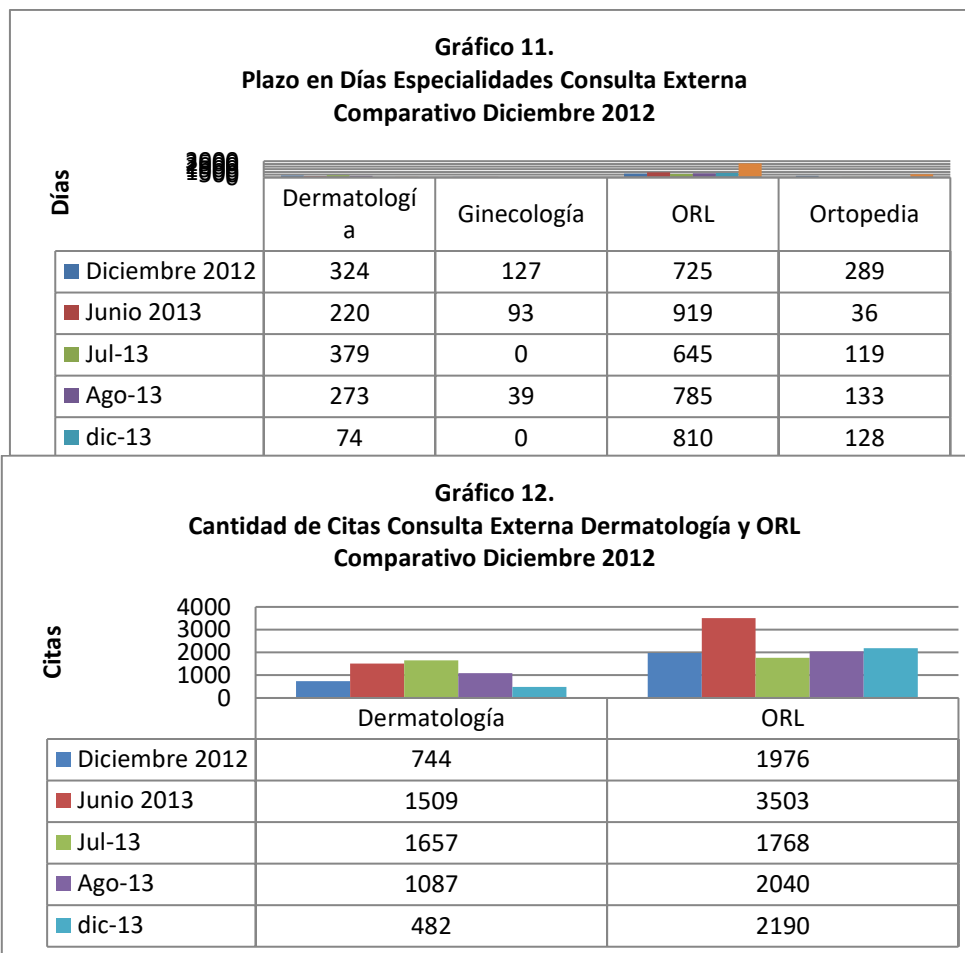
Al inicio de la intervención no existía un grupo gestor de listas de espera, proceso que se llevaba únicamente por parte del servicio de REDES, y donde no se realizaba ninguna gestión, solamente se recopilaba y enviaba la información correspondiente a los cuadros 21, 22 y 79. (Procedimientos, Consulta Externa y Cirugías).

Como parte de la revisión y análisis de los procesos propios de la intervención de la Consulta Externa se consolidó un equipo que gestiona, analiza y coordina lo relacionado a listas de espera.

El proceso de intervención en Listas de Espera se fundamentó en establecer procesos de gestión y mejoramiento sobre listas de espera de Consulta por Especialidad, Procedimientos e Intervenciones Quirúrgicas; correspondientes a los diferentes establecimientos pertenecientes al Hospital San Francisco de Asís con el fin de reducir los tiempos de espera de los beneficiarios para su atención mediante una adecuada gestión de la demanda tipificada. Establecer criterios de evaluación y control de la gestión de lista de espera. Dotar a los usuarios, de un conjunto de herramientas y técnicas que posibiliten obtener indicadores para la gestión. Análisis mensual de las principales bases de datos de listas de espera del HSFA. Remitir a las instancias correspondientes los informes mensuales del análisis de los cuadros estadísticos 21-22-79 obtenidos de los registros del SIIS y otros.

**Comportamiento de Listas de Espera Hospital San Francisco de Asís
Diciembre 2012 a Marzo del 2014**





- c) Respetto de los resultados obtenidos en el Servicio de Emergencias

ANTES DE LA INTERVENCIÓN	DURANTE LA INTERVENCIÓN
<ol style="list-style-type: none"> 1. El Servicio de Emergencias del Hospital San Francisco de Asís, es una de las áreas con mayor susceptibilidad en lo que respecta a la atención de usuarios y manejo del personal. 2. El personal muy cambiante, médicos jóvenes y nuevos y a la vez se tienen médicos con bastante antigüedad, con diferentes problemas. 3. No se contaba con una coordinación definida del servicio. 4. No se respetaba el registro de elegibles de los funcionarios a la hora de las contrataciones. 5. Inadecuada administración de los activos. 6. No existía sistema de clasificación de pacientes en el servicio. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Una vez iniciado el proceso de intervención se procedió a reorganizar el servicio. Se cambió la coordinación. 2. Se ejecutó una revaloración del personal y se inició con la implementación de un sistema que permita evaluar los funcionarios que ingresan al Servicio a través de rotaciones voluntarias previamente a la elección, con la finalidad de valorar actitudes de acuerdo a la necesidad del mismo. 3. Actualmente se cuenta con coordinador en el primer y segundo turno. 4. Se solicitó a recurso humanos un estudio para actualización de acuerdo a las prioridades, idoneidad y antigüedad de cada de los funcionarios, asimismo se abrió la posibilidad de espacio para gestión de capacitaciones

7. No había horario establecido de visitas en Observación, no existía control de las personas que ingresaban a este servicio.	5. Se hizo un inventario sobre los activos con la finalidad de identificar el estado de los mismos y proceder a la adquisición de otros.
8. Existían serios problemas interpersonales.	6. Se hizo Análisis del Sistema de Triage de dos instituciones y se inició la implementación del mismo.
9. Existía problema para nombramientos y pago de los mismos.	7. Se inició con plan de gafete para identificación de usuarios. Se estableció un horario de visitas.
10. No había análisis de datos sobre la producción del servicio.	8. Se realizaron actividades para fortalecer el trabajo en equipo.
11. Pésima comunicación con primer nivel de atención.	9. Se realizó estudio para actualizar la base de datos y el estado de pago de los funcionarios.
	10. Se inició con proceso de análisis de datos.
	11. Se inició proceso de intercomunicación con Áreas de Salud, así como capacitación a los médicos de las Áreas adscritas.

Fuente: Informe de intervención, Servicio de Emergencias 2014

d) Respetto de los resultados obtenidos en el Área Administrativa

En Infraestructura se han concretado los proyectos infraestructura: cambio de techo, ampliación de pabellones hombres y mujeres, se instaló la nueva caldera, se mejoró área de parqueos, se pintó el 80% del hospital: costo total ¢388.0 millones. No obstante, para el período 2014 se cuenta con tres proyectos financiados por un monto de ¢197,0 millones (1.Readecuación Sistema de Dotación de Agua Potable, 2.Sistema de Seguridad Eléctrica Pararrayos, 3.Detectores y Rociadores complemento de sistema contra incendios).

Por otra parte, quedan cuatro proyectos requeridos por el Centro, pero que aún carecen de financiamiento; estimando para estos efectos un costo de ¢472.0 millones (1.Readecuación de entrada principal, 2.Ventanales hospitalización hombres y mujeres, 3.Readecuación de talleres, 4.Readecuación de quirófanos).

Respetto de equipamiento médico, se encuentran financiados y en proceso de contratación por parte de la Dirección de Arquitectura e Ingeniería, los siguientes elementos:

EQUIPO	CANTIDAD	COSTO ESTIMADO
Electro bisturí con sellador vascular	1	\$35,000,00
Microscopio quirúrgico para ORL con monitor de video	1	\$69,757,00
Central de Monitoreo para 4 pacientes	1	\$57,330,00
Esterilizadora vertical	1	\$102,368,00
Torre de Video para Endoscopio Flexible	1	\$28,982,00
Reveladora de placas de Rayos Equis	1	\$18.000,00

Colposcopio ginecológico	1	\$20.000,00
Unidad Electrocirugía de Alta Frecuencia con tanque de Argón	1	\$20.000,00
TOTAL DE INVERSIÓN		\$351,437,00

En cuanto a la compra de equipos para el fortalecimiento de la prestación de servicios, localmente se logran adquirir 64 computadoras y 25 impresoras lo que permitió remozar la tecnología, además de una central telefónica con un costo total inversión ¢70.0 millones.

Así mismo, destaca la administración del presupuesto asignado, donde para el período 2013, la ejecución presupuestaria fue de un 96.07%, y a la fecha, se tiene una ejecución del 23% según el corte efectuado el 26 de marzo del 2014.

Otro elemento importante de resaltar, son las acciones realizadas en materia de facturación de servicios médicos, a nivel de Validación de Derechos, tal y como se indica en el cuadro siguientes.

ORIGEN DE COBRO	NO. DE CASOS	MONTO	RECUPERADO	PENDIENTE DE COBRO
Accidentes de Tránsito (MIFRE)	702	¢164.409.193,0	¢91.102.001,0	¢73.307.192,0
Riesgos Profesionales (MIFRE)	1.350	¢126.283.847,3	¢126.283.847,3	0,0
Pagos directos de No Asegurados	116	¢4.228.443,3	¢4.228.443,3	0,0
Asegurados con cargo al Estado (*)	9.259	¢779.659.904,5	0,0	¢779.659.904,5
Patronos Morosos Remitidos a la Sucursal (**)	1463	¢144.572.482,0	¢85.785.391,0	¢58.787.091,0

RECOMENDACIÓN

La Gerencia con base en el contenido del informe de Intervención del Hospital San Francisco de Asís, suscrito por los miembros del equipo interventor, recomienda a la Junta Directiva lo siguiente:

1. Dar por recibido el informe de la intervención del Hospital San Francisco de Asís presentado por la Gerencia Médica mediante oficio GM-SJD-5001-2014, del 31 de marzo de 2014.
2. Proceder a dar por terminado el proceso de intervención del Hospital San Francisco de Asís y por ende dar por atendidos los acuerdos del artículo 2 de la sesión N°8612 y el artículo 1 de la sesión N°8681.
3. Nombrar interinamente a la DRA. EVELYN MORALES LOPEZ, como Directora Médica del Hospital San Francisco de Asís, hasta el 08 de mayo del 2013 inclusive. Además de las potestades y facultades inherentes al cargo, se le confieren a la DRA. EVELYN MORALES LOPEZ, las potestades y obligaciones atribuidas al director del órgano desconcentrado, en el artículo 25° de la sesión No. 7606 celebrada el 6 de diciembre del 2001, para los efectos del marco de la desconcentración creado con base en la Ley No. 7852 y su Reglamento. Queda debidamente autorizada la señora Gerente Médica para extender el poder general con límite de suma dispuesto en el citado acuerdo y la Dirección

Jurídica de la Caja para proceder a formalizar lo que corresponda, conforme con los procedimientos legalmente establecidos.

4. Instruir a la Dirección Regional de Servicios de Salud Huetar Norte para que proceda al monitoreo correspondiente de dicho centro médico por períodos de cada seis meses, con el objetivo de garantizar que el Nosocomio mantenga el comportamiento de mejora que ha presentado posterior al proceso de intervención”,

habiéndose realizado la presentación, por parte de la Gerencia Médica, sobre el Informe de la Comisión Interventora del Hospital San Francisco de Asís y con base en la recomendación de la doctora Villalta Bonilla, la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA:**

- I) Dar por recibido el informe de la intervención del Hospital San Francisco de Asís presentado por la Gerencia Médica mediante el citado oficio número GM-SJD-5001-2014.
- II) Dar por terminado el proceso de intervención del Hospital San Francisco de Asís y, por ende, dar por atendidos los acuerdos adoptados en el artículo 2ª de la sesión N° 8612 y el artículo 1° de la sesión N°8681.
- III) Nombrar interinamente a la Dra. Evelyn Morales López, como Directora Médica del Hospital San Francisco de Asís, hasta el 08 de mayo del año 2014 inclusive. Dicho nombramiento está sujeto a lo resuelto en el artículo 9° de la sesión N° 8652, del 1° de agosto del año 2013 y en artículo 10° de la sesión N° 8689, de fecha 16 de enero del año 2014.
Además de las potestades y facultades inherentes al cargo, se le confieren las potestades y obligaciones atribuidas al director del órgano desconcentrado, en el artículo 25° de la sesión número 7606, celebrada el 6 de diciembre del año 2001, para los efectos del marco de la desconcentración creado con base en la Ley No. 7852 y su Reglamento.
Queda debidamente autorizada la señora Gerente Médica para extender el poder general con límite de suma dispuesto en el citado acuerdo y la Dirección Jurídica de la Caja para proceder a formalizar lo que corresponda, conforme con los procedimientos legalmente establecidos.
- IV) Instruir a la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Norte, para que proceda al monitoreo correspondiente de dicho Centro médico por períodos de cada seis meses, con el objetivo de garantizar que el Hospital mantenga el comportamiento de mejora que ha presentado posterior al proceso de intervención.
- V) Expresar al Equipo Interventor del Hospital San Francisco de Asís, conformado por: Dra. Evelyn Morales, Directora Médico a.i., MBA. Gilberth Garro Jara, Director Administrativo Financiero, MSSS. William Vargas Chaves, Contratación Administrativa y Dr. Hernán López Salas, Asistente de Dirección, el reconocimiento y el agradecimiento por la labor desarrollada durante el proceso de intervención y por los logros obtenidos.
- VI) Expresar el agradecimiento a la comunidad y a la Junta de Salud del Hospital San Francisco de Asís por el apoyo que han venido dando con miras al mejoramiento de la prestación de los servicios de salud, en el citado Centro Médico.
- VII) Instruir a la Gerencia Médica para que se revise y se proceda conforme corresponda, si - al concluir el proceso de intervención- alguno o algunos de los funcionarios que formaron parte del Equipo interventor continuará en el citado Hospital.

