

Miércoles 8 de octubre de 2014

Nº 8743

Acta de la sesión extraordinaria número 8743, celebrada por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, a las doce horas del miércoles 8 de octubre de 2014, con la asistencia de los señores: Presidenta Ejecutiva, Dra. Sáenz Madrigal; Directores: Dr. Fallas Camacho, Licda. Soto Hernández, Dr. Devandas Brenes, Lic. Gutiérrez Jiménez; Auditor, Lic. Hernández Castañeda; y Lic. Alfaro Morales, Subgerente Jurídico. Toma el acta Emma Zúñiga Valverde.

La Directora Alfaro Murillo comunicó con antelación que no le será posible estar presente en esta sesión. Disfruta de permiso sin goce de dietas.

El Director Barrantes Muñoz se encuentra en vacaciones. Disfruta de permiso sin goce de dietas.

El Director Alvarado Rivera no está presente en esta sesión. Disfruta de permiso sin goce de dietas.

El Director Loría Chaves informó que retrasará su llegada a esta sesión.

ARTICULO 1º

Comprobación de quórum.

La Directora Alfaro Murillo comunicó con antelación que no le será posible estar presente en esta sesión. Disfruta de permiso sin goce de dietas.

El Director Barrantes Muñoz se encuentra en vacaciones. Disfruta de permiso sin goce de dietas.

El Director Alvarado Rivera no está presente en esta sesión. Disfruta de permiso sin goce de dietas.

El Director Loría Chaves informó que retrasará su llegada a esta sesión.

ARTICULO 2º

No habiendo observaciones, la agenda se desarrollará conforme con lo previsto en el documento distribuido.

Ingresa al salón de sesiones la señora Gerente Médico, doctora María Eugenia Villalta Bonilla, y el doctor Esteban Vega de la O, Coordinador Nacional de Servicios Farmacéuticos, Área de Regulación y Sistematización al Diagnóstico y Tratamiento de la Dirección Desarrollo de Servicios de Salud.

ARTICULO 3°

Conforme con lo solicitado, se presenta el oficio N° GM-SJD-5662-2014, del 30 de setiembre del año en curso, que firma la señora Gerente Médico, que contiene el Informe relacionado con las plazas para Farmacéuticos y Técnicos en Salud en Farmacia.

La exposición está a cargo el doctor Vega de La O, con base en las siguientes láminas:

- 1) Caja Costarricense del Seguro Social
Dirección Desarrollo Servicios de Salud
Área de Regulación y Sistematización al Diagnóstico y Tratamiento
Coordinación Nacional Servicios Farmacéuticos
Estrategias Institucionales para atender el despacho de las recetas de medicamentos en las farmacias de las Áreas de Salud y las Sedes de EBAIS
Setiembre 2014.

2)



2

3) RECOMENDACIÓN Y PROPUESTA DE ACUERDO

La Gerencia Médica una vez realizada la presentación sobre el Informe de plazas para farmacéuticos y técnicos de salud en farmacia, recomienda a la Junta Directiva, dar por recibido el informe presentado por esta Gerencia Médica mediante oficio GM-SJD-5662-2014, del 30 de setiembre de 2014.

A propósito de una consulta de la Directora Soto Hernández, señala la doctora Villalta Bonilla que los EBAIS móviles, son los que realizan visitas en forma periódica a todo el país, en los vehículos de la Institución.

La Directora Soto Hernández aclara que tenía el concepto de unidad móvil diferente, pues consideraba que la Institución contaba con vehículos tipo “Unidad Móvil”.

En cuanto a una pregunta, el Dr. Vega de la O indica que existen 754 puestos de visita periódica; de la sede de EBAIS se desplazan a lo que se denominan EBAIS móviles, pero son puestos de visita periódica.

Recuerda la doctora Sáenz Madrigal que cuando se presentó el tema de las plazas, se indicó que se tienen alrededor de 70 plazas, se aprobó un número de 24 plazas y la Junta Directiva consideró que se debían revisar, dado que se sometió a consideración del Órgano Colegiado 40 plazas para ser aprobadas y de ellas, se justificaron 24. Son las que se están analizando y, en ese sentido, se identificaron tres modalidades, las de núcleos de despacho, las de EBAIS desconcentrados y móviles y por último, el EBAIS móvil puro; la diferencia entre ellos, es el número de población y la distancia existente. Entonces, aquellos lugares donde la distancia corresponde a más de 17-15 kilómetros, son lugares donde no les da tiempo a las personas para que se desplacen, ida y vuelta para retirar los medicamentos. A raíz de esa situación, se elaboró la propuesta.

El Director Gutiérrez Jiménez, desea conocer si se revisó que esos perfiles de las plazas, de las 3.200 plazas que existen en el Nivel Central, se pueden comparar para identificar, si alguna se podría reubicar en alguno de esos lugares, donde se están necesitando farmacéuticos, en lugar de que estén ocupando el puesto, en Oficinas Centrales. Manifiesta su preocupación, en términos de que se estén creando plazas, sino se ha realizado la valoración de las que se tienen en Oficinas Centrales, posiblemente, si se identifican perfiles, se podrían redistribuir plazas existentes que no, necesariamente, se estén utilizando de la manera más eficiente. Aclara que es una presunción, reenviarlas o redireccionarlas a otro lugar, porque de lo contrario, se estaría realizando un doble nombramiento, el que se tiene hoy aquí, más una nueva plaza. Reitera su preocupación, en el sentido de que se creen plazas nuevas y, por ejemplo, la situación de los nombramientos interinos, cuántas plazas de farmacia están en esas condiciones y no, necesariamente, se estén ocupando todas dentro de las farmacias, estas se podrían redistribuir. Además, considera que no se está realizando la tarea y se crean más plazas, sin tener la evaluación del desempeño y de productividad, en la que ha venido insistiendo, desde tiempos anteriores.

Sobre el particular, señala la Gerente Médico que en el Nivel Central existen dos plazas, la que ocupa el Dr. de la O y una asistente y, otra plaza está ubicada en el CENDEISS, para la formación de farmacéuticos, son los únicos farmacéuticos que se tienen a nivel de la Gerencia Médica. Es decir, en el Nivel Central no existen plazas vacantes de esa naturaleza, pero de ser así, se utilizarían en los EBAIS que están más lejanos del país, por ejemplo, en Grano de Oro de Turrialba, es una de las áreas más lejanas de país.

El licenciado Gutiérrez Jiménez consulta si se realizó la evaluación de las necesidades de esas plazas y del impacto que se producirá, en la prestación de los servicios de salud. Ha insistido en que cuando se crean nuevas plazas, aparejada con la propuesta, se debe incluir una evaluación de corto plazo, en la que se evalúe y se garantice que se producirá un impacto. Por ejemplo, si se crean tres plazas, en un plazo perentorio, se debe realizar una evaluación para conocer cuál es el

impacto que se produjo, porque de lo contrario, se están creando plazas, en el entendido de que se producirá un impacto, pero sino se evalúa no se conoce el resultado deseado y se continúa con la lista de espera y de procesos.

Pregunta el Auditor si se realizó el estudio de necesidades para cada una de las plazas y si su creación obedeció, a la política institucional aprobada por la Junta Directiva.

Sobre el particular, señala el Dr. Vega de la O que es correcto, las plazas que se han estado creando responden a la metodología y a las políticas de recursos humanos. Antes de someter estas plazas al conocimiento de la Junta Directiva, son analizadas por el Área de Planificación y la Dirección de Administración y Gestión de Recursos Humanos.

Recuerda la Dra. Sáenz Madrigal que las plazas, habían sido aprobadas, pero se solicitó que se revisara su ubicación y justificación. No son plazas adicionales.

Refiere el licenciado Gutiérrez Jiménez que, aparentemente, se solicitó se aprobaran 40 plazas, pero se solicitó que se revisara, sin embargo, se está indicando que son 26 plazas y 14 quedan pendientes de crear. Le parece que el acuerdo se debe corregir, dado que las plazas autorizadas fueron 26 y no 40.

Al respecto, refiere la doctora Sáenz Madrigal que este tema fue discutido ampliamente y se acordó, que las 40 plazas fueran revisadas. Hoy lo que se presenta es la autorización de la asignación de las 24 plazas y las otras, quedan sin utilizar.

Por tanto, se tiene a la vista el oficio N° GM-SJD-5662-2014, fechado 30 de setiembre del año en curso que firma la señora Gerente Médico y, en lo conducente, literalmente se lee así:

“RESUMEN EJECUTIVO

La Gerencia Médica, se procede a presentar el Informe respectivo sobre las plazas para farmacéuticos, mismo que se adjunta, el cual se enfoca a las estrategias implementadas para el abordaje del despacho de las recetas, elaborado por el Dr. Esteban Vega de la O, Coordinación Nacional de Servicios Farmacéuticos, Área de Regulación y Sistematización al Diagnóstico y Tratamiento de la Dirección Desarrollo de Servicios de Salud.

RECOMENDACIÓN Y PROPUESTA DE ACUERDO

La Gerencia Médica una vez realizada la presentación sobre el Informe sobre plazas para farmacéuticos, recomienda a la Junta Directiva, dar por recibido el informe presentado por esta Gerencia Médica mediante oficio GM-SJD-5662-2014, del 30 de setiembre de 2014”,

y, habiéndose hecho la presentación pertinente, por parte del doctor Esteban Vega de la O, Coordinador Nacional de Servicios Farmacéuticos, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** dar por recibido el informe presentado la Gerencia Médica mediante el referido oficio número GM-SJD-5662-2014.

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 doctor Vega de la O se retira del salón de sesiones.

Ingresa al salón de sesiones la doctora Sandra Rodríguez Ocampo, Directora; la licenciada Loredana Delcore Domínguez, Jefe Subárea de beneficios para estudio del CENDEISSS (Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social) y la licenciada Ana María Coto Jiménez, Asesora de la Gerencia Médica.

Ingresa al salón de sesiones el Director Loría Chaves.

ARTICULO 4°

Se presenta el oficio N° GM-SJD-5596-2014, de fecha 08 de setiembre del año 2014, que suscribe la señora Gerente Médico, por medio del que presenta el informe sobre beneficios para estudio y propuesta de Plan Estratégico de Desarrollo del Recurso Humano CCSS, 2016-2020.

La exposición está a cargo de la doctora Rodríguez Ocampo, con base en las siguientes láminas:

I) CENDEISSS

Oficio GM-AJD-5589-2014:

Informe sobre Beneficios para Estudio y Propuesta de Plan Estratégico de Desarrollo del Recurso Humano CCSS 2016-2020.

Gestión de Beneficios para Estudios para el Desarrollo del Recurso Humano CCSS.

II) Contenido de la presentación

1. Función del CENDEISSS en el tema de las Becas.
2. Gestión de Beneficios para Estudio y Método de Selección.
3. Casos de Excepción.
4. Plan de Desarrollo del Recurso Humano.

III) Gestión de beneficios

- Función del CENDEISSS en materia de otorgamiento de beneficios para estudio El Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS) es el responsable de la conducción estratégica de los procesos de formación y capacitación en la CCSS.
- La capacitación y la formación del personal son fundamentales para el desarrollo de la seguridad social en particular y del Estado costarricense en general. La Constitución Política de Costa Rica indica en el artículo 67 lo siguiente:

“El Estado velará por la preparación técnica y cultural de los trabajadores”.

**IV) Desarrollo recurso humano.
Política de Capacitación y Formación de la CCSS**

- La Política de Capacitación y Formación de la CCSS, aprobada por la Junta Directiva de la CCSS, en la sesión 8202 del 15 de noviembre de 2007, establece que **la CCSS promoverá la equidad y el acceso universal de la población a los servicios de salud y pensiones.**
- Para ello se impulsará por medio de la **gestión de beneficios para estudio, el desarrollo del recurso humano (técnicos, administrativo, profesional y de servicios de apoyo) para la adecuada prestación de los servicios y la gestión institucional, con el propósito de contar entre los distintos equipos de trabajo con personas altamente capacitadas y formadas, según las necesidades identificadas.**

V) Gestión de beneficios:

Reglamento de Capacitación y Formación de la CCSS

- En el Reglamento de Capacitación y Formación de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), aprobado en la sesión 8161 del 21 de junio de 2007, se norma el marco general para **la gestión de la capacitación y formación del recurso humano Institucional, en el país o en el extranjero, siempre que tales actividades sean de interés y prioridad para la Caja y en el tanto contribuyan a mejorar los servicios que presta la Institución** (Capítulo 1 Disposiciones Generales, artículo 1).

VI) Beneficios para estudio:

Artículo 43 del Reglamento de Capacitación y Formación de la CCSS

- Son beneficios para estudio:
 - Asignación económica no reembolsable única o mensual.
 - El pago de inscripción de eventos de capacitación o formación nacionales o internacionales.
 - El pago de programas de estudio (matrículas y materias).
 - El pago de pasajes y derechos de salida del país de origen y de destino para eventos de capacitación o formación.
 - Una suma mensual como auxilio especial reembolsable.
 - Permiso con goce de salario, mayor a treinta días.

VII) Beneficiarios:

Artículo 50 del Reglamento de Capacitación y Formación de la CCSS

- Establece quienes pueden ser candidatos para solicitar un beneficio para estudio.
- Funcionarios en propiedad.
- Interinos (nombramiento no interrumpido de al menos tres años sobre plaza vacante) o personas externas deberán responder a una necesidad de capacitación.
 - Cursos de Auxiliares de Enfermería.
 - ATAP.

- Tecnicidades.

VIII) Identificación de necesidades.

Gestión de Beneficios para Estudio.

- La gestión del proceso de un beneficio para estudio inicia con la identificación de una necesidad de capacitación o formación en los DNFC elaborados por cada Centro y avalados por el CENDEISSS.
- Artículo 3: Es responsabilidad de cada centro de trabajo mantener actualizado un Diagnóstico de Necesidades de Capacitación y Formación de su personal, que cumpla con la metodología emitida por el CENDEISSS. Estos Diagnósticos deberán ser actualizados por las Unidades de Trabajo cada dos años.

IX) Selección de candidatos.

Gestión de Beneficios para Estudio

- Una vez identificada la necesidad así como la idoneidad del candidato por parte de las Unidades o centro de trabajo los solicitantes del beneficio deben presentar una serie de requisitos que responde a lo establecido en el artículo 29 del Reglamento.
- Proceso de selección (Art. 52):
- Las jefaturas de las unidades de trabajo de la CCSS tienen la responsabilidad de hacer la selección de los mejores candidatos tomando como criterio:
 - necesidades y prioridades del desarrollo del personal.
 - posibilidades de sustitución.
 - disponibilidad de tecnología.
 - cualquier otra condición para aprovechar los nuevos conocimientos.

X) Excepciones.

Gestión de Beneficios para Estudio

- Se exceptúa del proceso de selección el beneficiario que ha sido seleccionado por representantes de organismos nacionales o internacionales que otorgan el beneficio de estudio, siempre que respondan a las necesidades de capacitación y formación priorizadas por la Institución.
- Médicos residentes.

XI) Comité Beneficios para Estudio.

Gestión de Beneficios para Estudio

- Una vez recibida la documentación en el seno del Comité de Beneficios para Estudio, se procede a analizarla, según las funciones establecidas en el artículo 49 del Reglamento.
- Adicionalmente el Comité de Beneficios para Estudio analiza que cada solicitud esté contemplada dentro de las áreas definidas como prioritarias, según acuerdo de

la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, artículo 22 de la sesión 8707, del 31 de marzo de 2014.

XII) Comité Beneficios para Estudio.

Gestión de Beneficios para Estudio.

Artículo 49: El Comité de Beneficios para Estudio tendrá las siguientes potestades:

- Analizar y recomendar las solicitudes de beneficios, para el trámite ante las autoridades correspondientes en cada caso.
- Determinar el tipo y monto máximo del beneficio de estudio en consideración con el lugar y las condiciones exigidas por el centro donde el becario va a cursar los estudios.
- Solicitar información adicional para ampliar los datos disponibles, con el propósito de ampliar el criterio y tomar la decisión pertinente.
- Conocer y recomendar ante la autoridad superior, las prórrogas de cumplimiento tanto de becas como Auxilios Especiales.
- Resolver sobre los casos de incumplimiento de becas.

XIII) Áreas temáticas beneficios.

Ampliación áreas temáticas para el otorgamiento de Beneficios para Estudio.

- **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, atención primaria de la salud, 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 y gestión de proyectos, energía y gestión ambiental, arquitectura e ingeniería hospitalaria, técnicas actuariales, gestión de cobros e inspección, aseguramiento.

XIV) Análisis de variables.

Variables actuales para el análisis del otorgamiento de beneficios para estudio.

- **Perfil epidemiológico** nacional en relación al área de estudios (mortalidad y morbilidad).
- **Organización de los servicios de salud y sus condiciones:** incluir datos de las consultas, listas de espera, emergencias, hospitalización, procedimientos (en lo que aplique).
- **Situación del servicio:** relación organizacional, cuadros de reemplazo, recurso humano disponible, aspectos a mejorar, objetivos y resultados esperados con el desarrollo del proceso de capacitación y/o formación.

XV) Análisis de variables.

Variables actuales para el análisis del otorgamiento de beneficios para estudio.

- **Sobre el centro de estudios:** mencionar porque se seleccionó, cual es la trayectoria y condiciones que lo califican como un centro reconocido a nivel internacional para realizar los estudios propuestos.
- **Programa de estudios:** señalar los alcances y objetivos de la actividad educativa en relación con las necesidades del Servicio.
- **Impacto esperado** en el Servicio en términos cualitativos y cuantitativos.

XVI) Garantías.

Gestión de Beneficios para Estudio.

- Las solicitudes recomendadas por el Comité de Beneficios para Estudio, se remiten a los despachos de las Gerencias correspondientes con el fin de que se eleven a la Junta Directiva.
- Una vez aprobado por el órgano colegiado, el beneficiario debe suscribir el contrato de beneficios para estudio, así como rendir una garantía (fiduciaria o hipotecaria) a favor de la Caja. Art. 66.

XVII) Seguimiento beneficios.

Seguimiento de Beneficios para Estudio.

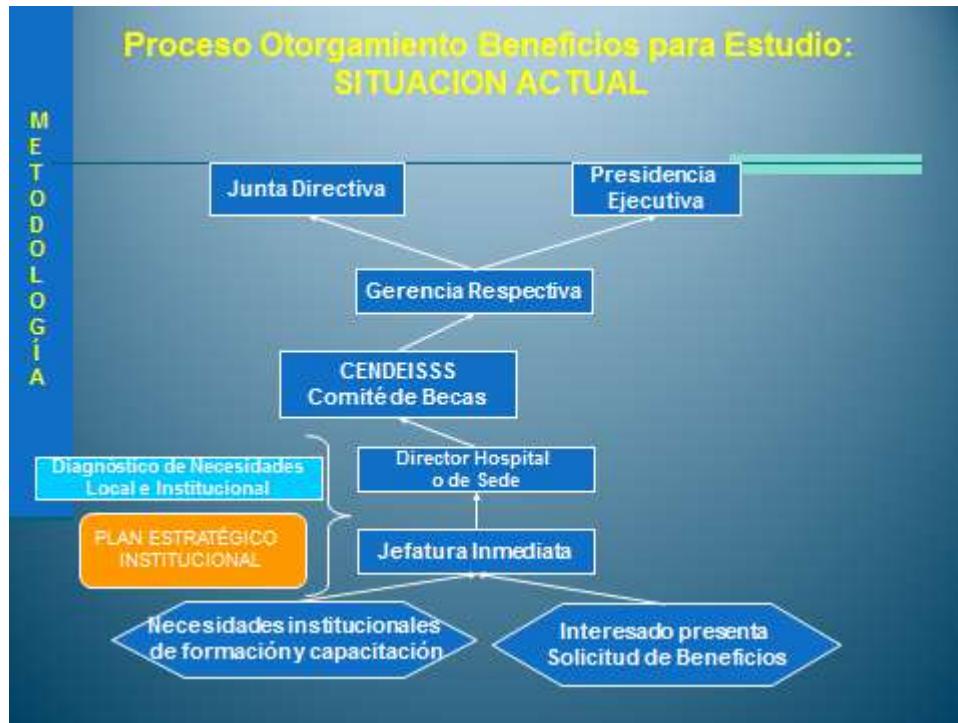
- Seguimiento proceso formación: los becarios en el exterior (durante el disfrute del beneficio) presentan un Informe Trimestral al CENDEISSS.
- Seguimiento período cumplimiento: le corresponde a las Jefaturas inmediatas informar sobre la condición laboral del becario.
- Art. 69 "... responsabilidad de la jefatura de informar al CENDEISSS:
 - fecha y posible puesto de incorporación
 - cambio unilateral en relación con los estudios
 - separación del beneficiario del Centro o de la Institución.