Sometida a votación la moción para que lo resuelto se adopte en firme es acogida unánimemente. Por lo tanto, los acuerdos se adoptan en firme.

Los miembros de la Comisión Interventora se retiran del salón de sesiones.

ARTICULO 25°

En relación con el oficio número GM-SJD-4997-2014, del 31 de marzo del año 2014, firmado por la señora Gerente Médico, se tiene a la vista la nota número PE.30.291-14, del 24 de marzo del año en curso, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se adjunta copia de la comunicación firmada por la Jefa de la Comisión Permanente de Asuntos Agropecuarios de la Asamblea Legislativa, por medio de la que se consulta el Proyecto de ley expediente N° 18.936, “LEY GENERAL DE LOS PROGRAMAS ESTATALES DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA” y acogida la propuesta de la doctora Villalta Bonilla, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** solicitar a la Comisión consultante un plazo de ocho días más para responder, con el objeto de concluir el análisis que se realiza sobre el particular.

Sometida a votación la moción para que lo resuelto se adopte en firme es acogida unánimemente. Por lo tanto, el acuerdo se adopta en firme.

La doctora Villalta Bonilla y la licenciada Coto Jiménez se retiran del salón de sesiones.

Ingresan al salón de sesiones el señor Gerente de Pensiones, licenciado José Luis Quesada Martínez y el licenciado Luis Guillermo López Vargas, Director Actuarial.

ARTICULO 26°

Conforme con lo previsto (artículo 33° de la sesión N° 8703) se procede a presentar el estudio remitido mediante el oficio número P.E. 30.229-14 de fecha 12 de marzo del año 2014, que firma la Jefa de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, por medio del que remite el oficio número DAE-968-13, de fecha 13 de noviembre del año 2013, suscrito por el Lic. Luis Guillermo López Vargas, Director a.i de la Dirección Actuarial y Económica, en el que atiende lo resuelto en el artículo 3° de la sesión N° 8672 (*se acordó solicitar a la Dirección Actuarial que prepare un informe en el que abarque los siguientes dos aspectos: proyecciones de las transferencias de recursos del artículo 78° de la Ley de Protección al Trabajador y escenarios con las posibles distribuciones de recursos, entre el fortalecimiento de IVM y la universalización de la cobertura, incluido el Seguro de Salud*) y adjunta el documento denominado “*Estimación del costo de reducir el porcentaje de cotización al Seguro de Pensiones y al Seguro de Salud de los trabajadores independientes que pertenecen al estrato de ingreso más bajo de la escala contributiva. Período 2014-2020*”, elaborado por la economista Cindy Fernández Mendoza, funcionaria del Área de Estudios Económicos.

La presentación está a cargo del licenciado López Vargas, con base en las siguientes láminas:

- 1) Caja Costarricense de Seguro Social
Presidencia Ejecutiva
Dirección Actuarial y Económica
PROYECCIÓN DE RECURSOS ARTÍCULO 78°
Y ESCENARIOS DE DISTRIBUCIÓN
Marzo, 2014.

- 2) **Decreto Ejecutivo**
N° 37127-MTSS

Los porcentajes de transferencia son:

- ✚ Un 5% a partir del año 2013.
- ✚ Un 7% a partir del año 2015.
- ✚ Un 15% a partir del año 2017.

- 3) Empresas Públicas del Estado

- 1) Correos de Costa Rica S.A.
- 2) Refinadora Costarricense de Petróleo (RECOPE).
- 3) Sistema Nacional de Radio y Televisión Cultural (SINART).
- 4) Instituto Costarricense de Ferrocarriles (INCOFER).
- 5) Instituto Nacional de Seguros (INS).
- 6) Editorial Costa Rica.
- 7) Instituto Costarricense de Electricidad (ICE).
- 8) Banco Nacional de Costa Rica (BNCR).
- 9) Banco de Costa Rica (BCR).
- 10) Banco Crédito Agrícola de Cartago (BCAC).

Fuente: Oficio DAJ-D-101-2010.

- 4) **Acuerdo de Junta Directiva**
Sesión N° 8672

Artículo 3°:

... se solicita a la Dirección Actuarial que prepare un informe que abarque los siguientes dos aspectos:

- a) Proyecciones de las transferencias de recursos del artículo 78° de la ley de Protección al Trabajador.
- b) Escenarios con las posibles distribuciones de recursos, entre el fortalecimiento de IVM y la universalización de la cobertura, incluido el Seguro de Salud.

5) Proyección de Ingresos
- En millones de colones -

Año	Incluyendo al INS	Excluyendo al INS
2013	11.877.5	8.634.9
2014	11.877.5	8.634.9
2015	16.628.5	12.088.9
2016	16.628.5	12.088.9
2017	35.632.5	25.904.8
2018	35.632.5	25.904.8
2019	35.632.5	25.904.8
2020	35.632.5	25.904.8

Nota: Tasa de crecimiento en utilidades es cero, la transferencia crece por el porcentaje decretado.

6) Premisas implícitas

No es conveniente hacer depender el financiamiento de un programa, con recursos inciertos en magnitud y oportunidad.

La cantidad de recursos del artículo 78°, destinados a extender la cobertura de la PEA No Asalariada en condición de pobreza, se concreta en una reducción del porcentaje de contribución del trabajador independiente ubicado en la categoría más baja de la Escala Contributiva.

Esta opción tiene la ventaja de que si los recursos no ingresan, o se reducen, la diferencia respecto a la a contribución total se factura el Estado como cuota complementaria, según está normado.

7) Supuestos para la distribución

1. Subsidio aplica a primera categoría de los independientes.
2. Un menor porcentaje de aporte del trabajador incentiva mayor afiliación de los pobres.
3. Con datos de Encuesta Nacional de Hogares, se estima incremento en la cobertura contributiva.
4. Está presente la normalización en el esquema de cotización, ajuste cada 2 años.

8) **Trabajadores Independientes
Sujetos a Beneficio**

Año	Número Independientes		Porcentaje		
	IVM	Salud	IVM	Salud	BMC
2013	58.338	70.142	4,25%	4,00%	131.760,00
2014	59.505	71.545	4,25%	4,39%	142.549,17
2015	60.696	72.976	4,42%	4,39%	167.964,67
2016	61.910	74.436	4,42%	4,59%	195.565,35
2017	63.149	75.925	4,42%	4,59%	225.506,19
2018	64.412	77.444	4,42%	4,78%	257.952,20
2019	65.701	78.993	4,42%	4,78%	293.079,04
2020	67.016	80.573	4,58%	4,98%	331.073,69

9) **Nueve escenarios:**

Escenarios	Subsidio por Seguro	Subsidio total		Base mínima contributiva equivalente
		Absoluto	Relativo	
0	0,00%	0,00%	0,00%	116.600,00
1	0,25%	0,50%	6,06%	109.533,33
2	0,50%	1,00%	12,12%	102.466,67
3	0,75%	1,50%	18,18%	95.400,00
4	1,00%	2,00%	24,24%	88.333,33
5	1,25%	2,50%	30,30%	81.266,67
6	1,50%	3,00%	36,36%	74.200,00
7	1,75%	3,50%	42,42%	67.133,33
8	2,00%	4,00%	48,48%	60.066,67
9	2,25%	4,50%	54,55%	53.000,00

10) Trabajadores No Asalariados sin Aseguramiento Directo según Tipo y Rango de Ingreso*
Año 2012

Rango de Ingreso	Cuenta Propia	Empleadora	Auxiliar no Remunerado	Total	Total Acumulado
116,600 o más	89.726	17.007	1.421	108.154	0
De 109.534 a 116.600	1.098	0	0	1.098	1.098
De 102.467 a 109.534	1.656	140	103	1.899	2.997
De 95.400 a 102.467	8.385	350	0	8.735	11.732
De 88.334 a 95.400	3.108	0	0	3.108	14.840
De 81.267 a 88.334	2.442	0	0	2.442	17.282
De 74.200 a 81.267	6.204	281	37	6.522	23.804
De 67.134 a 74.200	6.049	64	0	6.113	29.917
De 60.067 a 67.134	2.590	95	0	2.685	32.602
De 53.000 a 60.067	7.671	111	158	7.940	40.542
Menos de 53,000	57.816	2.009	21.693	81.518	122.060
TOTAL	186.745	20.057	23.412	230.214	---

* *Se refiere al ingreso total por persona bruto que es la suma del ingreso de la actividad principal y el ingreso de la actividad secundaria.*

11) Costo de Subsidio como Porcentaje de los Recursos del Artículo 78°

	Subsidio	Estimación del costo del subsidio						
		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Escenario 1	0,25%	4,80%	4,12%	4,89%	2,69%	3,13%	3,63%	4,18%
Escenario 2	0,50%	9,88%	8,48%	10,07%	5,53%	6,45%	7,47%	8,61%
Escenario 3	0,75%	16,78%	14,39%	17,08%	9,37%	10,92%	12,65%	14,56%
Escenario 4	1,00%	23,29%	19,98%	23,71%	13,00%	15,16%	17,55%	20,20%
Escenario 5	1,25%	30,03%	25,76%	30,56%	16,76%	19,53%	22,61%	26,02%
Escenario 6	1,50%	38,94%	33,40%	39,61%	21,72%	25,30%	29,28%	33,69%
Escenario 7	1,75%	48,62%	41,69%	49,44%	27,09%	31,56%	36,52%	42,01%
Escenario 8	2,00%	57,16%	49,02%	58,12%	31,85%	37,10%	42,92%	49,36%
Escenario 9	2,25%	69,63%	59,69%	70,76%	38,77%	45,15%	52,21%	60,04%

A la Directora Solera Picado le parecen interesantes los escenarios que se han presentado, pero todavía no se sabe cuánto se va a recuperar ni cuándo van a ingresar las sumas que se adeudan, por lo que prefiere tenerlo solo como una información más.

El Director Gutiérrez Jiménez considera conveniente que en un plazo razonable se vuelva a presentar este asunto, para determinar la conveniencia o no de este planteamiento.

El señor Gerente de Pensiones señala, para ampliar el tema, las instituciones que han venido cancelando los porcentajes que les corresponde. En el caso de Correos de Costa Rica, canceló ₡37.000.000.00 (treinta y siete millones de colones); el Instituto Nacional de Seguros (INS) ha comunicado que no va a cancelar, en vista de que, al amparo de la Ley 8653, no le corresponde pagar este rubro, por lo que hay un tema ahí que debe coordinarse con la Dirección Jurídica; el Banco Nacional canceló ₡1.600.000.000.00 (mil seiscientos millones de colones), pero señala que la Asociación Bancaria, a nombre del Banco Nacional, Banco de Costa Rica y Banco de Crédito Agrícola, tiene pendiente un contencioso administrativo en contra del decreto de rebajo de estas utilidades y tiene una acción de inconstitucionalidad. No es sino recientemente que se han enterado de esta situación, por lo que se le está informando a la Dirección Jurídica para que colabore en la acción de cobro de estos tres Bancos.

Finalmente, se da por recibido el informe y en caso de que se cuente con mayor información que, de nuevo, se presente el tema a la Junta Directiva.

El licenciado López Vargas se retira del salón de sesiones.

El Director Gutiérrez Jiménez se disculpa y se retira del salón de sesiones.