XVIII) Seguimiento beneficios.

Seguimiento de Beneficios para Estudio.

- Con base en lo anterior, el CENDEISSS procede a identificar un posible incumplimiento del contrato de beneficios para estudio, da inicio a la gestión de cobro por incumplimiento de beneficios para estudio ante las instancias competentes.

XIX)



XX) Casos de excepción.

Casos de Excepción
para el otorgamiento de becas

- Médicos Residentes Convenio CCSS-UCR.
- Funcionario que ha sido seleccionado por representantes de organismos nacionales o internacionales que otorgan el beneficio de estudio, siempre que respondan a las necesidades de capacitación y formación priorizadas por la Institución.

XXI) Casos de excepción.

Capacitación Médicos Residentes
Convenio CCSS-UCR

- El Médico Residente tiene una doble condición, por una parte es **estudiante** (*Reglamento que Regula la Relación del Residente y su Compromiso como Especialista en Ciencias de la Salud con la CCSS*), y por otra parte es **funcionario Institucional** que ocupa durante el proceso de formación (Residencia Médica) una plaza de Médico General.
- Para los procesos de capacitación durante el proceso de formación la Institución otorga únicamente el permiso con goce de salario durante el período de estudios (3 meses).

XXII) Casos de excepción.

Capacitación Médicos Residentes
 Convenio CCSS-UCR

Los principales beneficios que obtiene la Institución apoyando estos procesos formativos en el exterior son:

- Contar con médicos especialistas formados con altos niveles profesionales como producto de experiencias académicas en centros de reconocido prestigio a nivel internacional, lo que redundará en una mejora en la prestación de los servicios.
- Establecer vínculos con instituciones extranjeras de prestigio a nivel internacional que pueden funcionar como consultores de casos difíciles y además, se establecen rutas para la preparación de otros especialistas en los diferentes campos.

XXIII) Funcionarios que obtienen beca por parte de un Organismo Internacional

- La importancia de aprovechar estas oportunidades radica en que existe un ahorro económico por parte de la Institución en el proceso de formación o capacitación de sus funcionarios, así como mantener vigentes lazos de cooperación técnica con instancias de reconocida trayectoria a nivel nacional e internacional en diferentes campos del conocimiento.
- Según Art. 46 del Reglamento de Capacitación y Formación.

XXIV)



XXV) Plan Institucional de Formación y Capacitación

- Objetivo General

Presentar un formato de programación quinquenal, dirigido a promover la coherencia en la organización y gestión entre los distintos programas de capacitación y formación para evaluar la consistencia y viabilidad del recurso humano de la Institución, en aras de garantizar el servicio de salud y pensiones de forma efectiva a los diferentes usuarios.

XXVI) Plan Institucional de Formación y Capacitación:

- Objetivos Específicos

Mejorar el conocimiento del puesto a todos los niveles.

Ayudar al personal a identificarse con los objetivos de la Institución.

Agilizar la toma de decisiones y la solución de problemas.

Incrementar la productividad y calidad del trabajo.

Promover la comunicación en toda la organización, CREP, CLEP, CEP (Consejos de Educación Permanente), Dirección de Proyección de Servicios de Salud, entre otros agentes que intervienen en el proceso de capacitación y formación.

XXVII)

- Alcances y Limitaciones

Recursos: Se requiere de recursos financieros, recursos tecnológicos, recursos materiales y recursos humanos expertos en el tema.

Normativas: Amerita el aval de las Autoridades Superiores con el objetivo que faciliten el cuerpo normativo que sustente la elaboración, ejecución y realimentación (control) del mismo. De previo a ello, es indispensable sustentar el rol protagónico de todos los agentes, mediante el apoyo de una normativa que justifique la inherente necesidad de un plan de esta magnitud.

XXVIII)



XXIX)



XXX) Requerimientos para el equipo de trabajo

Actividades sustantivas	Línea temática	Especialidad
Elaboración de diagnóstico de necesidades de capacitación y formación en el ámbito Institucional	<ul style="list-style-type: none"> • Metodologías • Capacitación CLEP y CREP 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 Profesional en Estadística • 1 Especialista o Máster en Salud Pública • 1 Especialista o Máster en Epidemiología
Actividades reguladoras	<ul style="list-style-type: none"> • Avals de diagnósticos de necesidades 	

<p>Formulación de Plan Estratégico Institucional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnósticos de necesidades • Análisis de brechas de formación y capacitación • Evaluación de competencias y desempeño del recurso humano • Metodologías y estrategias innovadoras de formación y capacitación 	
---	---	--

XXXI) Cronograma de trabajo.

Plan Estratégico Institucional de Desarrollo del Recurso Humano			
Acciones	Plazo		Producto
Metodologías para diagnósticos de necesidades	IV Trimestre 2014 I Trimestre 2015		Plan Estratégico Institucional de Desarrollo de Recurso Humano formulado
Capacitación CLEP/CREP/CEP	I semestre 2015		
Realización de diagnósticos de necesidades	I semestre 2015		
Análisis de diagnósticos		II semestre 2015	
Avales de diagnósticos		II semestre 2015	
Formulación del Plan		II semestre 2015	

En relación con una consulta de la Directora Soto Hernández responde la doctora Rodríguez Ocampo que los beneficios para estudio están centralizados en el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS), los otros proyectos de capacitación que corresponden a una unidad en particular, se cubren con presupuesto propio, pero como lo indicó, los beneficios para estudio, no son una partida que se encuentra centralizada a nivel del CENDEISS. A pesar que el CENDEISS es parte de la Gerencia Médica, cubren beneficios para estudio de cualquier Gerencia, con excepción de la Gerencia de Pensiones, porque es un régimen separado y tienen recursos financieros para los procesos de becas.

La licenciada Soto Hernández señala que de la información suministrada, se determina que existen recursos financieros en el año 2014, pregunta si se puede convertir en un superávit, dado que se está finalizando el año.

Al respecto, señala la doctora Rodríguez Ocampo que en este momento existe una subejecución de esa asignación presupuestaria, dado que existía una restricción, en términos de que las unidades, no podían realizar gastos en capacitación y recientemente se suprimió esa restricción, de manera que algunas unidades, están habilitadas para realizar gastos en capacitación y en el presupuesto del CENDEISS, se produce una subejecución el presupuesto. Lo ideal es que todo el presupuesto se invierta, de manera que el recurso humano tenga mejor capacitación y formación.

Señala la doctora Sáenz Madrigal, como ejemplo, que un determinado hospital solicita la formación de un Especialista en el año 2012, para tenerlo en el año 2015 y cuando concluye la Especialidad en el año 2015, no quiere regresar al hospital, por ejemplo, para trasladarse a una empresa privada y ese hospital, ha cubierto el costo de la beca. Consulta si existe un mecanismo para evitar que sucedan esas situaciones.

Sobre el particular, indica la doctora Rodríguez Ocampo, que se debe modificar la reglamentación institucional y el contrato que se firma.

Al respecto, considera la doctora Sáenz Madrigal que en ese tema, se debe ser más estricto.

Interviene el Director Fallas Camacho y manifiesta que el problema es más complejo, porque implica el proceso de planificación y de acuerdo con el Reglamento actual, se le solicita al personal de campo, definir las necesidades del centro. Le parece que esa definición se hace un poco por la libre, sea porque quieren aumentar los servicios o porque, realmente, lo están necesitando y, habitualmente, se solicita más de lo que se necesita y la situación, se ha convertido en un problema. Otro aspecto por considerar, es la capacidad de enviar el Especialista, al sitio de donde se tomaron los recursos para su formación. Por otra parte, se deben considerar aspectos significativos, para la elaboración del programa de capacitación de las personas. Le parece que se deben establecer herramientas para obligar a las personas que se especializan, con recursos de un hospital para que regrese a cubrir esa necesidad, inclusive, se debería cambiar la modalidad de preparación de las personas, no como médicos becados trabajadores, sino como médicos becados por la Institución y buscar mecanismos para ampliar la capacidad de formación de los funcionarios de la Institución. Como ilustración, cuando se decide cuantas plazas se van a crear en determinada especialidad, es definida por un núcleo y no depende de la Junta Directiva, pero sí corresponde la asignación de recursos económicos. A manera de ejemplo, son los grupos del

Consejo de Posgrado de la Universidad de Costa Rica, los que deciden cuantos residentes van a ingresar al posgrado, para realizar la formación, obviamente, sustentando la capacidad de recurso humano con que cuentan. Le parece que se debe analizar esa situación y solucionarla, porque sostiene que el CENDEISSS no es el que realiza la planificación, la hace en función de las necesidades de lo que las Gerencias plantean y se les tiene que asignar los recursos, para que puedan llevarla a la práctica. Por otra parte, considera que se debe fortalecer y conducir el proceso de investigación. Asimismo, no puede ser que un funcionario, solicite realizar una especialidad en un determinado país, sino que la Caja debería tener, con anticipación un listado de ofertas, por ejemplo, si se requieren médicos en determinada especialidad. Estima que el CENDEISSS ha realizado un enorme esfuerzo para continuar con su labor, pero se tiene un problema muy serio, el cual le parece que es importante analizar, en términos de cuál es el papel que desempeña, dentro de los problemas de esta naturaleza.

La doctora Sáenz Madrigal retoma tres temas importantes para la discusión de la Junta Directiva. El primero, es la revisión del Reglamento, el otro es conocer cuáles opciones ofrece el país para la formación de especialistas y disminuir la brecha y, por último, quiénes realizan la selección final de los especialistas; lo cual está relacionado con el Reglamento y con los acuerdos de la Junta Directiva que se han tomado en el pasado. Comenta que hace alrededor de tres semanas, el Rector de la Universidad de Costa Rica estuvo en la Institución y se realizó una reunión, con las autoridades de la Caja y se decidió reactivar la comisión que existía, entre la UCR (Universidad de Costa Rica) y la Caja. La posición de la UCR hasta el momento, es en el sentido de que los grupos de expertos, son quienes definen el número de personas que ingresan a realizar una especialidad y el argumento que utilizan, es en términos de que no hay docentes, ni catedráticos en los otros hospitales, para que puedan brindar información. Considera que este tema debe ser analizado con profundidad.

Menciona el Director Gutiérrez Jiménez que don José Manuel Salas y él, fueron los primeros en insistir que debía existir, un inventario de necesidades en la Institución y al día de hoy, no se conoce. De manera que se desconoce cuáles son los profesionales que se están produciendo a nivel de residentes, de especialistas o de subespecialidades, para establecer una comparación de la persona, a la que se le otorga un beneficio, contra las necesidades institucionales. Por lo que, si no se tienen definidas las necesidades que se requieren cubrir con una especialidad, podría, no lo afirma, una solicitud de beneficio responder a una ocurrencia, evidentemente, todas las formaciones de médicos y especialidades, por lo amplio de las necesidades de la Caja, van a producir un impacto relativo en ellas. Por ejemplo, si se tienen problemas de cardiópatas, de cáncer, en primera instancia, es el norte que se debería establecer. Por otra parte, manifiesta su preocupación, porque le parece que existe un distanciamiento entre lo que es el CENDEISSS y las verdaderas necesidades del sistema; reconoce que el CENDEISSS no es el responsable, porque no existe una interacción entre la epidemiología y las causas reales que se están determinando. Le preocupa que cada vez que se realiza una presentación sobre el tema, se indica que la situación está bien, en ese aspecto, le parece que se debe eximir a la Dra. Rodríguez, dado que recién está ocupando el puesto, al contrario, en los últimos meses ha determinado un cambio de actitud en el CENDEISSS; sin embargo, existe un problema en la normativa que, le parece, debe ser revisada. Además, existe un problema conceptual, dado que algunas personas consideran que el CENDEISSS, debería ser una universidad para la formación permanente de las personas y de las especialidades que se requieren, lo cual apoya.

El Auditor considera que el CENDEISSS no tiene responsabilidad en relación con estos temas, dado que es una unidad ejecutora y en lo personal, le parece que ha sido muy buena, quizás se le podría exigir más de eficiencia, analizar el recurso humano como lo planteó el licenciado Gutiérrez Jiménez, pero en los temas de la planificación del recurso humano que requiere la Institución, le parece que el CENDEISSS, repite, no tiene responsabilidad, esa situación la tiene que definir la Dirección de Planificación. Recuerda que existen tres direcciones que se crearon cuando se eliminó la Dirección Técnica de Servicios de Salud y cada una de ellas, desconoce cuánto recurso humano tiene, ahí está la planificación de los Servicios de Salud. De manera que el CENDEISSS no puede decidir sobre un especialista, por ejemplo, en cambio de retina, qué personal se debe enviar a formar, por lo que debe existir antes, una planificación de las necesidades de los recursos humanos que, previamente, se debe hacer. Reitera el CENDEISSS es una Unidad Ejecutora y no tiene esa responsabilidad, dado que antes de conocer cuáles son esas necesidades, se requiere conocer cuál es el Modelo de Atención en Servicios de Salud que va a tener la Institución, porque dependiendo de ello, así serán las necesidades, otorgando así niveles de solución de las necesidades, donde y hasta qué grado las especialidades. Por otro lado, tiene entendido que se está negociando el Convenio con la UCR, en ese sentido, le parece que se debe revisar, en términos de cuáles son los problemas que se han tenido, si están satisfechos, por qué se tarda tanto tiempo en formar Especialistas y no arriesgarse a que la Institución tenga su propia universidad, se puede hacer, se tiene los espacios clínicos, los médicos, los consultorios, los pacientes, prácticamente, se da todo dentro de la Institución y con la participación del CENDEISSS y no conoce hasta qué grado, tiene participación la Escuela de Medicina o la UCR. Esa situación debe ser analizada, así como el pro y los contras de hacerlo, porque está en relación estrecha con la lista de espera, dado que es uno de los factores por resolver.

Ante una inquietud, la Dra. Rodríguez Ocampo señala que a los residentes se les otorga un beneficio para estudio por tres meses, el cual consiste en un permiso con goce de salario, para que se capaciten y adquieran “expertise” en algunas ramas de la medicina. Aclara que el médico residente, no es un becario como tal, dado que la persona que inicia una especialidad no se considera un becario. El médico residente es un médico general, que está en proceso de formación, para que se convierta en un especialista, ocupa una plaza de Médico G-1 de residente, se le paga como un médico general que trabaja en la Institución, no es un becario, una vez que finaliza el período de formación, se le asigna una plaza de especialista, o sea, una plaza de Médico G-2 para que cumpla con su período, el cual está establecido en el contrato, generalmente, son tres años, en el lugar donde la Institución lo asigne y los que no están de acuerdo, deciden rescindir el Contrato de Retribución Social, que es el que suscriben cuando inician la residencia. El contrato establece que durante el período de formación y cuando cumple como especialista, se le rebaja el 8% del salario base y se envía al Fondo de Retribución Social, donde el CENDEISSS, es el administrador institucional del fondo y en este momento ASECCSS, es el administrador financiero. En ese sentido, manifiesta su preocupación, porque ha demandado que en el CENDEISSS haya creado una estructura, sin tener la capacidad instalada, ni personal capacitado, dado que requiere de funcionarios que tengan conocimientos en finanzas.

Manifiesta el licenciado Gutiérrez Jiménez que no es lógico que el CENDEISSS realice acciones de cobro, dado que en la Caja existe una estructura para hacerlos.

La doctora Rodríguez Ocampo está de acuerdo con el comentario realizado por el Auditor, en la Caja, no existe una definición clara, en términos de qué instancia tiene las competencias en el

ámbito de la planificación, dado que planifica la Dirección de Planificación Estratégica, la Dirección de Proyección de Servicios de Salud y en algunos casos, el CENDEISSS. Existen documentos institucionales que, incluso, se contraponen, algunos indican que la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, es a quien le corresponde determinar las necesidades de especialistas, pero se le solicita al CENDEISSS, realizar los estudios de necesidades de especialistas, inclusive, para el mes de noviembre, se tiene programado un taller con todas las instancias involucradas, en el este tema de planificación para aclarar, qué le corresponde a cada instancia. Por otro lado, en cuanto al tema de la Universidad de Costa Rica, es el ente que en este momento da el título de especialistas, es la única Universidad que trabaja con la Caja otorgando esos títulos, bajo el sistema de posgrado. El convenio se renovó en abril de este año y existen dos situaciones importantes; en primer lugar, de acuerdo con el número de plazas que tenga la Caja para médico residente, es la cantidad de especialista que se puede formar, en ese sentido, existe una limitante. Por otro lado, se tiene la capacidad instalada, pero no se tiene una medición Caja, de cuál es esa capacidad, para la formación de especialistas y es una tarea que se está iniciando. Otro aspecto por considerar, es el programa académico que debe responder a las necesidades, como ejemplo, al modelo de atención, a la estructura de redes y demás que tiene el país, ese aspecto se trabaja posterior, a conocer la capacidad instalada para la formación de los especialistas. Con respecto de la universidad, existen análisis que se han realizado sobre la posible creación de una universidad de la Seguridad Social, los resultados han sido negativos, en términos generales, por la esencia de lo que representa la Institución, no puede se puede convertir en una universidad, se tendría que hacer con una figura externa a la Institución, por ejemplo, una fundación o asociación, es decir, no se tiene claro cuál sería la figura, de modo que se la tendría que definir los abogados.

Interviene la licenciada Soto Hernández y en cuanto a la universidad de la Seguridad Social, recuerda que la posibilidad se ha estado analizando desde que fue Secretaria General de la Institución, la señora Carmen Naranjo, que en paz descansa. Indicaba que determinaba a la Institución con una visión de futuro tan grande y tan complejo, pero en ese entonces no existía el CENDEISSS. Por otro lado, cuando el doctor Miranda fue Presidente Ejecutivo de la Caja, se tomó la decisión de crear el CENDEISSS. Por otra parte, le parece que se les debería realizar un reconocimiento a las instituciones que han crecido al lado de Caja, dado que han formado especialistas, porque en un inicio era solo la UCR, luego la Universidad Nacional y el Instituto Tecnológico de Costa Rica, posteriormente, se crearon las universidades privadas. Recuerda que en la época de Rodolfo Piza, estuvo como asesor el Dr. Carlos Paniagua Vargas y determinó la necesidad de crear una universidad, para satisfacer las áreas técnicas de la Caja y lo ha hecho. Como ilustración, con la Universidad Libre de Costa Rica, la Caja ha enriquecido tanto a las personas como a las instituciones. Por otro lado, ha tenido conocimiento que existe la Universidad FUNDEPOS Alma Mater, ubicada cerca del Hospital México, tiene toda una estructura que podría satisfacer y empatar con lo que tiene la Caja. Le parece que se podría iniciar una alianza, dado que tiene estructurada la parte académica con las necesidades que tiene la Institución. Por otro lado, considera oportuno el momento para planear el foro al que se ha hecho referencia y se defina como un tema estratégico, por ejemplo, la necesidad de que la Caja debe tener una universidad. Ve la conveniencia de que se analice el tema, porque el dueño de FUNDEPOS, está interesado en trasladarle la estructura a la Caja. Entonces, si existe interés, es importante y se puede fortalecer el centro universitario de la Seguridad Social.

El Director Loría Chaves considera que el tema de debe analizar, dado que existe una necesidad de mejorar una gran cantidad de aspectos, en esta materia. La lógica es que los centros que funcionan como hospitales universitarios, sean de la Caja. Por otro lado, como lo indicó la Doctora Sáenz Madrigal, los médicos y los profesores son de la Caja, así como la Comisión Médica de cada especialidad que decide cuántos ingresan a especializarse, por qué y quiénes. Además, existen situaciones de este tema de fondo, que se necesitan analizar, por ejemplo, no ha compartido que en una especialidad, se abran cuatro campos clínicos e ingresen solo dos personas y se desaprovechen dos. Tiene entendido que existen muchas personas que muestran interés en formarse y no han sido seleccionadas, sobre todo, existen médicos generales que trabajan en los hospitales y, eventualmente, estarían interesados en esos campos que quedan libres. Recuerda que en la Junta Directiva pasada, se analizó el tema en términos de cómo modificar, incluso, las condiciones de los médicos que estaban instalados con sus familias, en las zonas rurales, para que logran obtener alguna beca, dado que ese aspecto, garantiza que regrese al centro donde está ubicada su plaza y se requiere cubrir esa necesidad de especialista. En otro acápite, considera que como Institución se han establecido restricciones y limitaciones, a manera de ejemplo, no se tiene una aseguradora y la Ley lo permite. Por ejemplo, el INS (Instituto Nacional de Seguros) tiene el Hospital de Trauma como una sociedad anónima, tiene INS Inversiones y una serie de empresas. En cuanto al tema de la planificación, discrepa con el Auditor, en el sentido de que la pregunta que se deberían plantear, es que está haciendo la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, porque en su opinión, son los primeros responsables de la planificación del recurso humano, como ilustración, para Ciudad Neily se debería tener la proyección de 20 años y conocer cuál es el recurso humano que hace falta para esa zona. Por otro lado, cree que el tema del CENDEISSS, se debería analizar integralmente para que se defina qué se debe hacer, o no; pero que se tenga la oportunidad de analizarlo.

Interviene la Dra. Sáenz Madrigal y señala que este tema es sumamente importante y ha generado discusión, de manera que se requieren dos o tres horas para definir una línea. En ese sentido, se tratará de agendar el tema en el mes de noviembre próximo, con el fin de que se realice un análisis del asunto. Percibe que existe una visión, en términos de que, efectivamente, existe un distanciamiento entre la formación de los recursos humanos, la planificación y la proyección en los servicios de salud. Cree que con el ejercicio que se ha hecho de Carga de la Enfermedad y de las brechas por lugar, se tiene una herramienta que está orientando, hacia dónde están las brechas y se pueden identificar con el trabajo que se ha iniciado, cuál es esa capacidad instalada que se tiene para la formación, lo cual le parece fundamental. Por un lado, se tienen las necesidades, la capacidad instalada y, luego, las proyecciones y, en la proyección, cuando se tenga el tema claro y se determine la brecha que existe, dado que es un informe que se tiene para presentar a la Junta Directiva y va a adelantar resultados, por ejemplo, en el análisis de los anestesiólogos, se ha indicado a los medios de comunicación, que la brecha es de 134, pero la realidad es de alrededor de 300, ese dato corresponde para el primer turno, o sea, no se cuenta con los anestesiólogos para asegurar las primeras 8 horas de trabajo. Reitera que ve la conveniencia de que se agende, de ser posible para el mes de noviembre próximo, una sesión de la Junta Directiva con esos insumos, para que se le dedique una mañana al tema y definir algunos lineamientos por seguir. Por otro lado, tiene conocimiento de que se ha trabajado en el tema del reglamento y del contrato, pero se tiene que presentar a consideración del Órgano Colegiado, no en detalle de todas las revisiones, pero conociendo cuál es la orientación, hacia dónde se está apuntando para poder dar los insumos que se requieren y así direccionar este tema. En otro apartado, se tendrá que revisar en detalle el asunto de la universidad de la Seguridad Social, tal vez el Subgerente Jurídico pueda

realizar una revisión sobre la pertinencia o no, como Institución de la universidad. Además, manifiesta su preocupación, en el sentido de que se debe mejorar la prestación de los servicios de salud y enviar mensajes clarísimos, en términos de que se están mejorando.

El Director Fallas Camacho señala que sobre este tema, se tiene una propuesta para ser presentada a consideración de la Junta Directiva, en los próximos días. De modo que considera que se debería tener los elementos básicos que fueron mencionados, para tener la posibilidad de avanzar en la discusión, tales como: los aspectos legales, financieros, estratégicos, de conveniencia y otra serie de elementos planteados, para que sean analizados por los grupos de la Institución, de manera tal que aporten los insumos que se requieren, para poder iniciar el asunto. Por otra parte, se debe determinar la conveniencia financiera y estratégica, en términos de qué es lo que se debe preparar, para poder tomar una decisión que, realmente, resuelva el problema de formación de especialistas. Por ejemplo, le preocupa la relación que existe con los médicos, porque aunque son empleados de la Caja, cuando están formando parte del Consejo de Posgrado en el CENDEISSS, desempeñan el papel de representantes de la Universidad. Además, se deben considerar una serie de elementos, que se requieren para definir el problema con más detalle y que se logre resolver, porque de lo contrario, será un tema de discusión, pero faltarán los insumos básicos, para reorientar el proceso.

El Director Devandas Brenes refiere tener dos observaciones, primero, entiende que en la crisis, se aplicó una política de restricción del gasto justificada y al haberse restringido los gastos en formación, la Caja sufrió un atraso significativo de alrededor de 7 y 8 años y, según indica, la Dra. Rodríguez, hasta ahora se eliminó la restricción a las unidades para que capaciten al personal. Le parece que a futuro, en un momento de crisis similar, habría que analizar con cautela la restricción del gasto, en este campo. La segunda observación y le preocupa, es que la Dra. Sáenz Madrigal explicó que los candidatos seleccionados por las unidades, dependen en muchos casos, de las posibilidades de sustitución que tenga el director del centro o del hospital. Le parece que ese aspecto se convierte en una restricción, para la persona que aspira a una especialidad, por ejemplo, se le indique que no la puede realizar, dado que no se sustituye el titular del puesto. Estima que se tendría que estudiar la situación, para garantizar el derecho de todos funcionarios de la Institución, de poder participar en estos procesos.

Aclara la Dra. Rodríguez que la Universidad de Costa Rica, publica la apertura del concurso para la admisión de residentes, señalando que la Caja otorga un número de plazas, por ejemplo, 200 plazas de las cuales, 53 se destinarán a especialidades médicas y deben ser distribuidas. En aquellas en las que se produce mayor déficit, los oferentes concursan en la primera etapa y una vez que la superan, tienen derecho a participar en una segunda etapa, la cual es específica para cada una de las especialidades. Por ejemplo, existen especialidades como Ginecobstetricia, donde se abren 15 plazas y postulan 60 personas que aspiran a ganar el concurso. Es decir, si se tuvieran más plazas, se podrían admitir más personas, sin embargo, existe otra limitante que es la capacidad instalada, porque no existen suficientes docentes y los procesos de formación no pueden disminuir su calidad, son aspectos que se deben considerar. Por otra parte, existen otras especialidades en donde las personas, a pesar de que está abierta dicha especialidad, como ejemplo, Cirugía Cardiovascular, no les interesa a los postulantes, de manera que la Universidad promueve el concurso de esa plaza, hasta tres veces. Por otro lado, se están coordinando cursos para las personas que trabajan en la Institución y no han logrado aprobar la primera etapa del examen de admisión, para que logren desarrollar los conocimientos y les permita aprobarla y

logren continuar en el proceso. Como ilustración, en la Región Huetar Atlántica, se va a impartir un curso, para las personas que estén interesadas en ingresar al sistema de posgrados y logren aprobar el examen, de modo que cuando concluyan la formación en una especialidad, regresen a laborar a su lugar de trabajo.

La Gerente Médico puntualiza en que la Dra. Rodríguez se refirió a dos aspectos, pero no mencionó que los aspirantes a las plazas no aprueban los exámenes. Por tal motivo, se promovió un concurso para llenar las plazas, con la limitante de que los Jefes de Posgrado o responsables del posgrado, indican que no se puede incrementar el número de plazas. De tal manera que se llevará a cabo una reunión, con los encargados de la Universidad de Costa Rica para analizar la situación y tratar de que se incremente el número de plazas para la formación de especialistas.

A propósito de una inquietud, señala la Dra. Rodríguez que se considera importante que un médico en un proceso de formación (residente), realice una pasantía de tres meses en algún lugar, porque adquirirá conocimientos; sin embargo, en Costa Rica no se tienen centros reconocidos a nivel internacional, de manera que si se logra se vincule con alguna universidad reconocida, eventualmente, se establecerían vínculos con otras instituciones que podrían funcionar como consultores, entre otros aspectos. En cuando al Plan Estratégico Institucional de Formación y Capacitación, no ha existido una articulación en el proceso, lo que ha habido son diagnósticos hechos por las unidades locales, pero sobre necesidades de formación y capacitación. Por otro lado, hay diagnósticos de necesidades de dotación de recurso humano, ente otros. Sin embargo, se tiene una realidad, en el sentido de que la Caja no ha contado con un plan que mida la Carga de la Enfermedad, el perfil epidemiológico, ni los cuadros de reemplazo, ni de producción de servicios y listas de espera, entre otros, en el que se haya realizado un análisis integral, que permitiera con base en el modelo de atención, con las redes integradas de servicios y una serie de insumos importantes, definir cuáles son las competencias que debe tener el recurso humano institucional, para poder cumplir adecuadamente con sus funciones. Le parece que se deben renovar, los instrumentos que en este momento se están utilizando para el diagnóstico de necesidades, dado que no están reflejando las necesidades reales de formación y capacitación. Es necesario mejorar y dar una oportunidad a los funcionarios para que se logren capacitar y adquieran instrumentos que les permita realizar diagnósticos reales y obedezcan a las necesidades institucionales. Por otra parte, debe existir una vinculación entre el Plan Estratégico Institucional, entre las necesidades que dicta la Dirección de Servicios de Salud, entre el Modelo de Prestación de Servicios de Salud y las necesidades o los diagnósticos de necesidad de formación y capacitación, de manera que el plan que se diseñe responda a lo que la Institución requiere.

Interviene el Director Devandas Brenes y señala que, la propuesta se determina centrada en la formación del personal de salud y le preocupa el resto de la Institución. Reconoce el esfuerzo realizado, porque es difícil definir las necesidades de la Institución, sino se ha redefinido la capacidad de resolución y la integración entre los diversos niveles, siendo una tarea que también está pendiente.

Sobre el particular, señala la Dra. Rodríguez que tal vez es un error en la presentación, dado que se centra en lo correspondiente a formación y capacitación, en el tema de salud de la Gerencia Médica y en realidad, el plan tiene que responder a las necesidades de formación y capacitación de la Institución como un todo y aclara que la propuesta contiene los diferentes componentes

temáticos: salud, pensiones, prestaciones sociales, es decir, a la generalidad y a lo que constituye el eje de lo que realiza la Caja y es el esquema institucional, que se ha venido utilizando para lo que es la definición de los procesos sustantivos.

El Director Gutiérrez Jiménez manifiesta tener una duda, en términos de cómo se va a articular el plan con el resto de la Institución, dado que es el tema de fondo y reitera que cuando se analizó el tema del CENDEISS, se indicó que la actual administración no era la responsable, sino que ha existido una falta compartida de algunas personas. Le parece que la propuesta es un esfuerzo significativo, pero la administración es la que tiene que articular, junto con la Gerencia Médica y la Dirección de Planificación, para definir y concretar el Plan Estratégico de Desarrollo del Recurso Humano CCSS, 2016-2020.

Al respecto, señala la Dra. Sáenz Madrigal que esa ha sido una preocupación y es un tema que se ha estado analizando. En ese sentido, hace alrededor de dos semanas se realizó a la Junta Directiva, la presentación del Proyecto de Capacitación de Recursos humanos y una de las grandes preguntas, era como la Gerencia Administrativa, titulaba ese tema de recursos humanos. Se ha estado trabajando para ir articulando el tema, dado que es un proceso y se está iniciando el vínculo, porque se observó que existe una sinergia muy clara y poco a poco, se va ir concibiendo ese papel. Por ejemplo, el CENDEISS tiene funciones que son críticas del CENDEISS y recursos humanos, tiene funciones que son de la gestión de recursos humano, pero existen puntos de encuentro.

Sobre el particular, señala la Dra. Rodríguez que de hecho sí y como lo indicó la Dra. Sáenz Madrigal, se ha venido trabajando con los grupos de los diferentes proyectos, para que se logre hacer una articulación. Además, se ha proyectado un plan de trabajo, pero es una propuesta inicial, porque se está trabajando con la señora Presidenta Ejecutiva un documento de fortalecimiento de CENDEISS que incluye este plan estratégico. Hace hincapié en que el CENDEISS, no puede trabajar solo un plan estratégico, porque requiere el apoyo de diferentes instancias institucionales y, en ese sentido, se ha visualizado la necesidad de la participación de nuevos funcionarios de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, de redes integradas y demás.

En relación con una consulta, la Dra. Rodríguez señala que el proyecto se pretende financiar, con la asesoría del proyecto de recursos humanos de la OPS, el cual se conoció hace unos días y se tienen los recursos financieros. Se proyecta que para el año 2015, se pueda contar con el Plan Estratégico de Desarrollo del Recurso Humano CCSS, 2016-2020.

Por consiguiente, se tiene a la vista el oficio N° GM-SJD-5596-2014 fechado 8 de setiembre del año en curso que firma la señora Gerente Médico y que, en lo conducente, literalmente se lee así:

“RESUMEN EJECUTIVO

La Gerencia Médica procede a presentar el Informe sobre beneficios para estudio y la propuesta de Plan Estratégico de Desarrollo del Recurso Humano CCSS, 2016-2020, con el fin de aclarar el proceso de otorgamiento de Beneficios para Estudio de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Lo anterior de conformidad con los oficios DE.2800-14 de fecha 02 de setiembre de 2014 y DE.-2855-2014 de fecha 05 de setiembre del 2014, los cuales se proceden a transcribir:

“Función del CENDEISSS en el tema de otorgamiento de beneficios para estudio:

La Política de Capacitación y Formación de la CCSS aprobada en la sesión 8202 del 15 de noviembre del año 2007 por la Junta Directiva de la Institución, establece que la CCSS promoverá la equidad y el acceso universal de la población a los servicios de salud y pensiones. Para ello se impulsará por medio de la gestión de beneficios para estudio el desarrollo del recurso humano (técnicos, administrativo, profesional y de servicios de apoyo) para la adecuada prestación de los servicios y la gestión institucional, con el propósito de contar entre los distintos equipos de trabajo con personas altamente capacitadas y formadas, según las necesidades identificadas.

Por su parte, en el Reglamento de Capacitación y Formación de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), aprobado en las sesiones 8159 y 816, en su orden celebradas el 14 y el 21 de junio del año 2007, se norma el marco general para la gestión de la capacitación y formación del recurso humano Institucional, en el país o en el extranjero, siempre que tales actividades sean de interés y prioridad para la Caja y en el tanto contribuyan a mejorar los servicios que presta la Institución (Capítulo 1 Disposiciones Generales, artículo 1).

Corresponde al Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS), la conducción estratégica de los procesos de capacitación y formación de los recursos humanos de la CCSS, con el fin de contribuir al mejoramiento de la calidad de la prestación de los servicios y la gestión institucional.

El CENDEISSS realiza esta tarea basándose en un Diagnóstico de Necesidades de Capacitación y Formación que conllevará a un Plan de Capacitación y Formación ambos elaborados por las unidades o centros de trabajo de manera desconcentrada. Para la elaboración de estos diagnósticos se toma en cuenta la metodología aportada por el CENDEISSS, la cual incluye entre otras variables: recursos económicos, perfil epidemiológico, cuadros de reemplazo, infraestructura, equipamiento y tecnología.

Para apoyar estos procesos en el artículo 43 del Reglamento de Capacitación y Formación se establecen los siguientes beneficios económicos:

- a) Asignación económica no reembolsable única o mensual.*
- b) El pago de inscripción de eventos de capacitación o formación nacionales o internacionales.*
- c) El pago de programas de estudio (matrículas y materias).*
- d) El pago de pasajes y derechos de salida del país de origen y de destino para eventos de capacitación o formación.*
- e) Una suma mensual como auxilio especial reembolsable.*
- f) Permiso con goce de salario, mayor a treinta días.*

Por otra parte en el artículo 50 del mismo Reglamento se establece quienes pueden ser candidatos a solicitar un beneficio para estudio:

“Pueden otorgarse los beneficios aquí previstos a funcionarios de la CAJA nombrados en propiedad o interinos con nombramiento no interrumpido de al menos tres años sobre plaza vacante.

Las becas otorgadas a los funcionarios interinos, o personas externas a la Institución, deberán responder a una necesidad de capacitación o formación de acuerdo con lo regulado en el presente Reglamento...”.

Cabe mencionar que hay Programas de Estudios como el Curso de Auxiliares de Enfermería, Asistente Técnico en Atención Primaria y ciertas Tecnicidades o procesos académicos en los cuales no siempre participan funcionarios de la CCSS, sino personas ajenas a la Institución, que una vez finalizada la actividad académica, se incorporan a laborar con la CCSS durante el compromiso contractual por el beneficio otorgado.

1. Gestión de Beneficios para Estudio

La gestión del proceso de un beneficio para estudio inicia con la identificación de una necesidad de capacitación o formación en los Diagnósticos de Necesidades de Capacitación o Formación elaborados por cada centro de trabajo y avalados por el CENDEISS.

Lo anterior, de acuerdo con el artículo 3 del Reglamento de Capacitación y Formación:

“Es responsabilidad de cada Centro de Trabajo mantener actualizado un diagnósticos de necesidades de capacitación y formación de su personal, que cumpla con la metodología emitida por el CENDEISS. Estos diagnósticos deberán mantenerse actualizados y realizarse cada dos años”

El CENDEISS impulsará la realización de estudios de determinación de necesidades de capacitación y formación de las redes de servicio y el nivel central de la Institución. Es responsabilidad de cada Centro de trabajo apoyar tales trabajos de investigación. Los Centros de trabajo deberán conformar un equipo humano que administre en lo que les corresponde, el articulado de este Reglamento.”

Una vez identificada la necesidad de capacitación o formación, así como la idoneidad del candidato por parte de las unidades o centros de trabajo, los solicitantes de un beneficio para estudio deben presentar los requisitos solicitados, entre los que están:

- a) Toda solicitud de beneficios para estudio deberá estar reflejada en el Diagnóstico de Necesidades de Capacitación y Formación del Centro de trabajo, debe ser certificarse formalmente por el Director del Centro de trabajo. Es importante señalar en este aspecto que no siempre la necesidad de capacitación o formación está incluida en el Diagnóstico de Necesidades vigente elaborado por el centro de trabajo, siendo una de las causas que justifican esta situación que la metodología que ha sido empleada para la elaboración de los diagnósticos no responde a los actuales requerimientos de la Institución, por lo que el CENDEISS ha orientado a las diferentes Unidades que presenten una justificación ampliada sobre la necesidad de capacitación y formación existente para que la misma se analice en el Consejo de beneficios para Estudio.*

- b) *El candidato debe de presentar cartas originales de recomendación, autorización y justificación, suscritas por parte del Director del Centro Hospitalario y/o Unidad de Trabajo y de la Jefatura inmediata de la importancia del desarrollo de la actividad académica para la Unidad o Centro de Trabajo.*
- c) *Presentar un ensayo de un mínimo de dos páginas que justifique en forma detallada los beneficios de los estudios a realizar.*
- d) *Carta de aceptación original por parte del Centro de Estudio, Centro Hospitalario y/o Institución, donde se realizará la actividad académica.*
- e) *Oficio original suscrito por la Jefatura inmediata en el que se justifique el proceso de selección llevado a cabo para la selección del candidato (a) a formarse y/o capacitarse. En caso de no existir otros (as) candidatos (as) se deberán detallar las razones que justifican la selección propuesta, tomando en consideración al menos las siguientes variables:*

A-Perfil y experiencia laboral, B-Años de experiencia a fin con la capacitación o formación propuesta, C-Funciones desempeñadas, D-Calidad del Programa de Estudios y Prestigio del Centro.