ARTICULO 27°

Se tiene a la vista **y se toma nota** del oficio número GP 16.319-14 de fecha 17 de marzo del año 2014, que firma el señor Gerente de Pensiones /se atiende lo resuelto en el artículo 6° de la sesión 8682 del 28 de noviembre del año 2013, en relación con la gestión presentada por la Presidenta y el Secretario de la *Asociación de Pensionados Exfuncionarios de la CCSS (A.P.E.C.C.S.S.)* y que, en adelante se transcribe, en lo conducente:

“De conformidad con lo dispuesto en el artículo 6°, de la sesión 8682 del 28 de noviembre 2013, se comunica a Junta Directiva por este medio lo realizado, según acuerdo que indica:

“ARTICULO 6°

Se tiene a la vista la comunicación de fecha 29 de octubre del año 2013, suscrita por la Sra. Norma Aurtenechea Vargas, Presidenta, y Juan Manuel Gómez Bogantes, Secretario, Asociación de Pensionados Exfuncionarios de la C.C.S.S. (A.P.E.C.C.S.S.), mediante la cual comunican que la Junta Directiva de la Asociación de Pensionados de Exfuncionarios de la C.C.S.S., acordó transmitir el deseo de los afiliados para que se lleve a cabo una revisión de las pensiones del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM), ya que la mayor parte tienen una pensión baja, la cual no cubre las necesidades de los afiliados. Consideran lo siguiente: “La presente solicitud se hace, considerando que los aumentos que se hacen semestralmente, no cubre el costo de la vida. Y la

*inflación del primer semestre, del año 2013. Ascendió a un porcentaje mayor, del 5% y nuestro aumento, fue del 2.70%”. Señalan un ejemplo de aumento inferior al aumento aprobado por el gobierno para los empleados públicos, que perjudica a los jubilados, crea desigualdad y disminuye los indicadores de la posibilidad de subsistir; indican que esto sucede de dos años hacia atrás. Quedan muy agradecidos a fin de que su petición sea considerada en forma positiva y así tener buenas noticias para sus afiliados, y la Junta Directiva **ACUERDA** trasladarla a la Gerencia de Pensiones, para lo correspondiente e informar a la Junta Directiva en un plazo de veintidós días.”*

Mediante oficio GP 52.087-13 del 10 de diciembre 2013, firmado por el suscrito Lic. José Luis Quesada Martínez se da respuesta al oficio enviado a Junta directiva por la APECCSS, indicando que:

“Esta Gerencia trasladó la consulta técnica a la Dirección Actuarial y Económica, la cual, mediante oficio DAE-1078-13 de fecha 9 de diciembre contestó lo siguiente:

“(…)

*Al respecto, me permito manifestarle que este asunto ya fue contestado mediante oficio DAE-1076-2013, de fecha 09 de diciembre de 2013, en el cual se indica que el principal objetivo que experimentan las pensiones, como consecuencia de la inflación. De ahí, que tal como se indica en dicho oficio, para continuar manteniendo la sostenibilidad del Régimen de Pensiones de IVM, la Dirección **ACTUARIAL** y **Económica** por lo general recomienda aumentos en las pensiones - por revaluaciones – equivalentes a la tasa de inflación acumulada del semestre inmediatamente anterior, tomando en cuenta comportamiento de los salarios y el costo de vida, según lo indica el artículo 28° del Reglamento de IVM.*

Artículo 28°

La Junta Directiva dispondrá periódicamente la reevaluación o reajuste de las pensiones en curso de pago, previo estudio actuarial realizado por la Dirección Actuarial y de Planificación Económica, tomando en consideración las condiciones financieras de este Seguro. El monto del reajuste debe guardar relación, en la medida de lo posible, con los cambios en los niveles de salarios y de costo de vida observados.

Debe recalcar que ese criterio de revaluación es parte de los supuestos o hipótesis contenidas en las valuaciones actuariales, y por tanto deben observarse en aras de la sostenibilidad del Régimen en el plazo”.

Entendemos la inquietud externada por ustedes, por lo que el documento fue remitido a la Dirección Actuarial y Económica, con el propósito de que tome en consideración su preocupación a la hora de la recomendación técnica.”

Se comunica a la Junta Directiva para cumplir con lo solicitado y anotado en el Sistema de Seguimiento de Acuerdos de Junta Directiva”.

Por otra parte, se tiene a la vista y **se toma nota** del oficio número GP 16.277-14, fechado 14 de marzo del año 2014 (se atiende lo resuelto en el artículo 5° de la sesión número 8545), que firma el Gerente de Pensiones y que, en adelante se transcribe, en lo pertinente:

“De conformidad con lo dispuesto en el artículo 5°, de la sesión 8545, del 10 de noviembre 2011 que indica:

“ARTICULO 5°

*Por otra parte, la Junta Directiva, con base en lo deliberado y con el fin de que se actualice el monto del alquiler de los inmuebles, entre ellos y, específicamente, el edificio Laureano Echandi y el Genaro Valverde **ACUERDA** solicitar a la Gerencia de Pensiones una revaluación de los inmuebles del Seguro de Pensiones y, en particular, los que le alquila al Seguro de Salud.”*

En concordancia con lo solicitado se remite oficio DFA-680-13, del 29 de abril 2013, firmado por el Lic. José Alberto Acuña Ulate, Director, Dirección Financiera, y contenida en el Anexo No. 1 la certificación AA-0484-04-13, suscrito por la Licda. Jorge Oviedo Cortez, Jefe, Área Administrativa, de la Dirección Financiera Administrativa, la cual indica:

“CERTIFICA: Que en concordancia con el acuerdo de la Junta Directiva, artículo 5, de la sesión 8545 de la Junta Directiva de Seguro Social, los bienes inmuebles que administra el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, cuentan con avalúos administrativos actualizados.

Así mismo, en lo atinente a los arrendamientos de bienes inmuebles del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte; que utiliza el Seguro de Salud, se encuentran actualizados.”

En ese sentido, respetuosamente se recomienda acoger las siguientes propuestas de acuerdo:

PROPUESTA ACUERDO

“Conocida la información presentada por el señor Gerente de Pensiones a.i., que coincide con los términos del oficio número GP-16.277-14, DFA-680-2013 del 10 de abril de 2013, y el oficio DFA-680-2013 conteniendo en el Anexo No. 1, la certificación AA-0484-04-13 del Área Administrativa del 04 de abril 2013, la Junta Directiva **ACUERDA** dar por atendida la solicitud de “una revaluación de los inmuebles del Seguro de Pensiones y, en particular, los que le alquila al Seguro de Salud” el documento queda formando parte del expediente original a esta acta, y se da por cumplido lo solicitado en el Acuerdo art. 5° sesión 8545”. **ACUERDO FIRME”**.

ARTICULO 28°

Por unanimidad y mediante resolución firme, **se acuerda** reprogramar, para la próxima sesión ordinaria, la presentación de los siguientes temas de la Gerencia de Pensiones:

- a) Oficio N° GP-16.299 de fecha 21 de marzo del año 2014, suscrito por el Gerente de Pensiones: atención artículo 3°, inciso c) de la sesión N° 8316: propuesta reforma al “Reglamento para la Administración Integral de Riesgos Financieros de los Fondos Institucionales”.
- b) Oficio N° GP-16.345 de fecha 19 de marzo del año 2014, suscrito por el Gerente de Pensiones: propuesta de “Modelo de Gestión para el trámite de pensiones del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte y Régimen no Contributivo.

El licenciado Quesada Martínez se retira del salón de sesiones.

Ingresa al salón de sesiones el licenciado Andrey Quesada Azucena, Asesor de la Junta Directiva.

ARTICULO 29°

“De conformidad con el criterio SJD-AL-0036-2020 del 12 de octubre de 2020, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con reiterada jurisprudencia de Sala Constitucional y la respectiva normativa, se excluye de publicación”.

El licenciado Quesada Azucena se retira del salón de sesiones.

ARTICULO 30°

Se someten a revisión y **se aprueban** las actas de las sesiones números 8594, 8600, 8601 y 8602.

ARTICULO 31°

Por lo avanzado de la hora, **se dispone** conocer seguidamente algunos de los asuntos contemplados en el capítulo de correspondencia y lo restante se conocerá en la próxima sesión ordinaria.

ARTICULO 32°

Se conoce el oficio número DJ-02336-2014 de fecha 1° de abril del año 2014, suscrito por el Lic. Gilberth Alfaro Morales, Subgerente Jurídico, y las licenciadas Mariana Ovarés Aguilar, Jefe a.i. del Área de Gestión Técnica y Asistencia Jurídica, e Ileana Badilla Chaves, abogada de la Dirección Jurídica, en el cual atienden el oficio N° JD-014-14, mediante el cual se solicita criterio sobre el recurso de revocatoria contra la adjudicación del ítem 3 (tres) de la licitación pública 2013LN 000001-1150, promovida por la Subgerencia de Tecnologías de Información y Comunicaciones para la prestación del “*Servicio de soporte, ingeniería, mantenimiento y monitoreo para la plataforma tecnológica*”, interpuesto por el Consorcio conformado por las empresas Sonda Tecnologías de Información de Costa Rica S.A. y Sonda S.A. (Consorcio Sonda Costa Rica-Sonda Chile). En lo pertinente, el citado oficio textualmente se lee en estos términos:

“ANTECEDENTES

1. La Subgerencia Tecnología de Información y Comunicaciones promovió la Licitación Pública 2013-LN-000001-1150, para la adquisición de: Servicios de soporte, ingeniería, mantenimiento y monitoreo para plataforma tecnológica de la institución, compuesto por tres líneas a saber:
 - **Ítem No 1:** Servicios de soporte, ingeniería y mantenimiento para equipos HP Vwware y Almacenamiento.
 - **Ítem No 2:** Servicios de soporte, ingeniería y mantenimiento para equipos CISCO.
 - **Ítem No 3:** Servicios de monitoreo de la plataforma tecnológica institucional.
2. La invitación para participar en la Licitación Pública 2013 LN 000001-1150 fue publicada en la Gaceta No. 119 del 21 de junio del 2013.
3. Se recibieron cinco ofertas:
 1. Alta Tecnología S.A.,
 2. Global Communications Integrators GCI S.A.
 3. IT Servicios de Infocomunicación S.A.,
 4. GBM de Costa Rica S.A.,
 5. Consorcio Sonda Tecnologías de Información de Costa Rica S.A.-Sonda S.A.
4. Que el informe final de recomendación técnica fue vertido mediante oficio AST-2013-0629-NOT, de 12 de noviembre del 2013 en el cual se recomienda que se adjudique los ítem 1 y 2 a la oferta N° 5 presentada por el Consorcio Sonda Costa Rica S.A.-Sonda Chile, mientras que el ítem N° 3 se recomienda sea adjudicado a la oferta N° 2 presentada por Global Communications Integrators GCI S. A. (ver folios 1753 a1771).
5. La Junta Directiva en el artículo 5 de la sesión N° 8689 celebrada el 16 de enero de 2014, adjudica la compra de la siguiente manera:

Oferta N° 5: Consorcio Sonda Costa Rica – Sonda Chile.

	Cantidad	Objeto	Precio unitario	Precio total
ITEMN°1	1. Servicios de soporte Ingeniería y mantenimiento para equipos HP, Vwware y Almacenamiento.			
	12 meses	1.1. Servicios de mantenimiento para los equipos HP, vmware y switches de SAN Cisco.	\$44.089,81	\$529.077,72
	360 horas	1.2. Soporte Ingeniería para equipo HP, vmware y switches de SAN Cisco (Con horas por entrega según demanda).	\$81,25	\$29.250,00
	12 meses	1.3. Servicios Proactive 24 HP y créditos para servicios proactivos.	\$ 41.837,07	\$ 502.044,84
Total estimado ítem No. 1				\$1.060.372,56
ITEMN°2	2. Servicios de soporte Ingeniería y mantenimiento para equipos CISCO.			
	12 meses	2.1. Servicio de mantenimiento para los equipos CISCO.	\$ 8.624,71	\$ 103.496,52
	120 horas	2.2. Servicio de Soporte Ingeniería para equipo CISCO (Con horas por entrega según demanda).	\$75,00	\$9.000,00
Total estimado ítem No. 2				\$112.496,52
MONTO MÁXIMO ADJUDICADO A LA OFERTA No. 5. Ítems 1 y 2				\$1.172.869,08

Oferta N° 2: Global Communications Integrators GCI S.A.

	Cantidad	Objeto	Precio unitario	Precio total
ITEM N° 3	12 meses	Servicio de monitoreo de la plataforma tecnológica institucional.	\$19.500,00	\$234.000,00
MONTO TOTAL ADJUDICADO A LA OFERTA No. 2.				\$234.000,00

6. Dicho acto fue publicado en el Diario Oficial La Gaceta No 15 del 22 de enero del 2014 (ver folio 1963).

I. ALEGATOS DE LA EMPRESA RECURRENTE.

El 29 de enero del 2013 el Consorcio Sonda Costa Rica S.A.-Sonda Chile, presenta recurso de revocatoria contra el acto de adjudicación del ítem No 3 (ver folios 1970 al 1984) con fundamento en los siguientes argumentos:

i). La oferta de GLOBAL COMMUNICATIONS INTEGRATORS (en adelante GCI) incumple con el numeral 25 del Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa (RLCA) por cuanto su precio no es firme ni definitivo y mucho menos invariable; pues cotizó precios que fluctúan año con año, evidenciando una modificación y variación anual para la Administración que no procede en el marco legal y financiero de la actividad contractual administrativa (ver folios 00000061 a 00000070 del expediente administrativo los cuales se aportan como prueba de lo acotado), además de que no fue permitido por el cartel del concurso que es el reglamento específico de la contratación.

Indica el recurrente que:

El precio firme y definitivo e invariable es un imperativo de ley, y no puede ser desaplicado por un oferente y mucho menos por la administración licitante, so pena de transgresión flagrante al principio de legalidad y de igualdad y la consecuente nulidad absoluta que se origina.

Es claro que frente a una cotización variable año con año (del 1 al 4), la Administración estaría obligada a imponer la sanción más rigurosa en el procedimiento: LA EXCLUSIÓN AD PORTAS DE LA OFERTA y la ILEGIBILIDAD CONSECUENTE.