Lo anterior, de acuerdo con lo establecido en el artículo 29 del Reglamento, los candidatos a beneficios para estudio serán valorados en el CENDEISSS de acuerdo a los requisitos y condiciones establecidas para este fin.

- f) *Resumen de la Reseña Histórica e información básica del Centro de Estudio, Hospital o/y Institución en la que se llevará a cabo la actividad académica.*
- g) *Programa original del curso, capacitación o formación académica a desarrollar. Certificado por el Centro de Enseñanza.*
- h) *Toda solicitud de beneficios para estudio deberá presentar una justificación técnica suscrita por la Jefatura inmediata y avalada por la Dirección correspondiente.*

Cumpliendo con lo solicitado recientemente por las autoridades, se han puntualizado las variables que debe contener la justificación técnica aportada por los centros de trabajo para cada solicitud de beneficios para estudio, incluyéndose las siguientes variables:

- *Aspecto del perfil epidemiológico nacional en relación al área de estudios (mortalidad y morbilidad).*
- *Organización de los servicios de salud y sus condiciones: incluir datos de las consultas, listas de espera, emergencias en hospitalización, procedimientos (en lo que aplique).*
- *Situación del Servicio: relación organizacional, cuadros de reemplazo, recurso humano disponible, aspectos a mejorar, objetivos y resultados esperados con el desarrollo del proceso de capacitación y/o formación.*

- *Sobre el centro de estudios: mencionar porque se seleccionó, cual es la trayectoria y condiciones que lo califican como un centro reconocido a nivel internacional para realizar los estudios propuestos.*
- *Programa de estudios: señalar los alcances y objetivos de la actividad educativa en relación con las necesidades del Servicio.*
- *Impacto esperado en el Servicio en términos cualitativos y cuantitativos.*

Una vez recibida la documentación establecida, las solicitudes de beneficios para estudio se analizan en el Comité de Beneficios para estudio, que de acuerdo con lo establecido en el artículo 49 del Reglamento de Capacitación y Formación, tiene las siguientes funciones:

- a) Analizar y recomendar las solicitudes de beneficios para el trámite ante las autoridades correspondientes en cada caso.*
- b) Determinar el tipo y monto máximo del beneficio de estudio en consideración con el lugar y las condiciones exigidas por el centro donde el becario va a cursar los estudios.*
- c) Solicitar información adicional para ampliar los datos disponibles, con el propósito de ampliar el criterio y tomar la decisión pertinente.*
- d) Conocer y recomendar ante la autoridad superior, las prórrogas de cumplimiento tanto de becas como de auxilios especiales.*
- e) Resolver sobre los casos de incumplimiento de becas.*

Además, es importante mencionar que previo a la recomendación del CENDEISSS, se analiza el cumplimiento de otras condiciones establecidas en el Reglamento de Capacitación y Formación, siendo algunas de las principales las establecidas en el artículo 53:

- a) Han sido despedidos por la CAJA o por alguna institución pública.*
- b) Se han acogido a un programa de movilidad laboral, excepto aquellos casos que cumpliendo con la ley, el funcionario ha sido recontratado por la Institución.*
- c) Se encuentre en mora respecto a cualquier obligación económica en relación con la Institución.*
- d) Han sido excluidos de un beneficio anterior posterior a la realización de la actividad educativa.*
- e) No se haya cumplido con la obligación suscrita en alguna beca anterior. No está incluido dentro de esta prohibición, la extensión de la beca, para continuar o complementar estudios de especialización en el mismo país y centro de estudio, que fue autorizado oportunamente.*
- f) Se hayan recibido informes por cumplimiento de los Reglamentos del Centro Académico donde hubieren realizado otros estudios, en condición de becario de la CCSS.*
- g) La solicitud no responda a necesidades y prioridades previamente identificadas por alguna de las unidades indicadas en el presente Reglamento.*
- h) Además, la CAJA no financiará estudios de postgrado para aquellos funcionarios que previamente han recibido un beneficio económico de estudio para obtener un postgrado universitario, salvo situaciones especiales, priorizadas por las autoridades superiores e identificadas en estudios de necesidades.*

Adicionalmente, el Comité de Beneficios para Estudio del CENDEISSS analiza que cada solicitud esté contemplada dentro de las áreas definidas como prioritarias, según oficio 32.128 del 117 de junio de 2014, suscrito por la Sra. Emma Zúñiga Valverde, Secretaria Junta Directiva de la CCSS. (Se analizarán solamente casos de excepción, debidamente autorizados por las instancias superiores de la CCSS).

Las solicitudes recomendadas por el Comité de Beneficios para Estudio del CENDEISSS, se elevan a los despachos de la Gerencias correspondientes con el fin de que sean presentadas a la Junta Directiva para su eventual aprobación.

Los beneficiarios deben suscribir un Contrato de Beneficios para Estudio, así como rendir una garantía de cumplimiento a la Caja, según lo estipulado en el artículo 66 del Reglamento que cita:

“El beneficiario debe rendir una garantía de cumplimiento a la Caja, la cual puede ser una o varias de las siguientes:

- a) Garantía fiduciaria de persona con bienes o ingresos suficientes.*
- b) Garantía hipotecaria de grado primero sobre bien inmueble a favor de la CAJA...*

Concluido el período de estudios, los beneficiarios deben presentar los requisitos establecidos en el artículo 67 del Reglamento.

“Los beneficiarios deben presentar a la oficina responsable del trámite y seguimiento de los beneficios económicos de estudio en el CENDEISSS, certificaciones de las notas obtenidas en cada período de acuerdo al plan académico. El beneficiario debe rendir un Informe dentro de los 30 días naturales siguientes a la finalización de los estudios, de acuerdo con la documentación aportada por esta oficina. La omisión de éste trámite impedirá el otorgamiento de futuros beneficios para estudio.”

Finalmente, el CENDEISSS debe ser informado por parte de la Jefaturas inmediatas de los beneficiarios, sobre cualquier cambio en la condición laboral de los becarios que genere un posible incumplimiento de los compromisos laborales contraídos al suscribir el Contrato de Beneficios para Estudio, de acuerdo con lo establecido en el artículo 69 del Reglamento que cita:

“Es responsabilidad de la Jefatura inmediata del beneficiario informar al CENDEISSS lo siguiente:

- a) Fecha y posible puesto de incorporación laboral del beneficiario.*
- b) Cualquier cambio unilateral que el beneficiario realice en relación con los estudios autorizados mediante un beneficio.*
- c) La separación del beneficiario del centro de trabajo o de la Institución por cualquier circunstancia.*

Tomando como base lo anterior, el CENDEISSS procede a certificar la condición de incumplimiento de un beneficio para estudio para dar inicio a la gestión de cobro por incumplimiento de beneficios para estudio ante las instancias competentes.

2. *Solicitudes contempladas con el Proyecto de Fortalecimiento de la Red Oncológica Institucional:*

Las solicitudes de beneficios para estudio que se encuentran dentro de las necesidades de Capacitación y Formación del Proyecto de Fortalecimiento de la red Oncológica Institucional, deben cumplir con todos los requisitos anteriores. Además, se solicita de forma particular cumplir con los siguientes requisitos:

- *Toda Solicitud de Beneficios para Estudio que esté contemplada en el marco del Proyecto de Fortalecimiento de la Red Oncológica, deberá presentar un aval y recomendación por escrito por parte del Jefe del Departamento de Hemato-Oncología del Centro y/o Unidad de Trabajo, según corresponda.*
- *Toda Solicitud de Beneficios para Estudio que esté contemplada en el marco del Proyecto de Fortalecimiento de la Red Oncológica, deberá presentar un aval por parte del Consejo Oncológico Institucional (COI). Lo anterior, según lo acordado en el Acta No. 10 del COI, el cual indica “Las Solicitudes de Beneficios para Estudio deben ser presentadas ante el COI por parte de la Jefatura del Departamento de Hemato-Oncología del Centro y/o Unidad de Trabajo, según corresponda.*

3. *Situación excepcional de la capacitación de los Médicos Residentes*

*El Médico Residente tiene una doble condición, por una parte es **estudiante** del Programa de Formación de Especialistas en Ciencias Médicas de acuerdo con lo establecido en el Reglamento que Regula la Relación del Residente y su Compromiso como Especialista en Ciencias de la Salud con la CCSS, aprobado por la Junta Directiva de la CCSS en el artículo 27 de la sesión número 8485 celebrada el 16 de diciembre del año 2010, y por otra parte es **funcionario Institucional** que ocupa durante el proceso de formación (Residencia Médica) una plaza de Médico General.*

De acuerdo con los planes de estudio de las especialidades médicas de la Universidad de Costa Rica, los Médicos Residentes pueden completar el plan de estudios realizando una rotación o estancia formativa en el exterior, durante el proceso de la Residencia en el área de su Especialidad Médica. Estas estancias formativas se realizan durante el último año del proceso de formación, pues en esa etapa el Médico Residente cuenta con los conocimientos teóricos y prácticos suficientes para aprovechar este tipo de actividad formativa.

Los Médicos Residentes en su condición de funcionarios de la Institución deben cumplir con los requisitos establecidos en el Reglamento de Capacitación y Formación de la CCSS, por lo que para optar por una estancia formativa en el exterior por un período mayor a treinta días deben presentar el Formulario de Solicitud de Beneficios para Estudio debidamente lleno así como con todos los requisitos establecidos en dicho documento.

El único beneficio que se otorga a los Médicos Residentes es el permiso con goce de salario por un período no mayor a tres meses. Solo en casos de excepción un Médico Residente puede realizar una rotación por un período mayor a tres meses, para lo cual deberá contar con la debida autorización de las instancias superiores de la CCSS.

Los principales beneficios que obtiene la Institución apoyando estos procesos formativos en el exterior son:

- *Contar con médicos especialistas formados con altos niveles profesionales como producto de experiencias académicas en centros de reconocido prestigio a nivel internacional, lo que redundará en una mejora en la prestación de los servicios.*
- *Establecer vínculos con instituciones extranjeras de prestigio a nivel internacional que pueden funcionar como consultores de casos difíciles y además, se establecen rutas para la preparación de otros especialistas en los diferentes campos.*

4. Funcionarios que obtienen beca por parte de un Organismo Internacional

El Reglamento de Capacitación y Formación en el artículo 46 señala:

“La CAJA puede aprovechar los beneficios para estudio y demás facilidades que otorguen los gobiernos y otros organismos internacionales o nacionales siempre y cuando los estudios sean de interés institucional. Si el monto del beneficio ofrecido o la facilidad otorgada resulta insuficiente para hacer frente a las necesidades básicas del funcionario, la Institución podrá apoyar una asignación económica sea mediante una beca o un auxilio especial reembolsable por la diferencia respectiva, a criterio de la Junta Directiva, previo estudio y recomendación del CENDEISSS”.

La importancia de aprovechar estas oportunidades radica en que existe un ahorro económico por parte de la institución en el proceso de formación o capacitación de sus funcionarios, así como mantener vigentes lazos de cooperación técnica con instancias de reconocida trayectoria a nivel nacional e internacional en diferentes campos del conocimiento.

5. Propuesta para la elaboración del Plan Estratégico Institucional de Desarrollo del Recurso Humano, CCSS 2016-2020.

Antecedentes

El Reglamento de Capacitación y Formación de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el artículo 3, establece que “es responsabilidad de cada Centro de Trabajo mantener actualizado un diagnóstico de necesidades de capacitación y formación de su personal, que cumpla con la metodología emitida por el CENDEISSS”. Por ende, éste Centro brinda la metodología a las Comisiones Locales y Regionales de Educación Permanente (CLEP y CREP) para que elaboren los diagnósticos y planes de Capacitación y Formación, con una periodicidad bianual, y los remitan al Área de Planificación para el Desarrollo del Recurso Humano del CENDEISSS, a fin de obtener el aval para proceder a su implementación.

Además, dicha Área atiende las solicitudes de estudios de necesidades de formación y capacitación que demandan la Auditoría Interna y otras instancias institucionales, entre ellos los relacionados con la atención integral de cáncer, trasplantes y donación de órganos, tejidos y células, tecnologías en salud, endocrinología y foniatría.

De tal manera, con ocasión de trascender a un plan estratégico institucional en la materia, se propone la elaboración de este, en aras de unificar criterios técnicos para los diagnósticos a nivel institucional, que por consiguiente repercutirían en la efectividad de los procesos de Capacitación y Formación. No obstante, se aclara que la Caja nunca ha tenido un plan de esta magnitud y que el mismo es muy complejo pero que en este momento se está trabajando para definir una metodología que permita su elaboración. Lo anterior responde a los retos en materia de Recursos Humanos en Salud y las tendencias sociales que apremia la Institución para incrementar su productividad y ofrecer un servicio de calidad.

Actualmente, el Plan Estratégico Institucional Reajustado, Macro - Políticas 2013-2016 puntualiza, como uno de los factores de éxito para el cumplimiento de este objetivo, el desarrollo las competencias de los funcionarios para una prestación de servicios de calidad y excelencia acorde con los recursos institucionales.

Al respecto, el Dr. Gustavo Nigenda López, experto internacional en planificación de los servicios de salud y participación del personal de salud en el mercado de trabajo y el proceso de producción de servicios, quien fue invitado por la Presidencia Ejecutiva, comenta que en el caso particular de México, se está iniciando un proceso en este sentido, el cual contempla en su primera fase, el diagnóstico de necesidades de formación y capacitación, utilizando para ello, variables como carga de enfermedad, utilización de servicios, percepción del proceso de salud – enfermedad por parte del usuario y la productividad de los servicios.

Considerando esta situación, se procedió a modificar lo pertinente en el Plan Anual Operativo del CENDEISS, incorporándose para el cuatro trimestre del 2014, la elaboración de la metodología, y en el 2015, la elaboración del plan propiamente dicho.

Dicho plan vislumbraría el conjunto de itinerarios de desarrollo de las capacidades de los colaboradores de la CCSS, articulados a su potencial e intereses profesionales y a las competencias requeridas en las entidades para su desempeño eficiente.

En consecuencia, la formación y la capacitación, no deben ser entendidas como actividades para acumular conocimientos, sino como oportunidades de desarrollo de las aptitudes (manejo de las herramientas y técnicas de la calidad) y actitudes (condiciones personales como la escucha activa, cooperación, iniciativa, proactividad, entre otros) necesarias para que los diferentes colaboradores que intervienen a la atención de los y las usuarios(as), fortalezcan el servicio, la gestión y el compromiso institucional para la sociedad costarricense, así como también apoyar las estrategias de esta organización prestadora de servicios de salud y pensiones.

Justificación

En concordancia con el Plan Estratégico Institucional Reajustado Macro Políticas 2013-2016, el cual se sustenta de la “Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social”, donde se enuncia la misión de la Institución: “Proporcionar los servicios de salud en forma integral al individuo, la familia y la comunidad, y otorgar la protección económica, social y de pensiones, conforme la legislación vigente, a la población costarricense, mediante:

- *El respeto a las personas y a los principios filosóficos de la seguridad social: universalidad, solidaridad, unidad, igualdad, obligatoriedad y equidad.*

- *La gestión innovadora, con apertura al cambio, para lograr mayor eficiencia y calidad en la prestación de los servicios.*
- *El fomento de los principios éticos, la mística, el compromiso y la excelencia en el desempeño de los funcionarios de la Institución.*
- *El aseguramiento de la sostenibilidad financiera, mediante un sistema efectivo de recaudación.*
- *La orientación de los servicios a la satisfacción de los usuarios.*
- *La promoción de la investigación y el desarrollo de las ciencias de la salud y de la gestión.*
- *La capacitación continua y la motivación de los funcionarios*

De tal manera que son importantes, la capacitación y la formación pues son áreas de información o de habilidades que un individuo o un grupo debe desarrollar para mejorar o aumentar su eficiencia, eficacia y productividad en el trabajo. En ese sentido, dicho plan permite tener una visión general acerca de lo que se desea realizar, los programas como parte sustancial del plan, son la descripción detallada de un conjunto de actividades de instrucción – aprendizaje tendiente a satisfacer las necesidades de capacitación de los trabajadores, por lo que considera:

1. *Datos generales de la organización.*
2. *Puestos de trabajo que involucra.*
3. *Número de trabajadores que serán capacitados/formados.*
4. *El tiempo en que será desarrollado.*
5. *Prioridades de atención.*
6. *Eventos a realizar.*
7. *Los recursos didácticos que apoyarán y facilitarán la asimilación de conocimientos a los participantes.*
8. *Recursos financieros y materiales requeridos para efectuar las acciones.*
9. *Duración total en horas de cada uno de los eventos que se programen.*
10. *El instructor responsable de los eventos previstos.*
11. *Contenido temático del evento.*

Objetivos

General:

Presentar un formato de programación quinquenal, dirigido a promover la coherencia en la organización y gestión entre los distintos programas de capacitación y formación para evaluar la consistencia y viabilidad del recurso humano de la Institución, en aras de garantizar el servicio de salud y pensiones de forma efectiva a los diferentes usuarios.

Específicos:

- *Mejorar el conocimiento del puesto a todos los niveles.*
- *Ayudar al personal a identificarse con los objetivos de la Institución.*
- *Agilizar la toma de decisiones y la solución de problemas.*
- *Incrementar la productividad y calidad del trabajo.*
- *Promover la comunicación en toda la organización, CREP, CLEP, CEP (Consejos de Educación Permanente), Dirección de Proyección de Servicios de Salud, entre otros agentes que intervienen en el proceso de capacitación y formación.*

Alcances y Limitaciones

Temporal: La implementación del Plan Estratégico Institucional de Desarrollo del Recurso Humano, se realizará de forma quinquenal y al término de cada año se revisarán los resultados que se hayan obtenido.

Espacial: El Plan de Plan Estratégico Institucional de Desarrollo del Recurso Humano está dirigido a todos los colaboradores de la Caja Costarricense de Seguro Social, por lo que significa un macroproyecto que trataría de satisfacer y solventar aquellas necesidades en esta materia.

Recursos: Se requiere de recursos financieros, recursos tecnológicos, recursos materiales y recursos humanos expertos en el tema.

Normativas: Amerita el aval de las Autoridades Superiores con el objetivo que faciliten el cuerpo normativo que sustente la elaboración, ejecución y realimentación (control) del mismo. De previo a ello, es indispensable sustentar el rol protagónico de todos los agentes, mediante el apoyo de una normativa que justifique la inherente necesidad de un plan de esta magnitud.

Marco referencial

Definición

El Plan Estratégico Institucional de Desarrollo del Recurso Humano representará el documento en el cual se expresa la planificación de términos de formación y capacitación para un período quinquenal y que incluye el conjunto de lineamientos sistematizados destinados a orientar el proceso enseñanza-aprendizaje para los colaboradores de la Institución. No obstante, permitirá articular las políticas prioritarias de la organización y su correspondiente política de recursos humanos en esta materia, pues implica fundamentar y establecer la direccionalidad de la formación y desarrollo del personal, a fin de contribuir al logro de resultados de la organización dando respuesta a necesidades de la ciudadanía y a los nuevos desafíos del contexto. Incluye a todos los ámbitos de la organización y considera los recursos disponibles, a saber: las personas y sus competencias, infraestructura y materiales, disponibilidad presupuestaria, entre otros.

Aunado a lo anterior, la formación y la capacitación son procesos educacionales de carácter estratégico aplicado de manera organizada y sistémica, mediante el cual el personal adquiere o desarrolla conocimientos y habilidades específicas relativas al trabajo, y modifica sus actitudes frente a aspectos de la organización, el puesto o el ambiente laboral.