(...)

No existe una forma de comparar la plica económica del oferente GLOBAL COMMUNICATIONS INTEGRATORS con el resto de empresas que si cumplieron con la cotización de un precio firme, definitivo e invariable. No resulta procedente adjudicar la oferta cuya

cotización de servicio varía en su precio con el transcurrir del año 1 al 4 sin justificación alguna.

Nótese que la Ley de Contratación y su Reglamento prevén el reajuste de precios y la revisión como mecanismos únicos e idóneos que ajustan los precios de un servicio cotizado para un período recurrente de 4 años.

Tal y como consta en el expediente administrativo, previo al momento de la recomendación para adjudicar, el oferente GCI comunica que deja sin efecto los precios previamente cotizados para el año 2, 3 y 4. Y consecuentemente le solicita a la Caja que tenga como válido SOLO EL PRECIO COTIZADO PARA EL AÑO 1, lo cual es contrario a todos los postulados y principios que definen y permean el precio firme y definitivo, pero más allá, violenta flagrantemente la prohibición expresa de ley con respecto a la invariabilidad de los elementos de una oferta.

Indica el recurrente que esta violación al ordenamiento jurídico, conlleva la exclusión inmediata de la oferta, por lo que extraña profundamente que la reacción de la Caja sea VALIDAR DICHA SOLICITUD Y HABILITAR LA MODIFICACIÓN DE LA OFERTA ECONÓMICA DE GCI, premiándola con la recomendación y adjudicación.

ii) COTIZACIÓN DE PRECIO MENSUAL PARA EL MONITOREO DE SERVICIOS CRÍTICOS “SOCKETS” QUE LA INSTITUCIÓN BRINDA A ENTIDADES RECAUDADORAS.

Que en el Informe final de recomendación técnica AST-2013-0629-NOT del 12 de noviembre de 2013, en cuanto a la adjudicación del punto 3.1.10 se indicó que:

“Respecto al punto 3.1.10 concerniente a los sockets, por error la Administración nunca se especificó la cantidad que requiere ser monitoreada, aspecto que nunca fue consultado por ninguno de los oferentes participantes en el tiempo establecido. Cabe mencionar que a posterior mediante oficio AST-2013-0606-NOT el gestor de la compra definió que se requiere el monitoreo de 6 sockets, situación que se amplía en el apartado “Cantidades para adjudicar”. En el siguiente cuadro se presenta una comparación de costos entre los dos oferentes para el punto en cuestión.

Oferente	Cantidad elementos requeridos en el cartel	Cantidad Elementos cotizados y recomendados	Precio mensual unitario cotizado	Precio Mensual por la cantidad a monitorear	Precio Anual
GCI	<i>1</i>	<i>6</i>	<i>\$250,00</i>	<i>\$1.500,00</i>	<i>\$18.000,00</i>
SONDA	<i>1</i>	<i>Ilimitado</i>		<i>\$2.126.69</i>	<i>\$25.520,28</i>

Indica el recurrente que con fundamento en lo anterior se pueden establecer los siguientes postulados:

- *El cartel presenta una indefinición en cuanto al número de sockets a monitorear.*
- *La indefinición cartelaria no es responsabilidad del oferente.*
- *El cartel indicó (punto 3.1.10) “El contratista debe entregar un servicio que incluya el monitoreo de los siguientes parámetros sobre el elemento y los servidores en que residen.” “La aplicación de monitoreo deberá mostrar en tiempo real la información del estado de los diferentes sockets con que cuenta la institución y que son parte del servicio de un aplicativo ya sea en producción o en desarrollo”. “Cada socket deberá ser monitoreado en forma separada.” “Se deberá adicionalmente generar una consola de monitoreo centralizada que muestre en forma conjunta la disponibilidad del servicio de todos y cada de los sockets que se agreguen en el aplicativo.”*
- *Lo anterior muestra y refleja que el cartel siempre trató el tema de los sockets **en plural**, y con un margen de crecimiento exponencial, no sólo de aplicativos en producción sino también en desarrollo.*
- *Considerando la pluralidad y requerimiento de monitoreo de sockets, el oferente presentó una cotización que permitiese cubrir el monitoreo de múltiples dispositivos de forma que su oferta fuese completa.*
- *No obstante lo anterior, el oferente hoy adjudicado, decidió cotizar el servicio de monitoreo de **un solo socket**, monto mensual: \$250, precio anual: \$3000.*
- *La Administración **licitante solicitó a GCI ajustar su oferta de monitoreo de SOCKETS a la cantidad de 6**. Nótese que la cantidad de 6 sockets es un número inexacto por cuanto el cartel indicó que la cantidad es variable dependiendo del propio crecimiento institucional.*
- *La solicitud improcedente por parte de la Administración licitante otorgó una VENTAJA INDEBIDA a GCI, y además permitió que dicho oferente modificara su precio total en un momento posterior a la apertura de ofertas.*
- *En atención al principio de igualdad, la Administración debió solicitar también a SONDA el ajuste de su oferta de monitoreo de SOCKETS, de forma tal que permitiese-en virtud a la indefinición del cartel- que ambos oferentes pudieran ajustar su oferta a la cantidad de 6 sockets.*
- *A la final la conducta administrativa no sólo introdujo una cantidad antojadiza de sockets, modificando el pliego extemporáneamente, sino que además otorgó una ventaja indebida al oferente GCI que generó la modificación de su precio total de oferta en forma ilegal y abrupta.*

iii. La oferta de GLOBAL COMMUNICATIONS INTEGRATORS cotiza servicios en una cantidad insuficiente a la requerida en el pliego, y por lo tanto no responde a la necesidad institucional que exige el cartel.

Tal y como consta en la oferta económica del GCI (ver folio 000063 del expediente administrativo), específicamente en lo que respecta al ítem 3, subitem 3.1.10 “GCI RCM TIC SERVICIOS (Elementos de Servicios críticos “Sockets”), cotizó la cantidad de 1 servicio de monitoreo, con un precio unitario y mensual de \$250 y anual de \$3000.

En ese mismo folio del expediente administrativo, GCI especifica notas de aclaración en el margen inferior izquierdo que indican: “Nota 4 Precio Unitario por cada máquina virtual de JAVA (JVM) en la aplicación JAVA.”

Con vista en la cotización anterior, la Administración sólo contará con un (1) servicio de monitoreo de los Servicios críticos “Sockets” que se encuentren instalados en una máquina virtual de JAVA. Esto contraviene lo indicado en el pliego de condiciones, punto 3.1.9 “Elementos de Aplicaciones”, que en lo que interesa señala:

“(…)

La herramienta a utilizar debe simular por medio de robots la experiencia del usuario final de la aplicación para medir el nivel del servicio que se brinda. Dichos robots deben poder ser instalados en cualquier punto de la red institucional para la generación y evaluación del tráfico y su comportamiento.”

Como bien se desprende del imperativo cartelario, para este punto específico, la Administración requirió que los robots fueran instalados en cualquier punto de la red. La oferta de GCI no permitirá a la Administración satisfacer este propósito de primer orden, por cuanto su cotización no deja espacio a la duda: solamente cotizó un servicio, por lo que su oferta económica está incompleta y el precio final sobreviene abismalmente menor que la del resto de oferentes por el faltante en servicios necesarios.

Nótese que la oferta de SONDA arroja un número ilimitado de servicios, en consonancia y ajuste absoluto con el pliego de condiciones, cumpliendo a cabalidad.

Resulta evidente y manifiesto que la oferta de GCI no cubre la necesidad institucional y su precio es parcial. Para cubrir la necesidad impresa en el cartel, la Administración deberá pagar un precio superior al cotizado por GCI. Es decir, que el monto total de \$218.580 que cotizó GCI para el año 1 con respecto al ítem 3 no es un precio firme ni definitivo, y por lo tanto la erogación de la Caja por concepto de electricidad será puntualmente superior a lo cotizado. La oferta económica de GCI induce a error, y en esta virtud su propuesta debe ser declarada como inelegible.

Existe incompletez en la oferta de GCI, por ejemplo el punto 3.1.9 que en lo que interesa indica:

“En el caso de elementos de aplicaciones, la institución cuenta con aproximadamente 20 aplicaciones críticas J2EE (JAVA Enterprise Edition) y el cual tiene una proyección aproximada de crecimiento de 10% anual.”

Nótese que la Administración indicó que su crecimiento sería de un 10% anual. La oferta de GCI ni siquiera satisface la base instalada actual, mucho menos el crecimiento del 10% anual.

A todas luces el precio cotizado por GCI es insuficiente y evidencia una cotización incompleta. Consecuentemente se tiene por demostrado el incumplimiento puntual, y resulta posible derribar la presunción de cumplimiento que se supone en cada oferta de conformidad con el numeral 66 del Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa que indica:

“(…) Se presume que la oferta económica, contempla la totalidad de la oferta técnica, salvo prueba en contrario. En caso de adjudicarse, el contratista estará

obligado a cumplir con el objeto íntegro, sin cobrar ninguna suma adicional más allá de que proceda alguna revisión o reajuste del precio, en aras de mantener el equilibrio económico del contrato”.

Resulta evidente que la oferta económica de GCI no contempla la totalidad de la oferta técnica requerida por la Caja en el pliego cartelario. La presunción de cumplimiento fue derribada en virtud del dato económico que esa empresa oferente menciona en su cotización. Considerando que la oferta de GCI no cubre el mínimo requerido en el pliego, y siendo que resultaría ilegal permitir una subsanación al respecto, por cuanto supondría una modificación del precio y la cantidad cotizada, solicitan se declare la plica incompleta e inelegible.

La Contraloría ha sido enfática en indicar que no es posible subsanar una oferta incompleta, o cuyo precio no contempla la cantidad requerida en el cartel. De permitir una subsanación, se estaría otorgando una ventaja indebida con la nulidad concomitante que esto genera.

“Conforme con lo anterior, y como se ha dicho, efectivamente se observa un vicio en la oferta adjudicada toda vez que ofreció una cotización menor a la que realmente correspondía de haber observado las reglas del cartel y posteriormente modifica algunos rubros de la estructura del precio, pero correspondía a una cotización menor, no sujetándose a las reglas cartelarias, lo cual lo coloca en una situación de ventaja de frente a aquellos participantes que sí se ajustaron el cartel. Cabe añadir que subsanaciones o aclaraciones en cuanto a la tabla de pagos podrían ser posibles en el tanto no se otorgue ninguna ventaja indebida a alguna de las partes, situación que no se presenta en el caso particular en razón de que desde un inicio la propuesta de la adjudicataria se separó de las reglas del cartel. Aunado a lo anterior, debe indicarse que para el caso en concreto aplica lo dispuesto en el artículo 25 Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa (RLCA), que en lo que resulta de interés dispone que: “El precio deberá ser cierto y definitivo, sujeto a las condiciones establecidas en el cartel o pliego de condiciones y sin perjuicio de eventuales reajustes o revisiones (...)”, razón por la que al no existir un precio ofertado conforme a o los requerimientos determinados en el pliego de condiciones y que la subsanación realizada bien podría producir una ventaja indebida a favor de la adjudicada y que se presenta un vicio grave...” R-DCA-081-2013 de las doce horas del ocho de febrero de dos mil trece.

Según la empresa recurrente en este punto existe una violación flagrante del ordenamiento jurídico vigente para la materia de contratación pública, pues la Administración modificó los requisitos del cartel al indicar en su recomendación de adjudicación que se solicitó “cantidades fijas”. Luego mencionan que el aumento anual que requería el pliego no era para que los oferentes lo cotizaran, por lo que quedan las siguientes interrogantes: “¿Si el pliego requiere un aumento en las cantidades entonces no se supone que el oferente debe cotizarlo? O ¿estamos ahora ante cláusulas de mero ornamento?”

Como argumento para desacreditar el tema de las cantidades variables mencionadas, la Caja intenta justificar ahora que mediante la potestad de imperio contenida en el numeral 200 del Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa les permitirá aumentar las cantidades de GCI olvidó cotizar en su oferta.

Sin perjuicio de la modificación cartelaria que la CCSS realiza luego de haber recibido ofertas, este ejercicio al margen de la ley y del cartel conllevará a que la Administración debe erogar recursos públicos adicionales no contemplados en la plica de GCI por lo que nuevamente evidenciamos que dicha oferta nunca fue firme y mucho menos definitiva.

Habiéndose verificado abundantes incumplimientos y vicios de nulidad que no permitirán la satisfacción del interés público, solicitamos se anule el acto de adjudicación recaído en la empresa GCI en virtud de los incumplimientos señalados.

v) GCI incumple con el requerimiento cartelario sobre los dos años previos en planilla de su personal (caso de Gerente para la administración del servicio).

*Según reza el pliego, el oferente debió demostrar mediante las planillas de la CCSS que el ingeniero designado como Gerente para la Administración del Servicio llevaba mínimo dos años como **trabajador del régimen laboral para el patrono (entiéndase oferente)**.*

Luego de la constatación de la oferta de GCI, no cabe duda alguna que el ingeniero fue integrado en planilla al momento de presentación de oferta. En primer lugar GCI no aportó las planillas que demuestra el elemento histórico y de antigüedad requerido (dos años) para el caso del ingeniero ALEJANDRO ANTONIO LEITON QUESADA, CEDULA 1-12100671, tal y como si lo hizo SONDA. Pero más contundente es el hecho de que GCI aportó el documento idóneo mediante el cual se tramita ante la CCSS la incorporación de un colaborador al régimen laboral (planilla). Esto no deja duda alguna para concluir que de previo a la presentación de oferta, dicho colaborador de GCI mantenía un vínculo jurídico muy distinto al laboral con ese oferente. Si una empresa tramita el documento de incorporación al régimen laboral y de planilla de un colaborador, es porque de previo a dicha tramitación el colaborador estaba ligado por cualquier otro vínculo menos el laboral.