Como componente del proceso de desarrollo de los Recursos Humanos, la capacitación implica por un lado, una sucesión definida de condiciones y etapas orientadas a lograr la integración del colaborador a su puesto y a la organización, el incremento y mantenimiento de su eficiencia, así como su progreso personal y laboral en la empresa. Y, por otro un conjunto de métodos, técnicas y recursos para el desarrollo de los planes y la implantación de acciones específicas de la empresa para su normal desarrollo.

En tal sentido, la formación y la capacitación constituyen factores relevantes para que los colaboradores brinden el mejor aporte en el puesto asignado, ya que es un proceso constante que busca la eficiencia y la mayor productividad en el desarrollo de sus actividades, así mismo contribuye a elevar el rendimiento, la moral y el ingenio creativo de los colaboradores.

De tal manera que el Plan Institucional de Desarrollo del Recurso Humano de la CCSS supone la consideración de distintos niveles de análisis. En primer lugar destaca el nivel de análisis político, en el cual se definen los lineamientos generales de la organización, contemplando la misión institucional, la visión y los objetivos estratégicos.

En segundo lugar se puede reconocer un nivel de análisis en el cual se definen los objetivos generales y resultados esperados de la formación y capacitación, priorizados a largo plazo. Para ello se deben tener en cuenta las políticas estratégicas y las líneas de acción presupuestadas de la organización, que se operativizan a través de este plan, tal como se refleja en la figura 1, Vinculación del Plan Institucional de Desarrollo del Recurso Humano.

Es preciso aclarar, que la propuesta del Plan Estratégico Institucional de Desarrollo del Recurso Humano tiene como objetivos describir, promover, asegurar y brindar una formación y capacitación planeada y diseñada con criterios de calidad vinculada y comprometida con el mejoramiento continuo del:

- *Funcionamiento de las diferentes Unidades/Servicios de toda la Institución*
- *Desempeño de los colaboradores en el logro de sus objetivos de gestión.*
- *La entrega de un servicio de calidad a los diferentes usuarios, en términos de efectividad, eficacia y eficiencia.*

De manera tal, que representa un esfuerzo mancomunado de diferentes actores, resaltando la función de supervisión por parte del Área de Planificación para el Desarrollo del Recurso Humano, del CENDEISS, donde analizará los aportes de las CLEP, CREP y CEP, con el objetivo de consolidar la información en este plan.

Asociado a ello, el día 27 de Agosto, 2014 el Dr. Jacques E. Girard abordó el tema de Metodologías para la elaboración de diagnósticos de necesidades de capacitación y formación del recurso humano en temas de salud, aplicable a la CCSS a realizarse en CENDEISS, lo cual representa un aporte significativo para la construcción de este plan, tanto por instancias del Área de Planificación para el Desarrollo del Recurso Humano, así como para los diferentes invitados. Entre ellos se destacan los coordinadores CEP CREP, CLEP, representantes de las Gerencias de la CCSS, representantes de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, entre otros.

FIGURA 1
Vinculación del Plan Institucional de Desarrollo del Recurso Humano



Fuente: Elaboración propia.

Otra variable importante a destacar, la cual influyó en iniciativa de elaborar un plan de esta magnitud, corresponde a las valoraciones de la gestión por competencias del recurso humano, pues la capacitación y la formación van dirigidas al perfeccionamiento técnico del trabajador para que éste se desempeñe eficientemente en las funciones que le son asignadas, producir resultados de calidad, dar excelentes servicios a sus clientes, prevenir y solucionar anticipadamente problemas potenciales dentro de la organización.

A través de la capacitación y la formación hacemos que el perfil del trabajador se adecue al perfil de conocimientos, habilidades y actitudes requerido en un puesto de trabajo.

Asimismo, desarrollar las capacidades del trabajador, proporcionar beneficios para los empleados y para la organización, ayudar a los trabajadores aumentando sus habilidades y cualidades en beneficio de la organización donde se evidenciará de sobremanera la relación costo-efectiva.

Componentes temáticos

Para determinar los componentes temáticos, es preciso consignar los ejes estratégicos del plan estratégico institucional 2013-2016, en aras de cubrir las brechas que se evidencian producto de los diagnósticos de necesidades de capacitación y formación; así como también, en seguir la línea de acción que trazó la Institución. Para ello es preciso visualizar la Figura 2, Componentes temáticos del Plan Estratégico Institucional de Desarrollo del Recurso Humano.

FIGURA 2

Componentes temáticos del Plan Estratégico Institucional de Desarrollo del Recurso Humano



Fuente: Plan estratégicos institucional 2013-2016.

Recurso humano disponible actualmente en el Área de Planificación para el Desarrollo del Recurso Humano

- 1 Médico Jefe 1 (Jefe del Área de Planificación para el Desarrollo del Recurso Humano)

- 2 Profesionales 3 (epidemiólogo y administrador en RRHH)
- 1 Enfermera Licenciada 4
- 1 Secretaria Ejecutiva 1

Nota: el Médico Jefe 1 tiene a cargo 2 subáreas: planificación y regulación; actualmente el área de planificación no cuenta con subjefe/coordinador.

Requerimientos para el equipo de trabajo

Área de Planificación para el Desarrollo del Recurso Humano			
Actividades sustantivas	Línea temática	Perfil ocupacional y cantidad	Especialidad
Elaboración de diagnóstico de necesidades de capacitación y formación en el ámbito Institucional	<ul style="list-style-type: none"> • Metodologías • Capacitación CLEP y CREP 	1 coordinador del programa (Profesional 4) 3 profesional 3	<ul style="list-style-type: none"> • Profesional de ciencias sociales/salud/administración o afines • Salud Pública • Políticas • Investigación, epidemiología
Actividades reguladoras	<ul style="list-style-type: none"> • Aavales de diagnósticos de necesidades 		
Formulación de Plan Estratégico Institucional	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnósticos de necesidades • Análisis de brechas de formación y capacitación • Evaluación de competencias y desempeño del recurso humano • Metodologías y estrategias innovadoras de formación y capacitación 		

Nota: Se requiere de colaboradores Ad hoc representantes de Recursos Humanos, Planificación Institucional, Dirección de Proyección de Servicios de Salud, Equipo de Trabajo del Modelo de Prestación de Servicios de Salud y Gerencias para la formulación del Plan Estratégico Institucional de Desarrollo del Recurso Humano.

Cronograma de trabajo

Plan Estratégico Institucional de Capacitación y Formación			
Acciones	Plazo		Producto
<i>Metodologías para diagnósticos de necesidades</i>	<i>II Semestre 2014</i>		<i>Plan Estratégico Institucional de Capacitación y Formación formulado</i>
<i>Capacitación CLEP/CREP/CEP</i>	<i>I semestre 2015</i>		
<i>Realización de diagnósticos de necesidades</i>	<i>I semestre 2015</i>		
<i>Análisis de diagnósticos</i>		<i>II semestre 2015</i>	
<i>Avales de diagnósticos</i>		<i>II semestre 2015</i>	
<i>Formulación del Plan</i>		<i>II semestre 2015</i>	

BIBLIOGRAFÍA

- CCSS (2007). *REGLAMENTO DE CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN DE LA CCSS*.
 CCSS. *PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL REAJUSTADO MACRO POLÍTICAS 2013-2016*.
 Chiavenato, A. (2009) *GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO*, Mc Graw-Hill. México.
 Chiavenato, A. (2012). *ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS*, México, Editorial Mc Graw-Hill.
 Pinto, R. (2011) *PLANEACIÓN ESTRATÉGICA DE CAPACITACIÓN*, Mc Graw-Hill, México.
 Siliceo, A. (2010). *CAPACITACIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAL*, Editorial Limusa, México”,

habiéndose hecho la respectiva presentación por parte de la doctora Sandra Rodríguez Ocampo, Directora del Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS), la Junta Directiva –unánimemente- **ACUERDA** dar por recibido el informe sobre beneficios para estudio y la propuesta de Plan Estratégico de Desarrollo del Recurso Humano CCSS, 2016-2020 presentado mediante el referido oficio número GM-SJD-5596-2014.

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

La doctora Rodríguez Ocampo y la licenciada Delcore Domínguez se retiran del salón de sesiones.

Ingresan al salón de sesiones el doctor Hugo Chacón Ramírez, Jefe del Área de Atención Integral a las Personas, y la doctora Kenia Quesada Mena, funcionaria del Área de Atención Integral a las Personas.

ARTICULO 5°

Se tiene a la vista la consulta en relación con el *Expediente número 17484, Proyecto Ley Orgánica del Ministerio del Deporte y la Recreación*, que se traslada a la Junta Directiva mediante la comunicación del 10 de los corrientes, número PE.39.397-14, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa el oficio número CJNA-514-2014, que firma la Jefa de Área del Departamento de Comisiones de la Asamblea Legislativa.

Se solicitó criterio unificado a las Gerencia Administrativa y Médica. Se distribuye el criterio contenido en el oficio número GM-SJD-5648-2014 de fecha 25 de setiembre del año en curso que, en lo conducente, literalmente se lee así:

“En atención al oficio JD-PL-063-14 del 10 de setiembre del 2014, suscrito por la señora Emma C. Zúñiga Valverde, secretaria de Junta Directiva, y en referencia al oficio CJNA-514-2014, suscrito por la licenciada Ana Julia Araya A., Jefa de Área del Departamento de Comisiones, mediante el cual remite consulta sobre el texto del Proyecto de Ley indicado en el epígrafe, atenta manifiesto:

ANTECEDENTES DEL PROYECTO DE LEY

En Costa Rica con la creación de una instancia que velan por la práctica del deporte y la recreación, ha generado una conciencia crítica cada vez más prevalente sobre la importancia de la actividad física y la contribución de esta para una vida saludable y activa. Estas iniciativas generan cambios en el perfil demográfico y epidemiológico de Costa Rica como el aumento de expectativa de vida saludable; por su parte el Estado tiene una participación determinante en el papel de brindar lo concerniente a mejorar la salud integral de la población por medio de acciones que fortalezcan y estimulen la práctica individual o colectiva del deporte

En este particular se analiza la creación del Ministerio del Deporte y la Recreación bajo la propuesta de Ley 17.484, que busca armonizar, integrar y eliminar la duplicidad de funciones entre este y el Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER), dentro de lo atinente a este Ministerio del Deporte y la Recreación (MIDECOR) se hayan, la elaboración de políticas públicas nacionales del deporte y la recreación de estas, así como la ejecución de los planes de acción sin alejarse de la realidad económica, política y social; garantizando la participación de la niñez y adolescencia con equidad de género.

Dicho texto consiste en diecinueve artículos y dos transitorios, contiene entre otros, la creación del Ministerio del Deporte y la Recreación (MIDEPOR), sus objetivos y organización, y señala las atribuciones del Ministro. Asimismo, contempla la creación del Premio Nacional Deportivo Claudia Poll (sin derogar Ley N° 7703); otorga exención tributaria al Ministerio así como al Comité Olímpico, las federaciones y asociaciones deportivas, y comités cantonales de deportes. En cuanto al financiamiento, establece que será con cargo al presupuesto de la República.

Por otra parte, modifica la Ley General de la Administración Pública y la Ley de creación del Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (Icoder).

El proyecto de ley es iniciativa del Poder Ejecutivo, y fue presentado a la Asamblea Legislativa el 12 de agosto de 2009. Constaba de nueve (9) artículos, tres de los cuales son reformas (leyes 6227, 7800 y 7794) y otro para derogatorias (arts. Ley 7800).

Ha recibido dos dictámenes afirmativos de mayoría: el primero de ellos, el 13 de octubre de 2010, y el segundo, el 01 de marzo de 2012. Ese segundo dictamen está formado por veinte artículos (20), dos de los cuales reforman leyes (6227 y 7800), y otros dos para derogatorias (arts. de Ley 7800 y toda la Ley 7703).

No obstante, la Comisión dictaminadora aprobó un nuevo texto base de discusión, el pasado 9 de setiembre del año 2014.

Es importante señalar que el proyecto había sido consultado en el mes de octubre del 2009, momento en el cual la Institución realizó un amplio análisis con los aportes de la Gerencia Administrativa, y la Dirección de Bienestar Laboral¹.

En dicha oportunidad la Gerencia Administrativa recomendó:

(...) la Gerencia Administrativa a partir de los elementos aportados tanto por los criterios jurídico y técnico, estima no existen elementos en el proyecto de ley consultados que limiten competencias de la Caja Costarricense del Seguro Social y en tal condición, se recomienda a la Junta Directiva atender la audiencia conferida por la Comisión Permanente Especial de Juventud Niñez y Adolescencia de la Asamblea Legislativa, en el sentido que la institución no encuentra motivo de oposición al proyecto de ley consultado (...)

Acordando la Junta Directiva mediante acuerdo 2° de la Sesión N° 8389, de fecha 15 de octubre 2009, lo siguiente:

(...) con fundamento en las consideraciones formuladas por la Gerencia Administrativa en el referido oficio número GA-36591-09 ACUERDA atender la consulta formulada, en el sentido de que la Caja Costarricense del Seguro Social no tiene objeciones al proyecto de ley consultado.

ANALISIS INTEGRAL DEL PROYECTO DE LEY

Ésta Gerencia a fin de externar criterio sobre el presente proyecto de ley ha procedido a solicitar los siguientes criterios técnicos:

1. Criterio Técnico: Dr. Raúl Sánchez Alfaro. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud y Lic. Luis Fernando Campos Montes. Gerencia Administrativa
2. Criterio Legal: Licda. Ana María Coto Jiménez, Abogada de Acuerdos de Junta Directiva.

SOBRE LA AUTONOMIA DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

En ese sentido es importante dejar claro que la Caja Costarricense de Seguro Social se posiciona dentro del ámbito nacional como la entidad estatal prestadora directa de los servicios de salud

¹ Referencia: GA-36591-09

para toda la población, y en virtud de ello, dentro de nuestro Ordenamiento Jurídico se contemplan diferentes disposiciones que garantizan el logro de la finalidad que le corresponde cumplir. Al respecto, la Sala Constitucional, en labor de interpretación progresiva de las normas, ha precisado:

“En el caso particular de nuestro país, ha sido la Caja Costarricense del Seguro Social la institución llamada a brindar tal servicio público, debiendo en consecuencia instrumentar planes de salud, crear centros asistenciales, suministrar medicamentos, dar atención a pacientes entre otras cosas, contando para ello no solo con el apoyo del Estado mismo, sino que además con el aporte económico que realiza una gran parte de la población con las cotizaciones para el sistema”²

Al analizar la finalidad perseguida por el constituyente al aprobar la inclusión de la Caja dentro del texto constitucional, según consta en las Actas N°. 125 y N°. 126 de la Asamblea Nacional Constituyente, dentro de las discusiones realizadas en torno a dicho asunto resulta importante destacar la participación del Constituyente Volio Jiménez, quien con relación a la autonomía de esta Institución, en su oportunidad: **“Insistió en que no le parecía adecuado debilitar la Caja. Lo prudente es fortalecerla. De ahí que lo más aconsejable es dejar las cosas como están, dándole a la Caja plena autonomía para independizarla así del Poder Ejecutivo”**; y además agrega que: **“Todo lo que signifique limitar los recursos del Seguro Social, indudablemente será un retroceso inexplicable”**³. –Lo resaltado no corresponde al original-

En ese sentido, debe quedar claro que la Caja Costarricense de Seguro Social es una institución autónoma de rango constitucional cuyo fin primordial es la tutela de la seguridad social y la salud. Por ello, según lo establecido en los artículos 73 de la Constitución Política y 1° de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, a esta entidad le corresponde el gobierno y la administración de los seguros sociales, dentro de los cuales encontramos lo relacionado con la prestación de servicios médicos asistenciales para la población en general; en tal sentido la jurisprudencia constitucional ha establecido:

“(…), el régimen de seguridad social es también un pilar fundamental del sistema democrático nacional, al encontrar su sustento en el artículo 73 de la Constitución Política. De conformidad con dicho ordinal es la Caja Costarricense de Seguro Social la institución llamada a brindar tal servicio público, debiendo instrumentar planes de salud, crear centros asistenciales, suministrar medicamentos, dar atención a pacientes entre otras cosas, para lo cual cuenta no solo con el apoyo del Estado, sino además con el aporte económico que realiza una gran parte de la población”⁴.

²Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Resolución No. 5130 del 7 de setiembre de 1994.

³Página 36 del Tomo III de las Actas de la Asamblea Nacional Constituyente

⁴Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Resolución No. 798-2009. En igual sentido ver resoluciones No. 18855-2008, 18452-2008, 17250-2008.

Dado lo anterior, en el ámbito de la salud dicho ente tiene como misión brindar atención integral en salud a la población en general, además de otorgar pensiones y otras prestaciones económicas y sociales, de acuerdo con la ley.

Es claro entonces que, le corresponde a la Caja el gobierno y la administración de los seguros sociales, dentro de los cuales encontramos lo relacionado con la prestación de servicios médicos asistenciales que a nivel público se brindan a la población; en tal sentido la jurisprudencia constitucional ha establecido:

“(…), el régimen de seguridad social es también un pilar fundamental del sistema democrático nacional, al encontrar su sustento en el artículo 73 de la Constitución Política. De conformidad con dicho ordinal es la Caja Costarricense de Seguro Social la institución llamada a brindar tal servicio público, debiendo instrumentar planes de salud, crear centros asistenciales, suministrar medicamentos, dar atención a pacientes entre otras cosas, para lo cual cuenta no solo con el apoyo del Estado, sino además con el aporte económico que realiza una gran parte de la población” (Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Resolución N.º 798-2009. En igual sentido ver resoluciones N° 18855-2008, 18452-2008, 17250-2008).

SOBRE EL FONDO DEL PROYECTO DE LEY.

La propuesta de proyecto de ley pretende la creación del Ministerio del Deporte y la Recreación (MIDECOR) evitando así la duplicación de acciones que realiza actualmente el Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER), y que de manera integral se fortalezcan las gestiones que en el campo de deporte y recreación se han venido desarrollando; en este sentido y por no representar discrepancia sobre lo que en parte la institución ha venido realizando en búsqueda del mejoramiento de la salud, y en respuesta a una necesidad franca de buscar la mejora de la salud por medio de actividades que generen un impacto favorable en la población en general.

La propuesta ha sufrido algunas variaciones desde el año 2009, cuando la Gerencia Administrativa elaboró el criterio, en lo esencial no existen elementos que puedan considerarse para la oposición a esta nueva consulta.

Se ha procedido a realizar el análisis integral del texto propuesto en el proyecto, reiterando que no encuentra elementos de oposición a la iniciativa parlamentaria, pero considera importante exponer dos aspectos que mejorarían el texto:

1. El artículo 9, otorga una exención del pago de los impuestos de salida del país a las delegaciones deportivas, de asociaciones recreativas y de las ciencias del deporte de representación nacional, que participen en competencias o actividades deportivas internacionales y a las delegaciones deportivas extranjeras que vengán a participar en actos o competencias, de carácter nacional o internacional. Para la exoneración de este impuesto, se debe contar con el aval por escrito del MIDEPOR.

En tal sentido, es importante señalar lo dispuesto en la Ley reguladora de los derechos de salida del territorio nacional, N° 8316 de 26 de setiembre de 2002, misma que fue reformada por la Ley de exención del pago de los derechos de salida del territorio

nacional para quienes representen al país en actividades deportivas, artísticas y culturales en el exterior, Nº 8367 de 24 de julio de 2003, esta última Ley Nº 8367, consistió, exclusivamente, en una modificación al artículo 7 de la Ley reguladora, para adicionarle los incisos i) y j), para que se lean así:

“Artículo 7.- Personas exentas del pago del tributo

Estarán exentos del pago de este tributo, sin necesidad de pronunciamiento administrativo previo:

[...] i) A solicitud debidamente fundamentada por el Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER), el Comité Olímpico de Costa Rica, el Ministerio de Cultura, Juventud y Deportes o el Ministerio de Ciencia y Tecnología, los miembros de las delegaciones que oficialmente representen al país en el exterior, en actividades deportivas, artísticas, culturales o científicas, según corresponda, siempre y cuando la actividad a la que concurren no sea lucrativa de carácter privado.

j) A solicitud debidamente fundamentada por el Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER), el Comité Olímpico de Costa Rica, el Ministerio de Cultura, Juventud y Deportes o el Ministerio de Ciencia y Tecnología, según corresponda, los miembros de las delegaciones extranjeras, procedentes de países en los cuales se otorgue reciprocidad del beneficio aquí definido, y quienes ingresen al país para participar en actividades deportivas, artísticas, culturales o científicas, siempre y cuando la actividad a la que concurren no sea lucrativa de carácter privado.”

Es decir, en la actualidad existe una norma vigente que señala ya la exoneración, razón por la cual es necesario realizar los ajustes necesarios (Modificación) de la ley Nº 8316, a fin de que armonice con el proyecto de ley en estudio.

2. En relación al artículo 12, 13 y 14 Creación del Premio Nacional Deportivo, es importante señalar que existe vigente la Ley Nº 7703, del 14 de octubre 12 de 1997, denominada precisamente “Ley de Creación del Premio Nacional Deportivo Claudia Poll”, donde se regula el mismo tema, lo que generaría una duplicidad en las leyes, razón por la cual debería derogarse la ley Nº 7703, lo cual debe ser de manera expresa, por seguridad jurídica.

No obstante lo anterior, se considera que la propuesta es inclusiva y promueve la equidad e igualdad de acceso las personas ampliando así los alcances de los beneficios que bajo la figura del Ministerio del Deporte y la Recreación (MIDECOR) puede dar, y que como Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER) ha tenido limitaciones.

En ese sentido y una vez analizado el proyecto de ley de forma integral, no se observa que su articulado roce con las funciones encomendadas a la Caja constitucionalmente, motivo por el cual no se encuentra objeción al mismo.

CONCLUSIÓN

Ésta Gerencia de conformidad con los criterios externados, ha considerado que el proyecto de ley, no implica ningún roce de legalidad que atente contra las competencias de la

Institución, por lo que no se encuentran razones de oposición a la propuesta que más bien, plantea la creación del Ministerio del Deporte y la Recreación (MIDECOR) el cual busca armonizar, integrar y eliminar la duplicidad de funciones entre este y el Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación, favoreciendo de esta manera al fortalecimiento de la prevalente de la actividad física y la contribución de una vida más saludable y activa por medio del deporte y recreación”, tomando en consideración lo anteriormente señalado y con base en la recomendación de la señora Gerente Médico, la Junta Directiva –por mayoría, en virtud de que la Directora Soto Hernández vota negativamente- **ACUERDA** remitir criterio de no oposición al Proyecto de ley consultado que se tramita bajo el expediente N° 17484.

Sometida a votación la moción para que la resolución se adopte en firme es acogida por todos los señores Directores excepto por la Directora Soto Hernández que vota negativamente. Por tanto, el acuerdo se adopta en firme.

ARTICULO 6°

Se tiene a la vista la consulta en relación con el *Expediente número 18.690, Proyecto Programa Integral de Desarrollo Educativo (PIDE)*, que se traslada a la Junta Directiva mediante la nota del 18 de los corrientes, número PE.45.956-14, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa el oficio número CTE-275-2014, que firma la Jefa de Área de la Comisión Permanente Especial de Ciencia y Tecnología de la Asamblea Legislativa.

Se presenta el criterio de la Gerencia Médica, en el oficio N° GM-SJD-5652-2014 del 25 de setiembre del presente año.

Señala la Dra. María E. Villalta que se está solicitando una prórroga para el Proyecto Programa Integral de Desarrollo Educativo, porque se determinó que requiere ser revisado en conjunto con la Dirección Jurídica.

Sobre el particular, la Licda. Coto Jiménez señala que el Proyecto se refiere a la Ley Orgánica del Ministerio del Deporte y la Recreación y quien lo consulta, es el Departamento de Comisiones de la Asamblea Legislativa. El objetivo del Proyecto es la creación de un Ministerio del Deporte y la Recreación, evitando así la duplicación de acciones que, actualmente, ejerce el ICODER y que de manera integral, se fortalezcan las gestiones que en ese Instituto se realizan actualmente. Como antecedente, se indica que este Proyecto de Ley, en el año 2009, había sido consultado a la Caja y en ese momento, la Gerencia Administrativa rindió el criterio junto con la Dirección de Bienestar Laboral y se emitió un criterio de no posición al Proyecto. En ese sentido, así lo acordó la Junta Directiva, en el artículo 2° de la sesión N° 8389 del 15 de octubre del 2009. En los criterios, tanto legal como técnico, se considera que el Proyecto de Ley, no presenta ninguna discrepancia en lo que la Institución ha venido realizando, dado que lo que pretende es la búsqueda del mejoramiento de la salud y hacer una integración de las actividades, que actualmente el ICODER realiza y se le otorgará más fortaleza al Ministerio como tal. La propuesta desde el año 2009 ha sufrido algunas variaciones, por ejemplo, en el primer momento, en que la Gerencia Administrativa se elaboró el criterio y no se determinaron elementos esenciales, que pudieran generar una oposición al Proyecto. Se realizaron algunas observaciones para mejorar el principio de seguridad jurídica, porque básicamente el artículo 9°, se refiere a la exención de pagos de impuestos de salida del país a las delegaciones deportivas; sin embargo, en

la reforma de la ley reguladora de los derechos de salida del territorio, esa exención de impuestos, está contemplada, de igual forma en los artículos 12°, 13° y 14° que se refieren a la creación del premio nacional deportivo. Destaca que actualmente existe la Ley N° 7703 del año 1997, la cual corresponde a la creación del Premio Nacional Deportivo Claudia Poll, por lo que esos dos artículos estarían insertos, en otras legislaciones existentes.

El Director Loría Chaves pregunta si ese artículo ha sido demostrado y, comenta, que hace un año, un equipo de fútbol tuvo una situación especial, porque está incluido en esos convenios, de manera que iba a viajar al exterior, pero como tenía una deuda con la Caja, no le otorgaron la exoneración.

Responde la licenciada Soto que ese artículo se mantiene igual, dado que esa modificación se incluyó en la reforma de la Ley que se aprobó en el año 2003. La recomendación de la propuesta de acuerdo es en términos de que se considera que el Proyecto de Ley, no implica roce de legalidad con la autonomía de la Caja. Por lo que no se determinan razones de oposición y más bien se plantea la creación de un Ministerio de Deporte y Recreación, lo cual busca armonizar, integrar y eliminar la duplicidad de funciones entre éste y el ICODER. Además, favorece el fortalecimiento de la prevalente de la actividad física y la contribución a la vida más saludable y activa, por medio del deporte y la recreación.

Interviene la Directora Soto Hernández y manifiesta que no “romper” su paradigma de deportista de antaño, porque cuando empezó su vida deportiva, se denominaba DeFyD (Dirección General de Educación Física y Deporte), después se le modificó el nombre por ICODER (Instituto Costarricense del Deporte). Desde su punto de vista, no está de acuerdo y no votará a favor de la creación de un Ministerio, dado que en el país existe una institución que a través de la historia se ha fortalecido, ha formado grandes figuras del deporte y, lo que se ha hecho, como hace muchos años, se ha pretendido crear el Instituto Costarricense del Deporte como una imagen del país, para crear un Ministerio y de alguna manera no se da confianza, a lo que ha hecho, porque continuarían los funcionarios de la Dirección de Deporte y sería lo mismo, nada más que hay que crear la plaza del Ministerio de Deporte y es una situación que se ha intentado aprobar en varias oportunidades, por ejemplo, se intentó con don William Corrales, cuando fue Ministro del Deporte y no se logró, porque existe una esencia de que es el Instituto Costarricense del Deporte. En ese sentido, insiste en manifestarlo, porque le causa “dolor”, dado que desde que se creó el Ministerio del Deporte (sin cartera), cuando se estableció el Ministerio de Cultura, Juventud y Deportes, en el Gobierno de don José Figueres, se hizo un proceso, de manera que se eliminaron dependencias para asignárselas al Ing. Alberto Cañas, que en paz descansa, el Ministerio de Cultura, Juventud y Deporte. Aclara que al haber sido Directora del ICODER, puede hacer referencia del tema con alguna propiedad, dado que el Instituto Costarricense del Deporte, sin cartera, tenía su propia autonomía y todavía se sigue teniendo, por lo que de alguna manera tenía roces con el Ministerio de Cultura (con doña Aida de Fishman) porque cuestionaba, por qué el Instituto Costarricense del Deporte, sin cartera, cuya Ministra era doña Mayra Soto, no le trasladaba el presupuesto del Ministerio de Cultura, pero no se trasladaba, porque el Instituto Costarricense del Deporte estaba primero (primero en tiempo y primero en derecho) que el Ministerio de Cultura. Le preocupa que en este momento se presenta de nuevo un Proyecto de Ley de esa naturaleza y aunque, conoce a la señora Carolina Mauri, Ministra del Deporte sin cartera y la admiró cuando practicaba el deporte de natación, pero le preocupa, dado que es un asunto político y se quiere crear el Ministerio del Deporte y la Recreación y de alguna manera se opaca. Comenta que se ha comunicado con funcionarios que fueron sus subalternos y están “muy

dolidos”, porque al funcionario no se le toma en cuenta, siendo un asunto de imagen. De manera que deja planteado su voto negativo para la creación del citado Ministerio, dado lo que señaló.

Manifiesta el Director Devandas Brenes que él tiene una consulta de carácter general, porque considera que cuando se hace una pregunta, tenía entendido que era porque afecta a la Caja; pero ha observado que en todos los Proyectos de Ley, se analiza si es o no constitucional, o si le conviene al país, actuando ellos como Diputados y Magistrados. En ese sentido, comenta que le había trasladado un machote al Subgerente Jurídico, con el fin de que estos Proyectos se analicen en síntesis, y que se haga referencia de si afecta a la Institución o no. Entiende la posición de doña Mayra Soto y, aclara, que no se está refiriendo, específicamente, a esta situación; sino en término general, porque ha determinado que el análisis de los Proyectos de Ley, a veces se invierte mucho tiempo. Insiste en que la Presidencia establezca algún método, sobre el particular.

Finalmente y con el propósito de que el asunto sea revisado con la Dirección Jurídica, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** solicitar a la Comisión consultante una prórroga de ocho días para responder.

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

ARTICULO 7°

Se tiene a la vista la consulta respecto del *Expediente número 17846, Proyecto Ley de creación de Sistemas de enclaves de salud para la atención a los indígenas*, que se traslada a la Junta Directiva mediante la comunicación del 22 de los corrientes, número PE.46.005-14, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa el oficio número DH-143-2014, que firma la Jefa de Área de la Comisión Permanente Especial de Derechos Humanos de la Asamblea Legislativa.

Se recibe el criterio de la Gerencia Médica, en el oficio número GM-SJD-5651-2014 de fecha 25 de setiembre del presente año que, en lo conducente, literalmente se lee así:

“En atención al oficio JD-PL-068-14 del 23 de setiembre del 2014, suscrito por la señora Emma C. Zúñiga Valverde, secretaria de Junta Directiva, y en referencia al oficio DH-143-2014, suscrito por la licenciada Flor Sánchez Rodríguez, Jefa de Área de la Comisión Permanente Especial de Derechos Humanos de la Asamblea Legislativa, mediante el cual remite consulta sobre el texto del Proyecto de Ley indicado en el epígrafe, atenta manifiesto:

ANTECEDENTES DEL PROYECTO DE LEY

El proyecto de ley que se analizará deviene de una iniciativa popular del señor Marco Antonio Solano Corrales.

Dicho proyecto de ley pretende la creación de un sistema de enclaves de salud para la atención de la población indígena del país a cargo de la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Salud, para lo cual se regula que la Caja construya en todos los territorios indígenas, centros de salud para la atención inmediata de esa población, para lo cual el proyecto otorga un plazo de un dos años para la respectiva construcción.

ANÁLISIS INTEGRAL DEL PROYECTO DE LEY

Ésta Gerencia a fin de externar criterio sobre el presente proyecto de ley ha procedido a solicitar los siguientes criterios técnicos:

3. Criterio Técnico: Dr. Raúl Sánchez Alfaro. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.
4. Criterio Legal: Licda. Ana María Coto Jiménez, Abogada de Acuerdos de Junta Directiva.

SOBRE LA PROTECCION DEL DERECHO A LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

La protección de los derechos de los pueblos indígenas encuentra asidero dentro de nuestro Ordenamiento Jurídico. Así, mediante Ley No. 2330 del 9 de abril de 1959 se ratificó el Convenio No. 107 de la O.I.T., relativo a la Protección e Integración de las Poblaciones Indígenas y de otras Poblaciones Tribales. Dicho convenio fue modificado posteriormente por el No. 169 “Convenio sobre pueblos indígenas y tribales”, ratificado por Costa Rica el 02 de abril de 1994, según Ley No. 7316 del 3 de noviembre de 1992. Adicionalmente, se promulgó la Ley Indígena, No. 6172 del 20 de diciembre de 1977 así como el Decreto Ejecutivo número 5904-G de 11 de marzo de 1976, en el cual se establecieron las Reservas Indígenas de Chirripó, Estrella, Guatuso, Guaymi y Talamanca, a la vez que se fijaron los territorios asignados a cada una de ellas.

El derecho a la salud es un derecho fundamental inherente a toda persona, independientemente de su condición (migrante, indígena, residente, nacional, hombre, mujer, edad, condición socioeconómica, etc.).

En cuanto al fundamento legal del derecho a la salud, encontramos que tiene su origen a partir de la constitución de la OMS en 1946, posteriormente, fue reiterado en la declaración de Alma-Ata de 1978 y en la Declaración Mundial de la Salud adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en el año 1998. También es reconocido en múltiples instrumentos internacionales, entre los cuales destaca lo regulado en los artículos 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos⁵, 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁶ y 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos⁷.

⁵ Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 25: “*toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...)*”.

⁶ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 12, párrafo 1^{ero}: “*los Estados Partes reconocen (...) el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*” y el párrafo 2^{do} dispone diversas medidas que “*deberán adoptar los Estados Partes (...) a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho*”. En relación a esta norma es importante indicar que la misma constituye el artículo más completo que sobre el derecho a la salud se regula dentro de la legislación internacional referida a los derechos humanos.

⁷ Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, artículo 10: “*1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. 2-Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: a) la atención primaria de la salud, entendiéndose como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad; b) la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado; c) la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; d) la prevención y tratamiento de las*

Cuando se trata de la protección del derecho a la salud, de manera particular debe hacerse referencia también, al contenido de la observación No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU⁸, órgano creado dentro del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, para interpretar, supervisar y proteger la aplicación del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la cual constituye una observación general sobre el derecho a la salud, cuyo comprensión resulta de particular interés en el análisis que en el presente criterio se requiere efectuar, dado que se trata de la principal interpretación hecha en cuanto al derecho a la protección de la salud por parte del organismo internacional de mayor jerarquía, como lo es la ONU, por medio del citado Comité.

Entre las principales consideraciones que se incluyen en dicha Observación, encontramos las siguientes:

*“(...) 8. El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. (...), **entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.***

*9. El concepto del "más alto nivel posible de salud", a que se hace referencia en el párrafo 1 del artículo 12, tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado. Existen varios aspectos que no pueden abordarse únicamente desde el punto de vista de la relación entre el Estado y los individuos; en particular, un Estado no puede garantizar la buena salud ni puede brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano. Así, los factores genéticos, la propensión individual a una afección y la adopción de estilos de vida malsanos o arriesgados suelen desempeñar un papel importante en lo que respecta a la salud de la persona. Por lo tanto, **el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.** (...)*

*12. El derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes **elementos esenciales** e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte:*

*a) **Disponibilidad.** **Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas.** (...)*

*b) **Accesibilidad.** **Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna,** dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: i) **No discriminación:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a*

enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; e) la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud; f) la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables”

⁸ Aprobada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su 22.º período de sesiones, celebrado en mayo de 2000,

los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos. ii) **Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y POBLACIONES INDÍGENAS**, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades. iii) **Accesibilidad económica (asequibilidad)**: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. (...). iv) **Acceso a la información**: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

c) **Aceptabilidad**. **Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados**, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

d) **Calidad**. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. **Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados** y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

17. "La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad" (apartado d) del párrafo 2 del artículo 12), tanto física como mental, incluye el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación, así como a la educación en materia de salud; programas de reconocimientos periódicos; tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones, lesiones y discapacidades frecuentes, preferiblemente en la propia comunidad; el suministro de medicamentos esenciales, y el tratamiento y atención apropiados de la salud mental. Otro aspecto importante es la mejora y el fomento de la participación de la población en la prestación de servicios médicos preventivos y curativos, como la organización del sector de la salud, el sistema de seguros y, en particular, la participación en las decisiones políticas relativas al derecho a la salud, adoptadas en los planos comunitario y nacional. (...)"

Nótese entonces que cuando se trata de la protección del derecho a la salud existen **elementos básicos esenciales** que deben ser considerados para garantizar el pleno disfrute de este derecho, como lo son **la adaptabilidad, la accesibilidad, la disponibilidad y la calidad**, siendo que además, los servicios requeridos para atender a la población deberán estar al alcance de los grupos más vulnerables, entre los que destacan los pueblos indígenas.

En la jurisprudencia constitucional se ha reconocido el derecho a la salud de la siguiente manera:

“En reiteradas ocasiones esta Sala se ha pronunciado acerca del derecho a la vida y a la salud. La Constitución Política en el artículo 21 establece que la vida humana es inviolable, y es a partir de dicho enunciado que se ha derivado el derecho a la salud que tiene todo ciudadano, siendo en definitiva el Estado el encargado de velar por la salud pública. La preponderancia de la vida y de la salud, como valores supremos de las personas, está presente y señalada como de obligada tutela para el Estado, no sólo en la Constitución Política, sino también en diversos instrumentos internacionales suscritos por el país (...)”⁹

De una interpretación integral de la Constitución Política, podemos señalar que el derecho a la salud tiene fundamento en las siguientes normas: el artículo 21 que dispone, la vida humana es inviolable; el artículo 46, último párrafo, que se refiere al derecho del consumidor y usuarios a la protección de su salud; el artículo 50, párrafo segundo, que señala el derecho a un ambiente sano; el artículo 73 el cual establece que el gobierno y administración de los seguros sociales a cargo de la CCSS; y el artículo 177 referido a la universalización del seguro de salud y la obligación del Estado de contribuir económicamente en este punto.

Por su parte, la Ley General de Salud en su artículo 1° establece que la salud es un bien de interés público, mientras que el numeral 2 de dicho cuerpo normativo dispone que es función esencial del Estado velar por la salud de la población.

Ahora bien, en materia sanitaria se ha reconocido que las minorías étnicas muestran un deterioro en sus condiciones de salud, superior a la media de la población en general, situación que obliga al Estado y particularmente a la Caja, a adoptar todas las medidas que estén a su alcance para garantizar que las comunidades indígenas gocen de igual acceso a los servicios de salud que brinda esta Institución.

En razón de ello, los artículos 24 y 25 del Convenio 169 de la OIT, de forma expresa se refieren a la aplicación, sin discriminación alguna, de las personas indígenas a los beneficios de los regímenes de seguridad social, y a la necesidad de brindar servicios de salud adecuados a tal población.

De lo expuesto queda claro que, para garantizar la protección de la salud de población indígena, **resulta necesario que los servicios de salud se adapten a los condiciones culturales que le son propias**, dado que se deben minimizar los factores que constituyan barreras en el acceso que dicho grupos pueda tener cuando requieren atención médica por parte de la Caja.