En este sentido, adjuntamos a este recurso la prueba (documento visible en anexo) mediante el cual GCI tramitó ante la CCSS la incorporación del señor ALEJANDRO ANTONIO LEITON QUESADA, CEDULA 1-1210-0671 al régimen de planilla. Nótese que la fecha de tramitación es concomitante con la presentación de oferta, por lo que resulta materialmente imposible que dicho colaborador ostente los dos años de estar en planilla para GCI tal y como lo requirió el pliego.

En virtud de los incumplimientos graves que se han señalado en este recurso, y del vicio de nulidad que se demostró al variar la cantidad cartelaria de sokets y de la modificación en el monto total cotizado por GCI, solicitamos se anule la adjudicación del ITEM 3 como en derecho corresponde, otorgando el derecho subjetivo al consorcio de empresas SONDA que cumplen con lo requerido en el cartel.

II. ALEGATOS DEL ADJUDICATARIO

En lo referente al punto i) del recurso indica la empresa adjudicataria lo siguiente:

- a. *GCI presentó el 20 de Agosto del 2013 a la Sub-Área de Gestión de Compras un oficio en donde se aclara que para el debido análisis de la oferta se considere el precio del año 1*

- para eventuales prórrogas y se aclara que los precios del año 2, 3 y 4 no aplican por tratarse de un contrato de 12 meses con prórrogas de un máximo de 3 años.
- b. De acuerdo al artículo 25 del Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa se ha cumplido, ya que el precio para el año 1 es **CIERTO y DEFINITIVO** ya que desde la presentación de la oferta el precio no ha cambiado. Si se considera que para las ampliaciones del contrato se utiliza como base el precio del año 1, entonces continua siendo **CIERTO y DEFINITIVO**.
 - c. El artículo 26 del Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa indica que el oferente deberá presentar el desglose de la estructura del precio. Hemos cumplido con este artículo ya que hemos presentado el debido desglose de la estructura del precio al momento de la **APERTURA** como además fue solicitado dentro del complemento de las **CONDICIONES GENERALES** y el punto 7.4 de las **CONDICIONES TÉCNICO-ESPECÍFICAS**.
 - d. El oficio del 20 de Agosto fue presentado a tiempo y en forma de acuerdo a lo que establece el Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa N°33411 en los artículos 79, 80 y 81. No hemos tomado una ventaja competitiva por tanto ya en la apertura habíamos presentado nuestro precio para el año 1 **CIERTO y DEFINITIVO** y además con el respectivo desglose de la estructura del precio algo que es **INDISPENSABLE** para facilitar los ulteriores análisis de la misma.
 - e. Además GCI presentó el 20 de Agosto del 2013 un oficio donde se indica que la oferta económica del consorcio Sonda Costa Rica–Sonda Chile no cumplió con el formato solicitado por la Caja. Indicamos en ese mismo oficio que la eventual labor por parte de SONDA para realizar dicha oferta económica en el formato solicitado por la C.C.S.S. sería complicada **POSTERIOR a la APERTURA** por tanto SONDA conocía los precios unitarios de las empresas que participaron.
 - f. Debe ser la Caja quién confirme que SONDA no presentó la oferta en el formato solicitado y además confirme que presentó un desglose de precios posterior a la apertura donde al parecer esto genera una ventaja competitiva a SONDA al ya conocer los precios de la competencia. Nótese como el ítem 3.1.9 y 3.1.10 indican cantidad “Ilimitada”. Claramente SONDA se aprovecha y busca tomar una ventaja competitiva. La administración ha solicitado un precio por elemento y esto no ha sido cumplido por SONDA. Una cantidad “Ilimitada” en ítems que a nivel mundial se ha comprobado tienen un alto costo de licenciamiento para cumplir con lo requerido por la Caja, deja claramente la oferta económica (**EXTEMPORANEA, NO VALIDA**) de SONDA con un **PRECIO RUINOSO** al momento de crecimiento en estos ítems.
 - g. De acuerdo a lo solicitado en el punto 7.4 de las **CONDICIONES TÉCNICO – ESPECÍFICAS** se ha cumplido no solo con el desglose de la estructura del precio, sino con una oferta económica en el formato de precio unitario por elemento y total por **ITEM**, algo que resulta ser **INDISPENSABLE** para analizar las propuestas de los oferentes. Esta condición no se cumple en la oferta del consorcio Sonda Costa Rica–Sonda Chile. **Como podría el consorcio mencionado presentar la oferta económica en el formato solicitado si ya conocía los precios de los demás oferentes? Es posible entregar información después de la apertura según lo establece el Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa en los artículos 79, 80 y 81, pero debe considerarse siempre que la información no puede generar una ventaja competitiva al incumpliente.**

En lo referente al punto ii) del RECURSO:

- a. *La oferta de GCI presenta para el año 1 un precio **CIERTO y DEFINITIVO** para un elemento (precio unitario) del ítem 3.1.10 lo cual facilita el análisis por parte de la Caja. El conflicto se genera a partir de que el consorcio Sonda Costa Rica–Sonda Chile, no presentó la oferta en el formato solicitado, por ende es claro que resulta difícil ser analizada la oferta más aún cuando han tomado una **VENTAJA COMPETITIVA** después de la apertura al indicarle a la Caja que para el ítem 3.1.10 la cantidad es ilimitada.*
- b. *En atención al principio de igualdad, la Administración dio la oportunidad a todos de presentar precios unitarios por elementos sin embargo el consorcio Sonda Costa Rica–Sonda Chile, no aprovechó esta oportunidad, por el contrario se ha valido de este ítem 3.1.10 para buscar confundir a la administración.*
- c. *GCI entiende, acepta y cumple el 100% de lo solicitado para el ítem 3.1.10, por ende entregara a la Caja lo solicitado tal y como se indicó el folio 0000039.*

En lo referente al punto iii) del RECURSO

- a. *GCI entiende, acepta y cumple el 100% de lo solicitado para el ítem 3.1.9, por ende se entregara a la Caja lo solicitado tal y como se indicó el folio 0000038.*
- b. *La oferta económica de GCI si cumple con el formato solicitado por ende la administración puede solicitar la cantidad de elementos que requiera según su crecimiento y necesidades, la oferta económica de GCI permite esto ya que presentó los precios unitarios lo cual permite todo lo requerido y necesario para este proceso. Además se solicita un total de 20 aplicaciones y se puede confirmar que GCI ofertó 20 aplicaciones.*
- c. *La Caja se ha reservado el derecho de adjudicar parcialmente o total, por ende la oferta de GCI permite que se pueda adquirir las cantidades que sean necesarias y el precio unitario permite el cálculo.*

En lo referente al punto v) del RECURSO

- a. *Se solicita a la C.C.S.S. revisar el folio 0000183. **GCI por diferentes principios, ética, valores y moral no puede mentir.***

III. CRITERIO TÉCNICO.

En atención al oficio TIC-0098-2014 del 30 de enero del 2014, la Comisión Técnica del presente concurso refiere:

- i) ***La oferta de Global Communication Integrator (GCI) incumple con el numeral 25 del reglamento a la ley de contratación administrativa: su precio no es firme ni definitivo y mucho menos invariable.***

La situación apuntada por Sonda fue subsanada por GCI durante el proceso de revisión administrativo realizado por la Subárea Gestión de Compras y durante el período de Ley establecido para dicho fin. Así consta en nota enviada por GCI, visible en el folio 1460 del expediente, en la cual GCI aclara que el precio a considerar es el presentado para el año 1, además de que no aplican los precios 2, 3 y 4 por tratarse de un contrato de 12 meses con prórrogas de un máximo de 3 años que utilizan como base el precio del primer año. Dichas prórrogas tendrán lugar en caso de ser considerado conveniente por parte de la administración.

Así mismo en el reverso del folio 1462, en el análisis de ofertas realizado por la Subárea Gestión de Compras, se indica que por lo tanto se aplican los principios de eficiencia y eficacia contenidos en la Ley de contratación Administrativa y su Reglamento, así como la conservación de las ofertas.

En el folio 1925 también se puede ver un Acta Administrativa de la Subárea Gestión de Compras en la cual aclaran el análisis administrativo y validan el estatus de la oferta de GCI para participar en el ítem 3 de monitoreo.

Por lo tanto desde el punto de vista técnico se desestima y rechaza lo apuntado por el consorcio Sonda Costa Rica-Sonda Chile.

ii) Cotización de precio mensual para el monitoreo de servicios críticos “sockets” que la institución brinda a entidades recaudadoras.

Se debe recalcar que el oferente SONDA basa su observación en un desglose de precios que envió posterior a la presentación de la ofertas (4 de setiembre 2013) según consta del folio 1502 al reverso del 1506, desglose que no fue incluido en la presentación de la oferta inicial (13 de agosto 2013) folio 1013. De manera que el mismo fue presentado de manera extemporánea al plazo permitido para aclaraciones, de acuerdo a la Ley de Contratación Administrativa.

Se debe también recalcar que la oferta de GCI indica claramente en la nota 4 al pie de su oferta, que el monto cotizado corresponde al precio unitario tal y como fue solicitado en el cartel en diversos acápite, principalmente el 7.4, en el folio 099 y el 11.4 en el reverso del folio 100.

Debido a que en el cartel no se definió la cantidad de algunos de los elementos a ser monitoreados, se generaron por parte de la administración varios oficios sin que los mismos representasen una solicitud de ajuste de la oferta a la empresa GCI tal y como lo indica Sonda en su recurso.

- *En oficio AST-2013-0576-NOT, folio 1669, la Comisión Técnica le solicita a GCI indicar el precio de monitoreo de sockets en paquetes.*
- *En oficio AST-2013-0605-NOT, folio 1694, la Comisión Técnica le solicita al gestor de la compra manifestar su posición con respecto a los sockets.*
- *En oficio AST-2013-0606-NOT, folio 1697, el gestor de la compra indica los pasos a seguir con los sockets y un switch catalyst 4500.*

Dichos oficios dictan en resumen lo siguiente:

Existe dentro de los elementos a monitorear uno denominado “sockets”, durante la elaboración del estudio preliminar y factibilidad se mencionó en forma amplia el elemento y su característica pero se omitió mencionar la cantidad de sockets que posee la Caja así como la cantidad que requiere ser monitoreada, por ende tampoco se definieron cantidades en el cartel y/o proceso licitatorio.

La Caja cuenta con seis (6) sockets que requieren ser monitoreados en forma constante debido al volumen de tráfico que manejan y su funcionalidad relacionada con la captación de recursos financieros. La recomendación de adjudicación se realizará aplicando el factor multiplicativo al precio unitario de \$3.000,00 anuales brindado por el oferente "GCI"

Debido a lo anteriormente expuesto, se le envió al oferente GCI, el oficio AST-2013-0576-NOT, folio 1669, solicitándole indicar el precio para el monitoreo de sockets por volumen; ante lo cual el oferente respondió lo siguiente mediante nota enviada el 8 de octubre del 2013:

Cantidad de Sockets	Precio mensual por cada socket	Precio anual por cada socket
<i>De 1 a 10</i>	\$250,00	\$3.000,00
<i>De 11 a 15</i>	\$245,00	\$2.940,00
<i>De 16 en adelante</i>	\$240,00	\$2.880,00

El valor unitario anual del monitoreo de los sockets, acápite 3.1.10 del ítem 3, brindado por GCI es de \$3.000,00 Con la definición de la cantidad de sockets a monitorear, la recomendación de adjudicación se realizaría según el siguiente cuadro:

Descripción elemento a monitorear	Oferta mensual por un socket	Oferta anual por un socket	Monto total anual por seis (6) sockets.
<i>3.1.10 Sockets</i>	\$250,00	\$3.000,00	\$18.000,00

Respecto al punto 3.1.10 concerniente a los sockets, por omisión la administración no especificó la cantidad a ser monitoreada, aspecto del cual ninguno de los oferentes solicitó aclaración en el tiempo procesal oportuno. Cabe mencionar que posteriormente, mediante oficio AST-2013-0606-NOT el gestor de la compra definió que se requiere el monitoreo de 6 sockets, en el siguiente cuadro se presenta una comparación de costos entre los dos oferentes para el punto en cuestión.

Oferente	Cantidad elementos requeridos en el cartel	Cantidad elementos cotizados y recomendados	Precio mensual unitario cotizado	Precio mensual por la cantidad a monitorear	Precio Anual
<i>GCI</i>	<i>1</i>	<i>6</i>	<i>\$250,00</i>	<i>\$1.500,00</i>	<i>\$18.000,00</i>
<i>Sonda</i>	<i>1</i>	<i>Ilimitado</i>	<i>**</i>	<i>\$2.126,69</i>	<i>\$25.520,28</i>

(**) El oferente no brindó precio unitario porque indicó que el precio brindado es para el monitoreo de una cantidad ilimitada de sockets, posición que no es requerida por la CCSS.