Un ejemplo muy positivo de cómo el servicio público de salud puede adaptarse a las condiciones de grupos indígenas, es lo que ha logrado realizarse en el Área de Salud de Coto Brus para la atención de los indígenas guaimíes, por ejemplo, donde se ha diseñado un modelo para mejorar las condiciones de salud de esta población. De acuerdo con datos emitidos por parte del Dr. Pablo

⁹ Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Resolución No. 7484 del 29 de mayo de 2007. En igual sentido ver las resoluciones números 2007-009214, 18802-2008, 18803-2008, 18850-2008, 17950-2008, 16510-2008, 15750-2008, 14912-2008, 13980-2008, 1966-2009, 798-2009 y 916-2009.

Ortiz Roses, Director de dicho centro médico, el objetivo del programa es dar atención en salud a la población indígena altamente móvil que ingresa al cantón de Coto Brus desde Panamá, de forma integral **y adaptada a sus condiciones de movilidad laboral, pobreza, costumbres, idioma y cosmovisión**; todo lo cual ha tenido un impacto significativo en la protección de la salud de este grupo, dada la necesidad de adaptar el servicio a los particulares requerimiento que los indígenas tienen.

En ese sentido la Caja Costarricense de Seguro Social ha definido diversas políticas de atención, entre ellas el Modelo de Atención Integral para el primer nivel de atención, el cual especifica los servicios a brindar, de manera general para cuantificar la oferta. La Institución ha generado esfuerzos que se pueden evidenciar en el diseño de un modelo de atención diferenciado para la población indígena, en la construcción de sedes de EBAIS que contemplan las necesidades de esta población.

SOBRE LA AUTONOMIA DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Al respecto, debemos indicar que el artículo 73 de la Constitución Política de la República y el 1 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, establecen la función y la naturaleza jurídica de la Caja Costarricense de Seguro Social, a saber:

“Artículo 73: Se establecen los seguros sociales en beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales, regulados por el sistema de contribución forzosa del Estado, patronos y trabajadores, a fin de proteger a éstos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, muerte y demás contingencias que la ley determine.

La administración y el gobierno de los seguros sociales estarán a cargo de una institución autónoma, denominada Caja Costarricense de Seguro Social.

No podrán ser transferidos ni empleados en finalidades distintas a las que motivaron su creación, los fondos y las reservas de los seguros sociales.

Los seguros contra riesgos profesionales serán de exclusiva cuenta de los patronos y se regirán por disposiciones especiales.” (El resaltado no pertenece al texto original)

“Artículo 1.- La institución creada para aplicar los seguros sociales obligatorios se llamará Caja Costarricense de Seguro Social y, para los efectos de esta ley y sus reglamentos, CAJA.

La Caja es una institución autónoma a la cual le corresponde el gobierno y la administración de los seguros sociales. Los fondos y las reservas de estos seguros no podrán ser transferidos ni empleados en finalidades distintas de las que motivaron su creación. Esto último se prohíbe expresamente.

Excepto la materia relativa a empleo público y salarios, la Caja no está sometida ni podrá estarlo a órdenes, instrucciones, circulares ni directrices emanadas del Poder Ejecutivo o la Autoridad Presupuestaria, en materia de gobierno y administración de dichos seguros, sus fondos ni reservas.”

Se desprende de los artículos anteriores que, la Caja Costarricense de Seguro Social posee autonomía, tanto de gobierno como administrativa, pudiendo la institución, tal y como lo ha desarrollado por la Sala Constitucional en su voto 919-99, definir políticas, metas y los medios generales para su consecución, como parte de su autonomía de gobierno; en tanto la autonomía administrativa supone ‘la optimización de los servicios públicos que se prestan, para llegar en la

mejor forma posible hasta todos los beneficiarios, de tal suerte que existe una autoadministración del ente frente al Estado para adoptar decisiones fundamentales, claro está, dentro de un marco de limitaciones de rango constitucional.

Dichas limitaciones devienen, como lo analizó la Procuraduría General de la República en opinión jurídica OJ 146-2003, de la vinculatoriedad de los entes instrumentales, independientemente del grado de autonomía de que gozan, al principio de **unidad estatal**, el cual *“presupone la existencia del Estado como una realidad jurídica, a través de la cual éste se nos presenta como un todo armónico, por lo cual todos sus órganos y los entes creados (entes públicos menores) están subordinados a él. Así las cosas, la autonomía no es sinónimo de soberanía, y dado que cualquier ente público dotado de autonomía es parte del todo, en ningún caso el grado de autonomía puede oponerse al principio de unidad, sino que es precisamente dentro de éste donde alcanza su verdadero sentido.”*

Dicha vinculatoriedad, se ve reflejada, en el ejemplo al respeto de los derechos fundamentales que la Constitución Política y los Convenios Internacionales aprobados le reconocen al individuo; al principio de legalidad (artículo 11 C.P.); a los principios y normas que regulan la contratación administrativa (artículo 181 C.P.), a la fiscalización de la Contraloría General de la República en materia de Hacienda Pública (artículo 176 y 184 de la C.P.); a la jurisdicción especial de lo contencioso-administrativo (artículo 49 C.P.), así como aquellas que provienen de una ley formal (Al respecto, voto N° 835-98 dictado por la Sala Constitucional).

Es claro entonces que, le corresponde a la Caja el gobierno y la administración de los seguros sociales, dentro de los cuales encontramos lo relacionado con la prestación de servicios médicos asistenciales que a nivel público se brindan a la población; en tal sentido la jurisprudencia constitucional ha establecido:

“(…), el régimen de seguridad social es también un pilar fundamental del sistema democrático nacional, al encontrar su sustento en el artículo 73 de la Constitución Política. De conformidad con dicho ordinal es la Caja Costarricense de Seguro Social la institución llamada a brindar tal servicio público, debiendo instrumentar planes de salud, crear centros asistenciales, suministrar medicamentos, dar atención a pacientes entre otras cosas, para lo cual cuenta no solo con el apoyo del Estado, sino además con el aporte económico que realiza una gran parte de la población” (Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Resolución N.º 798-2009. En igual sentido ver resoluciones N.º 18855-2008, 18452-2008, 17250-2008).

La reiterada jurisprudencia constitucional, ha señalado que la Caja debe adaptar sus servicios a los requerimientos que en materia de salud tenga la población, lo cual resulta lógico, razonable y conveniente desde la perspectiva de mejorar la prestación de servicios integrales de salud, de manera que estos respondan a los cambios en el perfil epidemiológico, a la nueva integración de los grupos étnicos que componen la sociedad y a las exigencias que enfrenta el sistema sanitario.

En razón de dicha circunstancia, la Caja cuenta con facultad legal para autoregularse y autodirigirse (principio de autonomía dispuesto en los artículos 73 de la Constitución Política y 1° de la Ley Constitutiva) antes señalados, pero además a nivel de la Ley General de la

Administración Pública encontramos normas que facultan a esta Institución a adoptar medidas que en determinado momento se consideren necesarias para cumplir con sus obligaciones.

Dentro de este contexto se encuentra además que el artículo 4 de la Ley General de la Administración Pública dispone que la actividad de los entes públicos deberá estar sujeta a los principios fundamentales del servicios público, a efectos de asegurar su continuidad, su eficiencia, su adaptación a todo cambio en el régimen legal o en la necesidad social que satisface, mientras que el artículo 16 de la Ley General de la Administración Pública establece que todos los actos de la Administración deberán ser conforme las reglas de la ciencia o de la técnica, y a los principios elementales de justicia, lógica y conveniencia; siendo que de conformidad con lo así dispuesto esta Institución conforme los criterios técnicos que se obtengan según la evidencia científica y el consenso de expertos tiene la facultad de escoger las modalidades de atención que considere necesarias idóneas para satisfacer el fin público que le corresponde proteger.

Así las cosas, la Caja es una entidad de derecho público que cuenta con autonomía administrativa y de gobierno en materia de seguridad social, siendo que dentro de dicho ámbito esta Institución desarrolla acciones para brindar servicios públicos de salud que son requeridos por la población, y por esa razón cuenta con facultades suficientes para determinar la priorización de creación de centros asistenciales así como su categoría, cuando ello tenga como finalidad la satisfacción de un fin público y dicha modalidad resulte idónea, bajo parámetros de razonabilidad, lógica y conveniencia. Es decir, se hace necesario contar con los estudios técnicos correspondientes que justifiquen la creación y se adapten a la realidad, y no pretender por medio de un proyecto de ley crear sistemas de enclaves para la atención de la población indígena, ya que atenta contra la autonomía y competencia institucional.

Al respecto, en la opinión jurídica N° 146-2003 emitida por la Procuraduría General de la República, dicho órgano asesor señaló: *“en relación con los servicios públicos de salud, debemos hacer las siguientes precisiones. En primer lugar, del artículo 73 de la Constitución Política no puede desprenderse que el Constituyente le haya impuesto a la CCSS el modelo de gestión directa de los servicios públicos que le competen. Al igual que otros casos, la CCSS, bien puede, y siempre y cuando exista una norma del ordenamiento jurídico que la habilite para ello, recurrir a otras modalidades de gestión de los servicios públicos, entre ellas, aquellas que le permiten al particular coadyuvar en su prestación, en tanto y cuando resulten más adecuadas y eficaces para satisfacer las necesidades de salud de los usuarios del servicio. / En segundo término, lo que la Constitución le impone a la CCSS es el gobierno y la administración de los seguros sociales, para lo cual puede recurrir a todas las técnicas o modalidades de gestión administrativa que resulten oportunas para cumplir con su cometido o fin. En esta dirección, bien puede utilizar las técnicas de gestión indirecta de servicios públicos para satisfacer las necesidades de salud que le demandan los usuarios de ese servicio.”*

En abono a lo anterior, la Contraloría General de la República en oficio No. 3230 emitido en el año 2003 concluyó que *“es jurídicamente procedente que el Estado pueda procurar con terceros de Derecho Privado su colaboración en la gestión de los servicios públicos, incluidos los esenciales, bajo el supuesto básico de que el control y supervisión, así como la observancia de los principios que rigen el servicio público, no se vean afectados, ni que las potestades de imperio sean cedidas o transferidas a particulares”*.

En refuerzo de lo anterior, se recuerda que el órgano contralor en oficio n.º 13065 (DAGJ-2801-2000), indicó que: *“no debemos perder de vista que lo que la Administración Pública puede hacer es servir de la colaboración de terceros, cuando en fundamento y sustentados estudios técnicos y financieros se demuestre que esa es la forma como queda mejor servido el interés general, lo cual nos permite arribar a la conclusión de que la contratación de servicios por parte de la CCSS, para que personas físicas o jurídicas brinden atención a sus usuarios, utilizando equipos e instalaciones suya, es jurídicamente factible siempre y cuando esa sea una medida para la solución de un problema puntual, como resulta ser el considerable atraso en la atención de los pacientes que conforman las denominadas ‘listas de espera’. Con lo anterior, subrayamos que, una vez admitida la participación de terceros en la prestación de un servicio público esencial, bajo determinadas condiciones, el Estado no puede recurrir a este mecanismo en una forma tal que conlleve vaciar sus competencias en el sector privado. En cualquier caso, y con independencia de restricciones de orden presupuestario o de infraestructura, el Estado se encuentra obligado a garantizar un nivel determinado en la prestación de servicios públicos esenciales, por debajo del cual se produce una inactividad material de la Administración Pública que resulta lesiva del ordenamiento jurídico./ En conclusión, se puede afirmar que, con base en el Derecho de la Constitución, la CCSS puede prestar los servicios de salud mediante una gestión directa o indirecta. La elección de esta última modalidad deberá, eso sí, estar sustentada en criterios técnicos. En pocas palabras, la modalidad que se elija deberá ser la más idónea para la satisfacción del derecho a la salud de que gozan los habitantes de la República en un momento histórico determinado.”*

En orden con lo así expuesto, considera esta gerencia que, la Caja es la entidad estatal encargada de brindar servicios públicos de salud y cuenta con autonomía para autoregularse y autodirigir sus actuaciones, lo cual incluye la creación de centros hospitalarios de los diferentes niveles de atención de conformidad con las prioridades definidas y los criterios técnicos que correspondan, por lo que como se verá más adelante el hecho de que por medio de un proyecto de ley se pretenda la creación de sistemas de enclaves de salud para la atención de la población indígena, viene a contravenir la autonomía y competencia otorgada a la Institución desde la carta magna.

SOBRE EL FONDO DEL PROYECTO DE LEY.

El presente proyecto de ley plantea específicamente en su artículo No. 2, que la Caja implemente sedes de Establecimientos de Salud atendiendo las 24 horas del día, 365 días al año en los aproximadamente 24 territorios indígenas a nivel nacional. Dichos centros deberán contar al menos dos médicos, dormitorios para cuatro personas del personal, camillas para al menos ocho personas, una bodega con provisiones y medicamentos, comedor, radio comunicador de largo alcance, planta de recolección y tratamiento de aguas, sistema de generación eléctrico y un área de aterrizaje para helicópteros de emergencia y suministros.

La anterior propuesta se plantea bajo una premisa que desde el punto de vista técnico, es equivocada misma que transcribimos a continuación:

“No es posible que en pleno siglo XXI en nuestro país encontremos zonas totalmente desprotegidas, zonas sin centros de atención de salud, sin ni siquiera un médico permanente, dispensario o una simple bodega con medicinas para atender a los habitantes de regiones alejadas del país, ejemplo de ello son las comunidades de Alto Telire de Talamanca en Limón, Tayni, Kekoldi, entre otras. Cada día es más

frecuente observar en nuestros hospitales, cómo los indígenas llegan en estado de gravedad, esto debido a la falta de atención que tienen en sus respectivas comunidades; estamos hablando de personas, de seres humanos con enfermedades avanzadas que por causa de su falta de acceso a servicios básicos de salud, deben viajar por horas y por caminos en pésimas condiciones, para recibir atención médica muchas veces, de la más básica.”

Reiteramos que la anterior premisa/afirmación no es correcta, dado que la Caja cuenta con la siguiente capacidad instalada para la atención en salud a las Poblaciones Indígenas en las diferentes regiones del territorio nacional para cubrir a los 24 territorios y 8 pueblos indígenas, y la Población Indígena migrante que se encuentre en territorio costarricense, la contabilización de estos servicios a diciembre del 2012 es el siguiente:

- 19 Áreas de Salud
- 48 EBAIS conformados
- 5 Sedes de Área
- 36 Sedes de EBAIS
- 82 Puestos de Visita Periódica

Todos los territorios indígenas del territorio nacional están adscritos a un Área de Salud y tienen asignados EBAIS para las diferentes comunidades. Por lo tanto, no se puede afirmar que la Población Indígena está siendo desatendida por la Institución.

Además debe tomarse en consideración que no todos los territorios indígenas presentan condiciones geográficas adversas ni sus habitantes tienen que desplazarse durante horas a establecimientos de salud.

Los funcionarios y funcionarias de la Institución cuando las condiciones geográficas son adversas también se desplazan por zonas agrestes, atravesando ríos caudalosos, improvisando puentes u otros mecanismos para atravesarlos, improvisando rappel, caminando horas y días para brindar la atención, en semovientes, en panga o utilizando helicópteros que pueden ser suministrados por el Ministerio de Seguridad o contratados a la empresa privada, con una erogación financiera elevada para cubrir combustible o el servicio prestado. Los EBAIS pueden tener una sede fija o pueden ser móviles, es decir se desplazan a las zonas de más difícil acceso, según programación previamente establecida.

De acuerdo a las características demográficas y geográficas de las poblaciones tanto Indígenas como no Indígenas, no necesariamente existe un médico permanente, sino que la atención se entrega de acuerdo a diferentes modalidades: en los escenarios educativo, comunitario y domiciliar, realizando diferentes intervenciones relacionadas con promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad. En las comunidades en todo el territorio nacional, la figura del Asistente Técnico de Atención Primaria (en adelante, ATAP) realiza actividades en los escenarios anteriormente señalados, como integrante de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (en adelante, EBAIS) conformados también por personal de medicina y de enfermería. Algunos de estos ATAPS son Indígenas que incluso prestan la atención en la lengua autóctona (Cabecar, Bribri, Ngobere, entre otras), y tomando en consideración las características

socioculturales de las poblaciones atendidas, aspecto en el que la Institución aún debe incrementar su oferta (personal de la zona, en su lenguaje, de su etnia y en el contexto de su cosmovisión).

Por lo tanto, no se puede afirmar que la Población Indígena está siendo desatendida por la Caja, pues como se ha indicado todo territorio indígena a nivel nacional está adscrito a un Área de Salud y tiene un EBAIS asignado, por lo que se brinda la prestación de los servicios de salud requeridos por la población.

No obstante todo lo anterior, se debe tomar en consideración que generalmente en las ubicaciones de estas población existen diversos aspectos condicionantes que pueden en algún momento obstaculizar el acceso a la prestación de los servicios de salud, y esto tomando en consideración que la salud se encuentra enmarcado en una serie de determinantes, como económicos, sociales, entre otros, los cuales escapan de la competencia institucional y por ende se convierte en una responsabilidad del Estado como tal y sus instituciones públicas inmersas en los diferentes temas, situaciones que son omisas en el presente proyecto de ley.

En ese sentido es importante señalar que el Programa Institucional para una Atención Diferenciada a los Pueblos Indígenas en Territorio Costarricense de la Institución ha hecho un análisis de la situación de salud de los integrantes de estas poblaciones, encontrándose no enfermedades avanzadas, sino relacionadas prevalentemente con condiciones ambientales cuya responsabilidad corresponde a diversas Instituciones y sectores.

Los principales problemas de salud prevalentes son:

- Enfermedades transmitidas por vectores (leishmaniasis, dermatitis por insectos, escabiosis, por ejemplo).
- Anemia.
- Parasitosis intestinal.
- Desnutrición en niños menores de 6 años.
- Enfermedades infecciosas del tracto respiratorio.
- Alta morbi-mortalidad por enfermedades infecciosas prevenibles.
- Inadecuadas condiciones sanitarias (carencia de agua potable, problemas para disposición de excretas y de basura).
- Problemas psicológicos y sociales: alcoholismo, abuso sexual, violencia intrafamiliar, discriminación laboral, otros.

Para proporcionar una atención integral a estas poblaciones, la Caja ha definido una serie de intervenciones a ser desarrolladas de acuerdo a sus competencias y ha identificado también en su Plan para la Atención Diferenciada a la Salud de Poblaciones Indígenas, las Instituciones, sectores e intervenciones a coordinar para una atención interinstitucional e intersectorial, en al menos 5 grande componentes:

1- Salud ambiental

- Identificar puntos de acceso de la población migrante indígena, permitiendo un registro oportuno.
- Orientar la gestión ambiental de acuerdo a la interculturalidad, zona geográfica y disponibilidad de recursos de los pueblos indígenas.
- Utilizar parámetros para clasificar el estado ambiental de los pueblos indígenas adecuados a las condiciones interculturales.
- Establecer estrategias de capacitación para los pueblos indígenas en cuanto a la importancia del manejo de los desechos para la conservación y preservación del medio ambiente, en concordancia con sus prácticas culturales.
- Desarrollar programas de protección y mantenimiento del ambiente en estas comunidades.
- Utilizar diferentes estrategias educativas para fomentar la utilización adecuada de la letrina sanitaria en población indígena e indígena migrante.
- Coordinar la realización de proyectos productivos sostenibles y amigables con el medio ambiente para contribuir a mejorar las condiciones de vida de esta población.
- Educar a la población indígena e indígena migrante en la preparación de terrenos para sus cultivos.

2. Formación académica

- Gestionar la introducción en la formación académica en salud y afín a salud la temática de interculturalidad y atención en salud a pueblos indígenas e indígenas altamente móviles.

3. Registro de nacimientos y defunciones

- Coordinar el registro e inscripción de nacimientos y defunciones detectados durante las consultas y visitas domiciliarias y la emisión de los documentos correspondientes (actas de nacimiento, certificados de defunción).

4. Democracia cultural

- Fomentar en las comunidades indígenas la preservación de la “democracia cultural”, es decir, motivar a las comunidades, para que socialicen información, aprendan, reflexionan, tomen decisiones y gestionen su proyecto cultural, a partir de las necesidades sentidas por ellas mismas.