Debido a lo expuesto en los párrafos anteriores, lo indicado por el consorcio Sonda Costa Rica-Sonda Chile no es válido, dado que la institución tiene la potestad en todo momento de poder adquirir más elementos y además por la omisión de no haber definido en el cartel la cantidad de socket a monitorear.

También se indica que dicho cambio en la recomendación final no puede ser vista como ventaja para el oferente GCI ya que el cambio fue para agregar elementos que no habían sido incluidos y por ende el mismo incrementó el monto inicial cotizado por GCI, siendo aún así sumamente inferior al cotizado por el Consorcio Sonda, tal y como claramente se observa en el cuadro anterior.

iii) La oferta de Global Communication Integrator (GCI) cotiza servicios en una cantidad insuficiente a la requerida en el pliego, y por lo tanto no responde a la necesidad institucional que exige el cartel.

En este punto el consorcio Sonda hace referencia a una serie de elementos que si bien es cierto se mencionan en el cartel en los folios del 119 al 120, algunos de los mismos no están directamente relacionados entre sí, estos son:

- 1. Sockets, tema ampliamente abordado y explicado en el punto anterior, este punto no tiene ninguna relación con los robots.*
- 2. Robot, dichos elementos son utilizados para simular la experiencia del usuario final de la aplicación y para medir el nivel del servicio que se brinda. El mismo está ligado al acápite 3.1.9., Elementos de Aplicaciones y no tiene ninguna relación con los sockets. Por ende de ningún modo se puede interpretar que la oferta de GCI únicamente incluye un robot tal y como lo indica Sonda.*
- 3. Elementos de aplicaciones web JAVA correspondiente al acápite 3.1.9 del cartel.*

El punto 3.1.9 concerniente a las aplicaciones JAVA posee la misma connotación del punto anterior relacionado con los sockets en el cual el Consorcio Sonda se basa en el desglose enviado fuera de tiempo en el cual indicó que la cantidad de aplicaciones a monitorear también era ilimitada.

En el cartel se definió una cantidad aproximada de 20 aplicaciones y se mencionó un crecimiento anual aproximado del 10% sin que esto significase que el oferente debía contemplar dicho crecimiento en su oferta para el primer año. En el siguiente cuadro se presenta una comparación de costos entre los dos oferentes para el punto en cuestión de acuerdo a lo solicitado.

<i>Oferente</i>	<i>Cantidad elementos requeridos en el cartel</i>	<i>Cantidad elementos cotizados</i>	<i>Precio unitario</i>	<i>Precio mensual</i>	<i>Precio Anual</i>
<i>GCI</i>	<i>20</i>	<i>20</i>	<i>\$350,00</i>	<i>\$7.000,00</i>	<i>\$84.000,00</i>
<i>Sonda</i>	<i>20</i>	<i>Ilimitado</i>	<i>*</i>	<i>\$13.172,27</i>	<i>\$158.067,24</i>

() El oferente no brindó precio unitario porque indicó que el precio mensual brindado es para el monitoreo de una cantidad ilimitada de aplicaciones JAVA, posición que no es requerida por la CCSS.*

Debido a lo indicado en los párrafos anteriores, lo expuesto por el consorcio Sonda no es válido, dado que la cantidad de aplicaciones solicitadas por la Caja y cotizadas por GCI es correcta de acuerdo a la oferta visible en el folio 454.

En conclusión se tiene que:

1. *Se debe hacer énfasis de que la mayoría de las objeciones realizadas por el Consorcio Sonda a lo largo de todo el proceso, se basaron en la nota enviada el 4 de setiembre (folios del 1502 al reverso del 1506) en la cual indican a través de un desglose, que el cobro realizado para varios de los elementos solicitados en el cartel es para una cantidad superior y/o hasta ilimitada. Situación que no fue indicada en la oferta inicial, folio 1013.*

- *3.1.9, Elementos de Aplicaciones JAVA, indica cantidad ilimitada*
- *3.1.10, Sockets, indica cantidad ilimitada*
- *3.1.11, Bases de Datos, indica rango de tolerancia de crecimiento del 20%*

Dicha nota fue enviada por Sonda fuera del tiempo estipulado por ley y sin que la misma le hubiese sido solicitada a pesar de que la nota dicta que es en respuesta al oficio AST-2013-0487-NOT.

En el folio 1482 se puede ver que la nota de la CCSS únicamente solicitaba el desglose del ítem 2, mas no así el del ítem 3.

2. *Si bien es cierto en dicho desglose (folios del 1502 al reverso del 1506) no hubo ninguna modificación del precio total, el oferente Sonda incluyó notas (cantidades) que no fueron mencionadas en la oferta inicial, folio 1013 y de las cuales hizo uso convirtiéndolas en una ventaja competitiva a su favor por cuanto al momento del envío del desglose, ya conocía el detalle de las plicas presentadas por los otros oferentes durante la apertura (13 de agosto 2013).*
3. *Inmediatamente después del envío de dicho desglose, el mismo 4 setiembre, Sonda envió otra nota (visible en los folios del 1531 al reverso del 1532) en la cual indicó por primera vez que GCI había cotizado cantidades inferiores a las requeridas, basándose evidentemente dicha observación en el desglose indicado. Cabe destacar que la comisión se refirió en forma amplia a los cuestionamientos de Sonda en el informe de recomendación técnica visible en los folios del 1753 al 1771.*
4. *El cartel en su capítulo 1, punto 11.4, folio 100, era muy claro al indicar “La CCSS se reserva el derecho de realizar modificaciones al contrato en cualquier momento de la vigencia del mismo de manera que puede agregar o excluir componentes para cualquiera de los tres ítems. El monto del nuevo valor del contrato será establecido tomando como base el desglose y estructura de precios solicitado en el apartado 7. Dichas modificaciones se realizarían en apego a lo establecido en el artículo 200 RLCA.”*

5. *La oferta de GCI siempre fue clara en cuanto a su desglose y en apego a lo solicitado en el cartel, específicamente los puntos 7.4 y 11.4 del capítulo 1.*
6. *A pesar de los ajustes realizados por la administración en cuanto a la cantidad de los elementos mencionados anteriormente (sockets) y que fueron agregados durante el proceso de adjudicación, la oferta de GCI continua siendo un **35.6 % menor** a la oferta del consorcio Sonda. Logrando la administración un uso apropiado de los recursos públicos y cumpliendo además con todo lo estipulado en el pliego cartelario.*

<i>Oferente</i>	<i>Precio mensual</i>	<i>Precio Anual</i>	<i>Diferencia relativa</i>
<i>GCI, recomendación final</i>	<i>\$19.500,00</i>	<i>\$234.000,00</i>	<i>35.6 % menor a la oferta de Sonda</i>
<i>Sonda</i>	<i>\$30.311,08</i>	<i>\$363.732,96</i>	<i>55.4 % mayor a la oferta de GCI</i>

v) El oferente GCI incumple con el requerimiento cartelario sobre los dos años previos en planilla de su personal (caso de gerente para la administración del servicio).

Tal y como consta en el folio 574 del expediente, la empresa GCI aporta una consulta web de la aplicación autogestión planilla en línea en donde demuestra que la persona propuesta para fungir como gerente para la administración del servicio de monitoreo (Alejandro Antonio Leitón Quesada, cedula 1-1210-0671) está en planilla desde el 01/06/2011, con lo cual cumple los 2 años solicitados en el cartel, por lo tanto lo expuesto por el consorcio no es válido.

Por todo lo anterior, esta Comisión Técnica rechaza todos y cada uno de los cuestionamientos planteados por el consorcio Sonda en su recurso de revocatoria, manteniendo la adjudicación del ítem No. 3 a la firma GCI, por cumplir técnicamente con lo solicitado en el cartel y por presentar el precio más conveniente a los intereses de la Institución.

CRITERIO

El consorcio conformado por las empresas Sonda Tecnologías de Información de Costa Rica S.A.-Sonda Chile, presenta su recurso el 29 de enero del 2014, es decir dentro del plazo de cinco días hábiles en vista de que la comunicación de la adjudicación fue publicada en el Diario Oficial La Gaceta N° 15 del 22 de enero de 2014. El recurso pretende que se revoque el ítem 3 el cual fue adjudicado a la empresa GCI por un monto de \$234.000.00 (doscientos treinta y cuatro mil dólares), los cuales convertidos a colones al día de la presentación del recurso² arroja un total de ¢119.592.720.00 (ciento diecinueve millones quinientos noventa y dos mil setecientos veinte colones), los cuales no alcanzan para plantear el recurso de apelación ante la Contraloría General de la República³. En consecuencia se debe admitir el recurso en razón de que el mismo fue planteado ante la Administración licitante, dentro del plazo establecido y ante el órgano competente según la cuantía del ítem recurrido.

² Al 29 de enero de 2014 el tipo de cambio para la venta del colón respecto del dólar era de ¢511.08

³ Al 29 de enero de 2014 el monto para plantear el recurso de apelación era de ¢205.000.000

I. SOBRE LA LEGITIMACIÓN DEL RECURRENTE.

De conformidad con lo establecido en el artículo 185 en relación con los artículos 176, 177 y 180, todos del Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa, el primer elemento que debe determinarse es si el recurrente ostenta un interés legítimo para recurrir y por consiguiente si podrían ser favorecidos con una eventual readjudicación.

El ejercicio para determinar la legitimación de un recurrente ha sido ampliamente analizado por la Contraloría General de la República, que ha expuesto los elementos que deben considerarse para que quede acreditada la legitimación y por ende un recurso de apelación o de revocatoria resulte admisible. Así por ejemplo en la resolución R-DCA-125-2007 de las 9:00 horas del 22 de marzo del 2007, el Órgano Contralor señaló:

***II. Sobre la legitimación de la apelante.** De previo a conocer el fondo del presente recurso es esencial determinar si la apelante tiene legitimación para solicitar la nulidad del acto de adjudicación. En ese sentido, debe tenerse claro que en aras de una adecuada aplicación de los **principios de eficiencia, conservación de los actos** y el enunciado jurídico de que **no es procedente declarar la nulidad por la nulidad misma**, toda empresa que acude ante esta sede a solicitar la anulación de un acto de adjudicación debe estar en la posición de **cumplir con dos aspectos esenciales**, por un lado ha de **ser una propuesta elegible** y, por otro, debe de acreditar que en caso de darse la anulación del acto, **sería la beneficiaria con la readjudicación**. En caso contrario tanto la normativa vigente, artículo 180 del Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa, **como los reiterados pronunciamientos de esta División** indican que lo procedente es el rechazo de plano del recurso.” (El destacado es nuestro)*

Como complemento de lo anterior, en la resolución R-DCA-169-2007 de las 8:00 horas del 25 de abril del 2007, la Contraloría General expuso lo siguiente:

***II. SOBRE LA LEGITIMACIÓN Y EL FONDO.** El marco legal de la materia indica (art. 88, Ley de contratación administrativa, en adelante LCA), tres de los supuestos por revisar para que se admita un recurso de apelación; así: **1. Que se acredite con precisión la infracción sustancial del ordenamiento jurídico, lo que conlleva a aceptar que lo insustancial, pese a tratarse de eventuales incumplimientos en la oferta del adjudicatario, por ejemplo, no tendría la capacidad de tornar en nulo un acto de adjudicación, de modo que por principio de conservación de los actos (art. 4, LCA), aquél se mantendría;** **2. Que se presenten estudios o dictámenes de profesionales calificados, cuando se discrepe de los propios estudios de la entidad licitante;** lo anterior si bien es un aspecto procesal por revisar en la admisibilidad, no desconocería que, en sí mismo, del texto del recurso se desprenda fundamento o motivo suficiente para generar “duda” o “presunción” de ilegalidad del acto dictado, con lo cual, bajo el amparo y derecho constitucional de poder cuestionar o recurrir los actos administrativos y reclamar justicia ante un jerarca impropio como la Contraloría General (recuérdese los alcances del art. 41 de la Constitución*

Política), sería suficiente para admitir un recurso sin exigir, por ende, esos estudios o dictámenes adicionales de los que se habla. Además, es imperioso recordar que en la materia aplica el principio del informalismo, con lo cual no cabe ordenar cumplimientos formales más allá de los estrictamente necesarios, siendo que los argumentos de un apelante, y la base técnica de sus consideraciones, bien podrían desprenderse de un recurso que satisfaga el requisito señalado en la norma en comentario. Finalmente, **3. Que no verse sobre aspectos ya precluidos, es decir, que no se utilice con exceso el recurso de apelación, y se pretenda con ello revivir discusiones que debieron ventilarse en el momento procesal oportuno. De esta manera, un recurso de apelación contra un acto de readjudicación no procede contra lo que procesalmente hablando pudo discutirse anteriormente, y sin importar si se era adjudicatario o apelante en ese momento anterior. La preclusión se fundamenta en la certeza del ejercicio sano, responsable y objetivo del derecho o, lo que es lo mismo, en resguardo de la seguridad jurídica.**

Ahora, **no bastará con que un apelante fundamente su recurso**, indique la infracción sustancial y no abuse del instrumento pretendiendo discutir lo que ya está precluido, **sino que se debe, además, motivar desde el interés “legítimo, actual, propio y directo”**, según lo regulado en los artículos 85, LCA y 176 del Reglamento a Ley de contratación administrativa, en adelante RCA. Lo anterior, se traduce en la creación por parte del apelante de un escenario potencialmente real **en el que éste podría convertirse en el “readjudicatario” del concurso**, siendo que ello provoca o da cabida al posible **“mejor derecho” del recurrente**, de frente al que aparece como adjudicatario, y de aquellos otros oferentes que eventualmente estén mejor ubicados en razón de la elegibilidad o del sistema de calificación de ofertas. Esto es, asimismo, lo que redactan los artículos 86 LCA, y especialmente el numeral 180 RCA cuando de éste se desprende que el recurso de apelación se debe rechazar por **improcedencia manifiesta**, en **cualquier etapa del procedimiento**: **a)** cuando el recurrente carece del mencionado interés legítimo, actual, propio y directo; **b)** **cuando no se explica o intenta acreditar el mejor derecho**, sea por estarse ante una oferta inelegible y **no se hace el esfuerzo por probar lo contrario**, o porque aún prosperando el recurso, **la suerte del acto ya dictado no cambiaría** en virtud del sistema de calificación empleado; **c)** cuando se apoyen los argumentos del apelante en aspectos ya resueltos por el órgano contralor, y no se dan razones sustantivas para modificar un criterio que ha de ser reiterado de modo que se ha convertido en una especie de precedente regla ya utilizado para resolver otros casos; **d)** cuando no se presente fundamentación suficiente (sea en el recurso, o en éste y los estudios o dictámenes de profesionales calificados que estime la parte recurrente).” (El destacado es nuestro)

De acuerdo con lo desarrollado por la Contraloría General de la República sobre el instituto de la legitimación para impugnar un acto final (adjudicación, desierto o infructuoso) de un procedimiento de contratación, el recurrente debe cumplir aspectos esenciales: que su oferta sea elegible, es decir, que haya superado los análisis administrativo-legal, técnico y financiero, y por ende se le haya aplicado el sistema de evaluación; que acredite su “mejor derecho” para ser beneficiado con una readjudicación en caso de darse la anulación del acto; que se acredite la infracción sustancial al ordenamiento jurídico en relación con el

acto dictado; que se presenten los estudios o dictámenes de profesionales calificados cuando se discrepe de los estudios efectuados por la administración licitante (aunque no es un requisito obligatorio si el recurrente presenta argumentos con base técnica); que los alegatos no versen sobre aspectos ya precluidos; que se haga un esfuerzo por probar lo contrario a lo concluido y decidido por la administración licitante.

Expone el Órgano Contralor que este análisis debe realizarse para garantizar una adecuada aplicación de los principios de eficiencia y conservación de los actos (artículo 4 de la Ley de Contratación Administrativa), así como para aplicar el enunciado jurídico de que no es procedente la nulidad por la nulidad misma. Por eso es vital que el recurrente acredite su mejor derecho para que le sea adjudicada la compra, y no centre sus alegatos en desacreditar el derecho del adjudicatario.

Ahora bien corresponde analizar si el recurrente cumple con cada uno de los requisitos para considerar que se encuentra legitimado para recurrir. En primer lugar tenemos que la oferta presentada por el Consorcio Sonda Costa Rica – Sonda Chile cumplió con los requisitos administrativos, legales y técnicos, sin embargo a pesar de ser una oferta elegible quedó en segundo lugar luego de aplicado el sistema de evaluación obteniendo un puntaje de 54,08.

Para efectos de determinar si el recurrente tiene un mejor derecho para resultar readjudicatario se debe analizar si los argumentos que expone como motivos para anular la adjudicación del ítem 3 tienen asidero, razón por la cual se entrará a conocer cada uno de los aspectos alegados en el recurso.

El consorcio recurrente alega, que la empresa adjudicataria no cotizó precios firmes y definitivos, por haber presentado un precio diferente para el primer año, para el segundo, tercer y cuarto año del contrato, que la administración dio una ventaja indebida a favor de la empresa adjudicataria permitiéndole indicar más allá de lo solicitado en el cartel la cantidad de sockets para los cuáles estaría dando soporte, que la oferta de la empresa adjudicataria cotiza una cantidad insuficiente a la requerida por el pliego cartelario y además alega que el personal aportado por la empresa adjudicataria no cumplió con los dos años de estar como empleado en planilla de la empresa según lo solicitado en el cartel de la presente licitación.

En este sentido se tiene que la oferta de GCI presentó un precio distinto para el primer año de la contratación respecto del precio de las eventuales prórrogas, sin embargo con posterioridad presenta una aclaración en el sentido de que los precios indicados para los años 2, 3, y 4, no aplicaban. Al efecto señaló:

*“Se aclara que el precio a considerar es el presentado **para el año 1 en el folio 0000063 de nuestra oferta para las eventuales prórrogas de un máximo de 3 años según el punto 11.3.** (Ítem 3, servicio de monitoreo de la plataforma tecnológica institucional) del capítulo I. (el resaltado es puesto).*

Se aclara que no aplican los precios del año 2, 3 y 4 por tratarse de un contrato de 12 meses con prórrogas de un máximo de 3 años que utilizan como base el precio del primer año.”

Se desprende de la anterior aclaración que para el caso concreto el precio ofertado para el primer año es el que prevalece, no sufriendo variación o modificación alguna,

manteniéndose cierto y definitivo por lo que cumple con lo establecido en el artículo 25 del Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa. Dicho artículo, en lo conducente menciona:

“Artículo 25.—Precio. El precio deberá ser cierto y definitivo, sujeto a las condiciones establecidas en el cartel o pliego de condiciones y sin perjuicio de eventuales reajustes o revisiones. No obstante, es posible mejorar los precios cotizados si el cartel estableció esa posibilidad, de conformidad con lo establecido en el artículo 42, inciso n) de la Ley de Contratación Administrativa y 28 bis de este Reglamento. En caso de divergencia entre el precio cotizado en números y letras, prevalecerá este último, salvo el caso de errores materiales evidentes, en cuyo caso prevalecerá el valor real (...).”

Adicionalmente se debe aclarar que la prórrogas de un contrato son meras expectativas, razón por la cual, aún cuando el proveedor hubiese ofertado un precio distinto para las prórrogas lo que interesa es el precio del primer año que es el que en definitiva se adjudica y en consecuencia es el único cierto dentro de la contratación. En este sentido vale la pena aclarar que en caso de proceder las prórrogas, las mismas mantendrían el precio del primer año, sin perjuicio de que el eventual contratista presente las revisiones al precio que en derecho correspondan.

Por otro lado se debe aclarar que la resolución R-DCA-081-2013 en la que se apoya el recurrente, no es de aplicación para el caso concreto, toda vez que la situación fáctica es totalmente distinta ya que en aquel caso el proveedor presentó una nueva tabla de pagos y modificó el precio, mientras que en el presente concurso lo que se aclaró fue la no aplicación de los precios para las prórrogas previstas permaneciendo el precio del primer año firme y definitivo.

En razón de lo expuesto se recomienda el rechazo de este argumento.

En relación a la aseveración de que la Administración le dio una ventaja indebida al adjudicatario al permitirle indicar el precio según la cantidad de seis (6) sockets que estaría dando soporte, la Comisión Técnica aclara en su oficio AST-2014-0053-NOT, que en un principio no se definieron cantidades en el cartel, pero en realidad la Institución cuenta con seis sockets que requieren ser monitoreados en forma constante debido al volumen de tráfico que manejan y su funcionalidad relacionada con la captación de recursos financieros, por lo que la recomendación se realizó aplicando el factor multiplicativo al precio unitario de \$3.000,00 anuales ofertado por GCI, dado que cotizó un precio unitario, mientras que en el caso de la recurrente se cotizó un único precio para una cantidad ilimitada, es decir que el precio sería el mismo si se trataba de un solo socket o seis.

Así mismo la Comisión Técnica en relación a la oferta del recurrente aclara lo siguiente:

“Se debe recalcar que el oferente SONDA basa su observación en un desglose de precios que envió posterior a la presentación de la oferta (4 de setiembre 2013) según consta del folio 1502 al reverso del 1506, desglose que no fue incluido en la presentación de la oferta inicial (13 de agosto 2013) folio 1013. De manera

que el mismo fue presentado de manera extemporánea al plazo permitido para aclaraciones, de acuerdo a la Ley de Contratación Administrativa.”

*Se debe también recalcar que la oferta de **GCI indica claramente en la nota 4 al pie de su oferta, que el monto cotizado corresponde al precio unitario tal y como fue solicitado en el cartel** en diversos acápite, principalmente el 7.4, en el folio 099 y el 11.4 en el reverso del folio 100.”*

A pesar de lo anterior la oferta del recurrente no cumplió con la disposición cartelaria, pues no cotizó como tal un precio unitario pues indicó una cantidad “ilimitada”. En razón de lo expuesto se considera que la Administración licitante en ningún momento otorgo una ventaja indebida a la oferta de la empresa GCI, tal y como lo apunta el recurrente.

En cuanto a que el adjudicatario cotiza servicios en una cantidad insuficiente a la requerida por el cartel, la comisión técnica aclara que la cantidad de aplicaciones solicitadas por la Caja y cotizadas por GCI es correcta de acuerdo a la oferta visible en el folio 454. Indica la comisión que en este caso el recurrente confunde elementos que no se relacionan entre sí al mencionar el tema de los sockets, los robots y las aplicaciones Java, mismas que fueron cumplidas por el adjudicatario, razón por la cual se recomienda también el rechazo de este argumento

Por último indica el recurrente que el Gerente para la administración del Servicio del ítem 3 no contaba con dos años de estar en planilla de la empresa, sin embargo lo cierto del caso es que consta en el folio 574 del expediente que el ingeniero de la empresa GCI propuesto como Gerente se encuentra en planilla desde el 01 de junio de 2011 y la apertura del concurso fue realizada el 13 de agosto de 2013, cumpliendo así con el requisito cartelario.

Por todo lo expuesto, el recurso interpuesto por el CONSORCIO SONDA COSTA RICA–SONDA CHILE, debe ser declarado sin lugar, confirmándose la adjudicación del ítem 3 de la licitación pública 2013LN-000001-1150 recaída en favor de la empresa Global Communications Integrators GCI.

RECOMENDACIÓN

*De conformidad con las consideraciones de hecho y de derecho expuestas, y con fundamento en los artículos 185, 186, 187, en relación con los artículos 176, 177, 180, todos del Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa, se recomienda a la Junta Directiva **declarar sin lugar**, el recurso de revocatoria interpuesto por el CONSORCIO SONDA TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN DE COSTA RICA S.A.- SONDA CHILE, contra la adjudicación del ÍTEM No 3, Servicios de monitoreo de la plataforma tecnológica institucional, de la Licitación Pública 2013LN-000001-1150.*

Por tanto, acogida la citada recomendación y la propuesta de acuerdo de la Dirección Jurídica y con fundamento en lo ahí expuesto, la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA** declarar sin lugar el recurso de revocatoria interpuesto por el CONSORCIO SONDA TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN DE COSTA RICA S.A.- SONDA CHILE, contra el acto de adjudicación del ítem número 3 (tres) de la Licitación Pública 2013LN-000001-1150 y se confirma la adjudicación

de dicho ítem, en todos sus extremos. En consecuencia, se da por agotada la vía administrativa. **Notifíquese.**

ARTICULO 33°

Se conoce el oficio número DMA-049-03-2014 de fecha 24 de marzo del año 2014, que firma la Sra. Marielos Alfaro Murillo, Diputada de la Asamblea Legislativa de Costa Rica, mediante el cual solicita que se le brinde respuesta sobre la gestión respecto de recalificar el Hospital San Vicente de Paul en categoría de Hospital Regional. Señala que en enero de este año la Dra. Ileana Balmaceda Arias, Presidenta Ejecutiva, le indicó que las gestiones estaban teniendo eco en la Institución y que pronto se podría concretar. Manifiesta que toda la comunidad herediana está a la espera de que las autoridades de la Caja tomen esa decisión y confía en que se concrete antes de finalizar este gobierno.

Se tiene que en el artículo 22° de la sesión N° 8657, celebrada el 22 de agosto del año 2013, la Junta Directiva adoptó la resolución que literalmente dice:

“Se tiene a la vista la nota número DMA-153-08-2013 de fecha 7 de agosto del año 2013, suscrita por la señora Diputada Marielos Alfaro Murillo, en la cual indica que el año anterior solicitó a la Presidencia Ejecutiva información sobre por qué el Hospital San Vicente de Paul continúa clasificado como Hospital Periférico, si por la dotación de recursos económicos, humanos y las especialidades que se ofrecen, hoy podría ser clasificado como Hospital Regional. La Dra. Ileana Balmaceda Arias, Presidenta Ejecutiva, le envió copia de uno de los últimos estudios hechos por la Gerencia Médica de la Caja y confirma que el Hospital San Vicente de Paul tiene asignados más recursos económicos que hospitales como el de Cartago y el de Alajuela (Hospitales Max Peralta y San Rafael de Alajuela) e indica que una de las conclusiones del estudio dice que el Hospital de Heredia tiene condiciones similares a las de los Hospitales Regionales. Dado lo anterior, plantea las siguientes interrogantes: “¿Por qué continúa el Hospital San Vicente de Paul clasificado como Periférico? ¿Quién toma la decisión de hacer la reclasificación del mismo?”

*Informa que la población herediana está decidida a no dejar pasar más tiempo hasta recibir la buena noticia de que la Caja dotará de las condiciones necesarias al Hospital San Vicente de Paul para que sea calificado como Hospital Regional, por lo que en nombre de varias organizaciones sociales de la Provincia, solicita una audiencia para que los Diputados de la Provincia, la Junta de Salud del Hospital, las juntas directivas de la organización Heredia por media calle y de la Fundación Amor, Esperanza y Vida, puedan conversar sobre esta inquietud y buscar, entre todos, alcanzar la meta de darle al Hospital de Heredia la condición que debe tener, y la Junta Directiva **ACUERDA** solicitar a la Gerencia Médica el respectivo informe, en un plazo de quince días, y posponer lo atinente a la solicitud de audiencia para una vez que se reciba el citado informe”*,

y la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA** trasladarlo a la Gerencia Médica, para lo correspondiente y que en forma oportuna se informe a la señora Diputada Alfaro Murillo, en cuanto al trámite dado a su gestión.

ARTICULO 34°

“De conformidad con el criterio SJD-AL-0036-2020 del 12 de octubre de 2020, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con reiterada jurisprudencia de Sala Constitucional y la respectiva normativa, se excluye de publicación”.

ARTICULO 35°

Se tiene a la vista la solicitud de Gerencia N° GMD-SJD-4977-14 de fecha 25 de marzo del año 2014, suscrita por la Gerente Médico, en la cual se refiere a la conclusión de nueve acuerdos de Junta Directiva antiguos y en los que anexa las declaraciones correspondientes, en cuanto a la atención brindada, de acuerdo con el siguiente detalle:

Sesión	Artículo	Acuerdo adoptado
8126	8	La Junta Directiva, de conformidad con el oficio de la Presidencia Ejecutiva, número PE.94-07 de fecha 10 de enero del presente año y la recomendación del ingeniero Escalante González, en ausencia de la señora Gerente de la División Médica ACUERDA instruir a las Gerencias de las Divisiones Médica, Administrativa y Financiera para que ejecuten todas las acciones pertinentes y necesarias a efecto de que los puestos de los Directores de Gestión Regional y Red de Servicios de Salud, Central Norte, Central Sur, Huetar Norte, Pacífico Central, Chorotega y Brunca, se incluyan dentro del régimen de puestos de confianza, de conformidad con lo que establece el Reglamento aprobado en el artículo 11° de la sesión número 8058.
8373	20	Por tanto, conocida la información presentada por el señor Gerente de Pensiones, teniendo a la vista el oficio número GM-35.312/GP-37.275/GA-35.993/GF-38.426 del 20 de agosto en curso y con base en lo deliberado, la Junta Directiva ACUERDA solicitar a la Gerente Médico y a los Gerentes Administrativo, Financiero y de Pensiones que, en un plazo de tres meses, presenten a la Junta Directiva una propuesta integral respecto de cuáles son las tareas, los alcances, los programas y las eventuales formas de operar en materia de prestaciones sociales en la Caja Costarricense de Seguro Social.

Sesión	Artículo	Acuerdo adoptado
8383	4	<p>Por tanto, conocida la información presentada que concuerda con los términos del oficio N° 23366-8 del 7 de setiembre del año 2009, suscrito por la señora Gerente Médico, por medio del cual se presenta el informe en relación con la evaluación del Plan Piloto para el Fortalecimiento de las Cirugías de Retina y/o Vítreo, en la Clínica Oftalmológica, así como la información complementaria que se ha presentado en esta sesión, y teniendo a la vista la recomendación de la Unidad Técnica de Listas de Espera, la Junta Directiva ACUERDA continuar el fortalecimiento de la capacidad resolutoria de las cirugías de retina o vítreo, por medio de la continuidad del <i>Plan Piloto para el fortalecimiento de la capacidad resolutoria de la Clínica Oftalmológica</i>, por un período de cuatro meses ó 120 (ciento veinte) días naturales. Deberá realizarse una evaluación previa en el mes de diciembre del año 2009 y otra evaluación final en febrero del año 2010, la cual deberá ser presentada a la Junta Directiva.</p> <p>Por otra parte, se toma nota de que la producción esperada y el presupuesto constan en el anexo, Cuadro N° 8.”</p>

Sesión	Artículo	Acuerdo adoptado
8441	1	<p>Por tanto y con base en las mismas consideraciones que se tuvieron presentes en la resolución adoptada en el artículo 5° de la sesión N° 8433, celebrada el 25 de marzo de 2010 y para evitar cualquier eventual interrupción de los servicios que son importantes para la atención de los pacientes, la Junta Directiva ACUERDA prorrogar hasta el 31 de mayo del año 2010 el <i>Plan piloto para la atención de pacientes neuroquirúrgicos en jornada no ordinaria</i>, según los términos en que se acordó en el artículo 4° de la sesión número 8419, celebrada el 2 de febrero del año 2010.</p>
8442	2	<p>Conocida la comunicación de fecha 20 de abril del año 2010, suscrita por el Sr. Oscar M. Carmona Calderón, señala que en calidad de paciente de la Caja somete a consideración la lectura y análisis del documento que adjunta sobre una descripción general de la experiencia que vivió en los últimos meses y señala una cronología de los hechos y gestiones realizadas (<i>se le implantó en el Hospital Calderón Guardia un cardiodesfibrilador (DAI) MEDTRONIC de la familia Marquis DR7274 con un cable ventricular Sprint Fidelis modelo 6948, de los cuales menciona que algunos dan problema de fractura ocasionando al paciente descargas inapropiadas que pondrían en riesgo su vida e incluso provocar la muerte</i>). Indica que estuvo internado por 73 días en el Hospital México esperando una respuesta de la empresa “<i>MEDTRONIC INC.</i>”, y su representante en Costa Rica “<i>MEDITEK SERVICES S.A.</i>”, proveedores de la Caja; además, menciona la situación que afrontan varios pacientes asegurados de la Institución quienes, por falta de información, según considera, mantienen el riesgo inminente de perder sus vidas. Espera el aporte que se brinde para que estos pacientes puedan recibir la atención necesaria, y la Junta Directiva ACUERDA trasladarla e instruir a la Gerencia Médica para que diligentemente adopte las acciones que corresponda, para la protección de los intereses de los pacientes y los institucionales.”</p>

Sesión	Artículo	Acuerdo adoptado
8464	9	<p>ACUERDO SEGUNDO: acogido el planteamiento de la Directora Solera Picado, la Junta Directiva ACUERDA solicitar a la Gerencia Médica el respectivo estudio en relación con la productividad, el gasto, entre otros, en cuanto a la consulta vespertina, consulta externa, servicios de emergencia, entre otros.</p>
8476	33	<p>Se conoce la comunicación de fecha 19 de octubre del año 2010, suscrita por el Sr. Harry Bodaan, Presidente de la Cámara de Comercio, Industria y Turismo de Aguirre, Quepos, mediante la cual expresa su preocupación sobre la situación que tiene el Hospital Max Terán Valls de Quepos en cuanto a la necesidad de especialistas para que brinden servicio las 24 horas durante todo el año, así como la deficiencia de personal en el Servicio de Emergencias. Se refiere a la urgente necesidad de contar con una plaza nueva para cada una de las siguientes especialidades: Psicología, Ginecoobstetricia, Pediatría (permanente, temporal y para sustitución), Trabajo Social, Emergenciólogo, Anestesiólogo, Radiólogo y Cirujano, dicho hospital cuenta con la infraestructura para brindar estos servicios. Manifiesta que, como representante del sector privado y conocedor del aporte patronal que brindan las empresas de la zona a la Caja, el cual considera que es bastante considerable, se le debe retribuir una mejor oferta de servicios especializados. Considera importante realizar un análisis de la situación en dicho Hospital y que se logre en el corto plazo la apertura de estas nuevas plazas, además en el Decreto Ejecutivo N° 35876-S, sobre el <i>“LINEAMIENTO PARA EL SECTOR SOCIAL Y LUCHA CONTRA LA POBREZA: IMPLEMENTACIÓN DE LOS SUBSISTEMAS LOCALES DE PROTECCIÓN A LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA EN LAS ONCE COMUNIDADES PRIORITARIAS”</i>, dentro de los once comunidades prioritarias están los Cantones de Aguirre y Parrita. Solicita que se tome un acuerdo para que se contemple dentro del plan operativo la apertura de las nuevas plazas citadas para cubrir la demanda de servicios médicos especializados y así dar cumplimiento con el citado decreto ejecutivo, y la Junta Directiva ACUERDA trasladarla a la Gerencia Médica, para su análisis y respuesta al Presidente de la Cámara de Comercio, Industria y Turismo de Aguirre, con copia para la Junta Directiva.”</p>

8497	5	<p>Por consiguiente, en acatamiento de los votos de la Sala Constitucional mencionados, números 2010009047 y 2011001875, la Junta Directiva ACUERDA:</p> <p>ACUERDO PRIMERO: continuar con la implementación del <i>Plan piloto Cirugía Vespertina</i> en el Hospital Calderón Guardia hasta por un plazo de dos meses, sin menoscabo de que la administración disponga, posteriormente, tal cual la Sala Constitucional lo señaló, una solución alterna, siempre con resguardo del derecho de atención al cuidado de la salud y la vida de los pacientes.</p> <p>Lo anterior, con todas las condiciones de control que se han venido implementando en el resto de fases ejecutadas.</p> <p>ACUERDO SEGUNDO: atendiendo el principio de eficiencia en el manejo de los recursos financieros y el derecho a la salud y a la vida, y con el fin de implementar lo acordado en el acuerdo precedente, instruir a la Gerencia Médica y al Director del Hospital Calderón Guardia, para que presenten un plan de apertura de un segundo turno aprovechando al máximo todos los recursos, previo criterio legal pertinente.</p>
8508	17	<p>Se conoce el oficio número DG-0920 de fecha 10 de mayo del año 2011, suscrito por el Dr. Francisco Pérez Gutiérrez, Director General del Hospital San Rafael de Alajuela, en el que señala que mediante oficio N° DG-0417 de fecha 1° de marzo del año 2011 expuso la situación que se está presentando en el Servicio de Anatomía Patológica de ese Hospital, como resultado del déficit de recurso humano profesional y técnico; en dicho oficio propuso algunas opciones de solución y fue conocido en el artículo 55° de la sesión N° 8497 y se trasladó a la Gerencia Médica para su atención. Indica que por medio del oficio N° DRSSCN-ED-1338-2011 suscrito por el Dr. Rodolfo Martínez Jiménez, Director a.c., de la Red de Servicios de Salud, (adjunta copia) se le comunica “<i>que ninguna de las opciones propuestas son viables en este momento, razón por la cual les solicito coordinar con los doctores Eduardo Cambronero y Fernando Mena, Director General y Jefe del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Max Peralta, para analizar la posibilidad de resolver parcial o totalmente la lista de espera de Biopsias del Hospital San Rafael de Alajuela</i>”. El problema para implementar esta opción de solución es que debido al recorte presupuestario que sufren los centros de salud sólo cuentan con el contenido económico en las partidas de extras corrientes de médico y tiempo extraordinario hasta junio y julio, respectivamente. La Junta Directiva en el artículo 11° de la sesión N° 8484, celebrada el 9 de diciembre de 2010, aprobó la “<i>Estrategia de abordaje a la problemática</i>”</p>

		<p><i>de listas de espera por un diagnóstico anatomopatológico” en los Hospitales México y San Rafael de Alajuela, y señala que la lectura de 1700 biopsias que finaliza el 19 de mayo del presente año y actualmente tienen 3.800 biopsias pendientes de procesar, que no estaban incluidas dentro del Proyecto de la UTLE (Unidad Técnica de Listas de Espera). Dado lo anterior, recurre para que se autorice a la UTLE para que en forma sostenible continúe financiando ese proyecto hasta tanto el hospital no cuente con los recursos médicos y tecnólogos para atender la demanda. Manifiesta que ese despacho está de acuerdo con que la UTLE evalúe el proyecto que finaliza el 19 de mayo en curso, así como sus resultados, y la Junta Directiva ACUERDA trasladarlo a la Gerencia Médica, para su análisis, atención y respuesta al doctor Gutiérrez Pérez, y que informe a la Junta Directiva en cuanto al resultado de esta gestión.”</i></p>
--	--	---

La Directora Solera Picado ve la conveniencia de que el asunto sea revisado, pues en el caso particular del artículo 9° de la sesión número 8464, que se refiere al informe pedido en cuanto a la consulta vespertina, consulta externa, servicios de emergencia, entre otros, el informe está pendiente de ser presentado.

Por tanto, se dispone que el asunto, en general, sea presentado por la Gerencia Médica, en la próxima sesión ordinaria.

ARTICULO 36°

Por unanimidad, **se declara la firmeza** de la correspondencia hasta aquí aprobada.

ARTICULO 37°

Se toma nota de que el Director Marín Carvajal expresa su interés de tener a la mano la política referente a los activos que tienen guía de reemplazo y de que se encarga a la Secretaría de la Junta Directiva localizar la política que rige la materia (Guía de reemplazo de equipo) y remitirla al licenciado Marín Carvajal.

A las dieciocho horas con cuarenta y cinco minutos se levanta la sesión.