5. Atención binacional en salud a las poblaciones indígenas migrantes

- Establecer convenios binacionales con Nicaragua y Panamá para la atención diferenciada en salud de las poblaciones migrantes.

Para el logro efectivo de estas actividades se requiere la participación de múltiples instancias de instituciones públicas y no únicamente de la CCSS:

- Ministerio de obras públicas y transportes
- Ministerio de Salud.
- Ministerio de Educación.
- Ministerio de Vivienda.
- Ministerio de Ambiente y Energía.
- Ministerio de Agricultura y Ganadería.
- Ministerio de Comercio.

- Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica.
- Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto.
- Ministerios de Salud e Instituciones de Seguro Social de Nicaragua y Panamá.
- Registro Civil.
- Dirección General de Migración y Extranjería.
- Instituto de Desarrollo Agrario.
- Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados.
- Instituto Nacional para las Migraciones.
- Centro Agronómico Tropical de Investigación y Enseñanza.
- Escuela de agricultura de la región tropical húmeda (Earth).
- Municipalidades.
- Universidades publicas
- Banca nacional y privada.

Este Proyecto de Ley presente aplicar una solución "muy simplista" a un problema sumamente complejo, pero dicha solución en el contexto de la CCSS implicaría serias consecuencias a su sostenibilidad financiera y lo más lamentable es que esta propuesta no aborda los determinantes de salud que afectan a estas comunidades, de modo que eventualmente ante la implementación de los 24 establecimientos solicitados en el proyecto de ley, se mantendrían vigentes las mismas causas de morbilidad que en este momento prevalecen en estas comunidades indígenas.

Para la institución, en términos tan solo de recursos humanos, tendría que abrir 624 plazas de funcionarios según el siguiente detalle, eso sin considerar los costos implícitos de la respectiva construcción de cada edificación.

Dado lo anteriormente expuesto, considera esta gerencia que, la Caja es la entidad estatal encargada de brindar servicios públicos de salud y cuenta con autonomía para autoregularse y autodirigir sus actuaciones, lo cual incluye la creación de centros hospitalarios, de conformidad con las prioridades definidas y los criterios técnicos que correspondan, por lo que en el presente proyecto de ley se recomienda externar un criterio de oposición, dado que el contenido del mismo violenta la autonomía institucional.

CONCLUSIÓN

Ésta Gerencia de conformidad con los criterios externados, considera que la alternativa de solución que pretende el proyecto de ley para la atención de la población indígena, no es una solución integral al no considerar los demás determinantes de salud que tienen incidencia en la salud de dicha población. Sin embargo, es importante resaltar que la Institución en procura del derecho a la salud y por ende la vida de la población indígena, brinda los servicios de atención a través de los EBASIS adscritos a las diferentes áreas de salud a nivel nacional, además se cuenta con un Programa Institucional para una Atención Diferenciada a los Pueblos Indígenas en Territorio Costarricense, a través del cual se ha identificado un Plan para la Atención Diferenciada a la Salud de Poblaciones Indígenas, las Instituciones, sectores e intervenciones a coordinar para una atención interinstitucional e intersectorial, la cual se compone de: Salud ambiental, formación académica, registro de nacimientos y defunciones, democracia cultural, atención binacional en salud de las poblaciones indígenas migrantes

No obstante, se considera que el proyecto de ley consultado desde el punto de vista jurídico, implica un roce de legalidad que atenta contra las competencias de la Institución, por lo que se recomienda externar un criterio de oposición para la propuesta”.

La doctora Quesada Mena se refiere al criterio en consideración, con base en las láminas que se especifican:

- i) **PROYECTO DE LEY N° 17846 LEY DE CREACION DE SISTEMAS DE ENCLAVES DE SALUD PARA LA ATENCION DE LOS INDIGENAS**
CONSULTANTE: COMISION ESPECIAL DE DERECHOS HUMANOS
OBJETIVO PROYECTO: pretende la creación de un sistema de enclaves de salud para la atención de la población indígena del país a cargo de la Caja Costarricense de Seguro Social.

ii)



iii) Criterio

AUTONOMIA DE CCSS

- * La Caja es la entidad estatal encargada de brindar servicios públicos de salud y cuenta con autonomía para autoregularse y autodirigir sus actuaciones, lo cual incluye la creación de centros hospitalarios de los diferentes niveles de atención de conformidad con las prioridades definidas y los criterios técnicos que correspondan, es por ello que **el hecho de que por medio de un proyecto de ley se pretenda la creación de sistemas de enclaves de salud para la atención de la población indígena, viene a contravenir la autonomía y competencia otorgada a la Institución desde la carta magna.**

iv) **PROTECCION DEL DERECHO A LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDIGENAS**

- * Ley No. 2330 del 9 de abril de 1959 se ratificó el Convenio No. 107 de la O.I.T., relativo a la Protección e Integración de las Poblaciones Indígenas y de otras Poblaciones Tribales.
- * Dicho convenio fue modificado posteriormente por el No. 169 “Convenio sobre pueblos indígenas y tribales”, ratificado por Costa Rica el 02 de abril de 1994, según Ley No. 7316 del 3 de noviembre de 1992.
- * Adicionalmente, se promulgó la Ley Indígena, No. 6172 del 20 de diciembre de 1977.
- * OBSERVACION 1:4 “(...) 8. El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. (...), entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud. ELEMENTOS ESENCIALES: DISPONIBILIDAD, ACCESIBILIDAD, ACEPTABILIDAD Y CALIDAD.

v)

- * **El proyecto de ley se plantea bajo una premisa que se considera equivocada:**

“No es posible que en pleno siglo XXI en nuestro país encontremos zonas totalmente desprotegidas, zonas sin centros de atención de salud, sin ni siquiera un médico permanente, dispensario o una simple bodega con medicinas para atender a los habitantes de regiones alejadas del país, ejemplo de ello son las comunidades de Alto Telire de Talamanca en Limón, Tayni, Kekoldi, entre otras. Cada día es más frecuente observar en nuestros hospitales, cómo los indígenas llegan en estado de gravidez, esto debido a la falta de atención que tienen en sus respectivas comunidades; estamos hablando de personas, de seres humanos con enfermedades avanzadas que por causa de su falta de acceso a servicios básicos de salud, deben viajar por horas y por caminos en pésimas condiciones, para recibir atención médica muchas veces, de la más básica.”

vi)



vii)

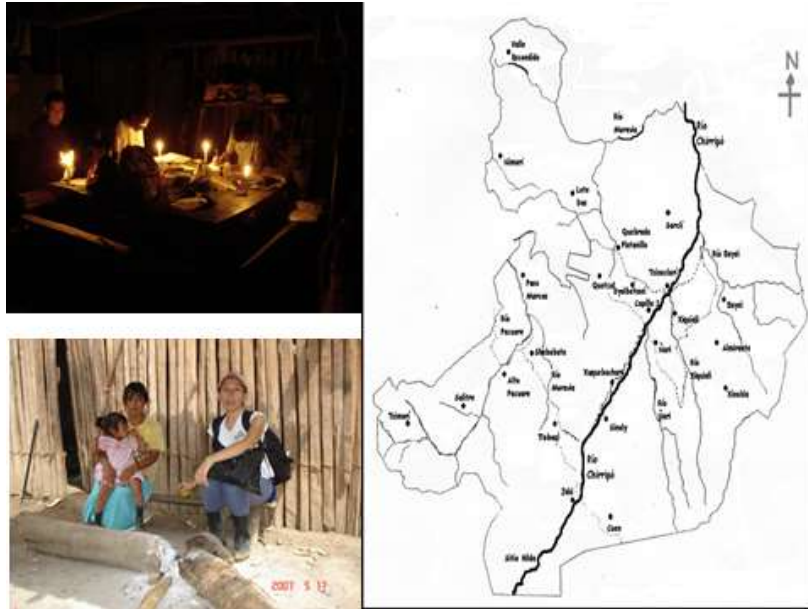


viii) Dificil accesibilidad para recibir y proporcionar atención en salud (fotografías).

ix) **EBAIS de Grano de Oro: Turrialba Jiménez**

DESPLAZAMIENTOS	TIEMPO
1. NIMARÍ	➤ 3 horas desde la Suiza.
2. ALTO PACUARE	➤ 4 horas desde la Suiza.
3. GRANO DE ORO	➤ 4 horas desde la Suiza.
4. ALTO QUETZAL	➤ 1 hora desde Grano de Oro.
5. JAREY	➤ 4 horas de Alto Quetzal.
6. PASO MARCOS	➤ 2 horas desde Grano de Oro.
7. KARKO	➤ 4,5 horas desde Grano de Oro.
8. SHUKEBACHAR	➤ 4,5 horas desde Grano de Oro.
9. ÑARI	➤ 4,5 horas de Grano de Oro con río bajo y 4 horas de Tsiniclarí con río crecido.
10. TSINICLARÍ	➤ 5 horas desde Grano de Oro.
11. SHIKIALÍ	➤ 4 horas con río bajo y 5 horas de Tsiniclarí con río crecido.
12. SARCLÍ	➤ 4 horas desde Tsiniclarí.
13. BAYEI	➤ 4 horas de Tsiniclarí con río bajo y 6 horas con río crecido.
14. ALTO	➤ 5 horas con río bajo y 6 horas de Tsiniclarí con río crecido.
15. ALMIRANTE	➤ 4 a 5 horas de Xuqueb (3,5 horas con río bajo y 4,5 horas con río alto).
16. XINAKICHA	➤ 3 horas de Xinakicha.
17. TULESI	➤ 4,5 horas a Xuqueb y 3 horas con río bajo y 4,5 horas de río alto.
18. SINOLY	

x)



xi) **Área de Salud de Golfito: Punta Burica, 2014**
Determinantes sociales de salud.

Condiciones sociales, ambientales y económicas **INEQUIDAD en Salud**
 Responsabilidad estatal.

xii)



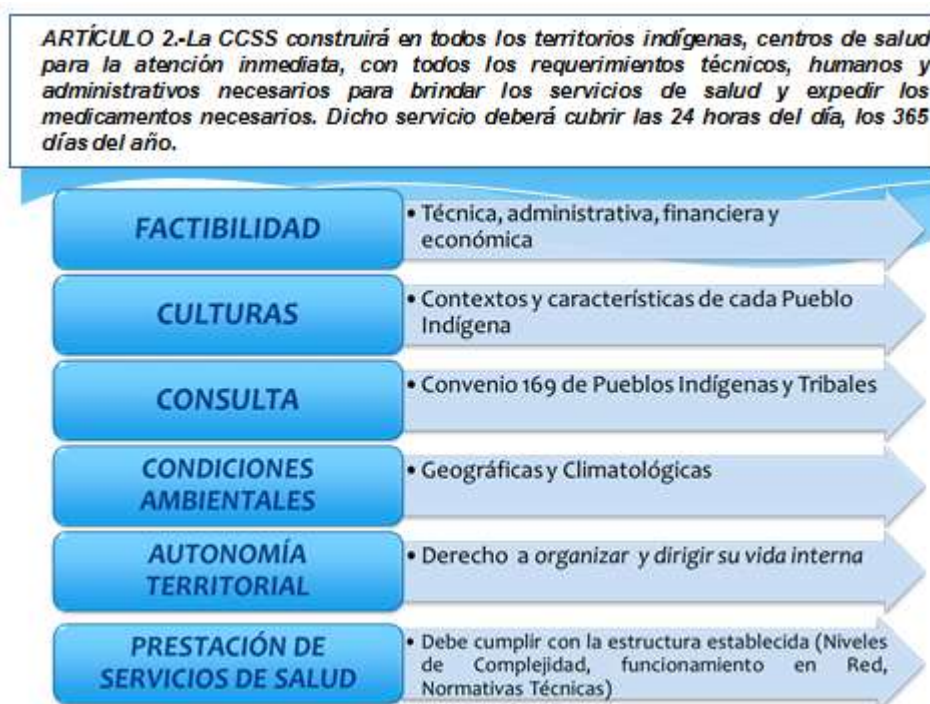
xiii) Recomendación:

Se recomienda que la Junta Directiva se manifieste en oposición al expediente número 17846, Proyecto Ley de Creación de Sistemas de Enclaves de Salud para la Atención a los Indígenas, con sustento en los argumentos presentados anteriormente y los criterios técnicos generales presentados a continuación, según articulado de la propuesta analizada:

xiv)



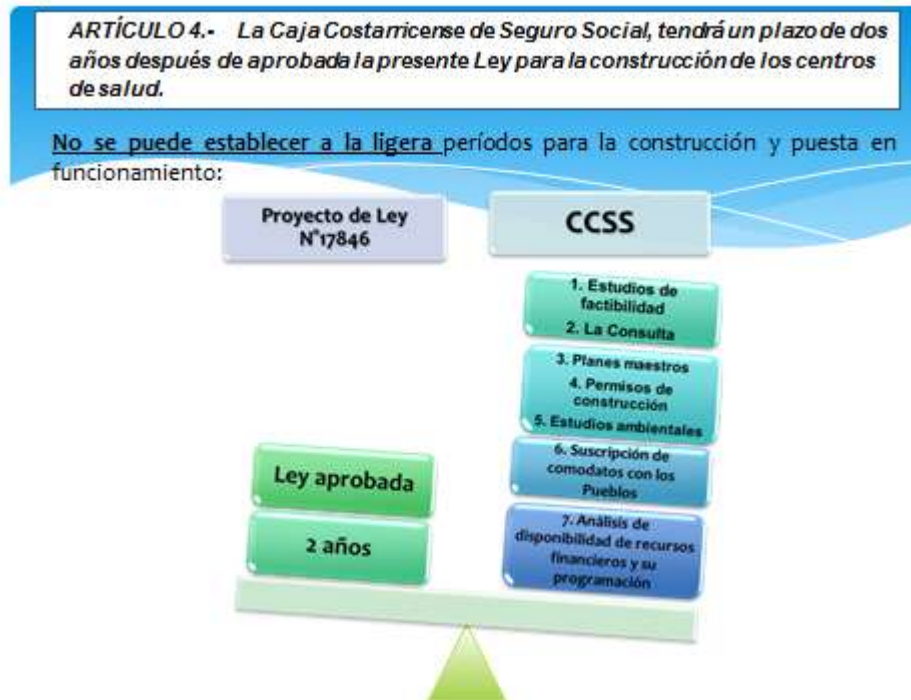
xv)



xvi)



xvii)



xviii) Propuesta de acuerdo:

- * Por lo tanto, en relación a la consulta realizada por la Comisión Permanente Especial de Derechos Humanos de la Asamblea Legislativa, sobre proyecto de ley tramitado bajo el expediente N° 17846 “LEY DE CREACION DE SISTEMAS DE ENCLAVES DE SALUD PARA LA ATENCION A LOS INDIGENAS” y, tomando en consideración lo anteriormente señalado, la Gerencia Médica recomienda a la Junta Directiva, emitir criterio de oposición al proyecto de ley consultado N° 17846.

Refiere la Licda. Coto Jiménez que inicialmente se referirá a la parte legal del criterio. El Proyecto de Ley tiene como objetivo, la creación de un sistema de enclaves de salud, para la atención de la población indígena del país, con cargo a la Caja. El citado proyecto consta de cuatro artículos, el primero se relaciona con la creación de ese sistema de enclaves de salud, para la atención de la población indígena. Un segundo artículo, hace referencia a que la Caja deberá construir en todos los territorios indígenas, con requerimientos técnicos humanos administrativos entre otros, con una cobertura de 24 horas y 365 días al año. El tercer artículo, corresponde a la vigilancia y cumplimiento del funcionamiento de este sistema de enclaves, por parte del Ministerio de Salud y, en un cuarto artículo, se le establece a la Caja, un plazo de dos años para que se realice la construcción de los sistemas de enclaves. En cuanto al criterio legal, se determinó que existe un roce con la constitucionalidad que tiene la Caja, asignada por la carta magna, en el sentido de que lo que se pretende, una coadministración sin considerar los diferentes criterios y determinantes que afectan la salud. Por otro lado, el criterio incluye un análisis de la protección del derecho a la salud, que se le brinda a los pueblos indígenas a partir del Convenio 107 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y, posteriormente, es ratificado por Costa Rica mediante el Convenio 169, el cual está vigente y a raíz de la observación 14 del Pacto de Derechos Económicos Sociales y Culturales, se establece los elementos esenciales, con los que debe contar el sistema de salud. Por otra parte, indica que a continuación, la Dra. Kennia Quesada, hará referencia del criterio técnico, en términos de cómo se aborda actualmente la salud, en la atención de los pueblos indígenas.

La Dra. Kennia Quesada señala que un aspecto muy importante que indicó la Licda. Coto Jiménez es, precisamente, que se ha partido de una premisa equivocada, en relación con lo que realiza la Caja, en el tema de población indígena, por ejemplo, se hace referencia de la atención en la salud actual, se estaría refiriendo a que el Primer Nivel de Atención en los establecimientos de salud, existen 19 áreas de salud consolidadas para la atención de la población indígena y están establecidos 82 puestos de visita periódica. Hace énfasis en los 82 puestos de visita periódica existente, dado que son puestos ubicados en zonas alejadas, donde el personal se desplaza, por ejemplo, en la Caja, de acuerdo con las características demográficas y geográficas no, necesariamente, incluso, en población rural, se encontraría un médico fijo. En el Proyecto de Ley se está solicitando que dos médicos estén ubicados, como en un pequeño hospital y la Caja no tiene esa estructura, ni esa infraestructura, porque no funciona así. Por ejemplo, en la Institución se tienen distintas modalidades de atención, por ejemplo, en el escenario educativo, se produce un desplazamiento al escenario comunitario, domiciliario y laboral, representativos de funcionarios que ocupan puestos de Asistente Técnicos en Atención Primaria (ATAPS), en la zona de Turrialba- Jiménez, donde están ubicados en el escenario domiciliario; por ejemplo, brinda educación en salud buco dental. Se parte de un modelo de atención integral que incluye, como ilustración, la promoción de la salud para la atención de la enfermedad, prevención, atención de

enfermedad y, si es posible, la rehabilitación. En ese sentido, se está haciendo referencia al ATAP indígena, dado que la población se comunica mediante la lengua autóctona, de manera que se promueve que el programa que se desarrolla sea con personal indígena, tal cual se está dando en el cumplimiento del convenio 169, en el que se solicita que sea población indígena. Destaca el esfuerzo que realizan los funcionarios que atienden el programa. Para ilustración, el Área de Salud de Golfito, tiene un acceso difícil, pero el equipo básico llega, aunque se desplaza a Punta Burica, para ello se tienen que levantar a las 4:00 a.m. para llegar a la zona marítima, luego, deben esperar a que la marea baje y caminar 7 kilómetros; a pesar de ello, se reporta la atención de 140 personas o más al día y, además, es una muy buena atención. En ese sentido, le parece que se produce una inequidad en salud, en lo que son condiciones sociales ambientales y económicas, donde los funcionarios de la Caja están inmersos y afectados por la situación, en el sentido de que la salud es un producto social. Por tanto, los determinantes sociales de la salud que están implícitos en el sistema no, necesariamente, están siendo abordados y hace referencia a una responsabilidad estatal. Destaca que el texto base del Proyecto señala que esas personas están presentando enfermedades avanzadas, cuando en realidad, técnicamente, desde los análisis de la situación de salud realizado, se encontró que, por ejemplo, existían enfermedades por Papalomoyo, dermatitis, enfermedades infecciosas que son prevenibles, pero la Institución abarca hasta cierto nivel, tales como: enfermedades diarreicas agudas, anemias, nutrición, parasitosis intestinal y problemas psicológicos y sociales, como ilustración, el alcoholismo y chichadas, violencia, abusos, trata, dado que estas situaciones se están presentando y, desde, la prestación de servicios se realizada un esfuerzo mayor. En otro acápite, en el programa de atención integral diferenciada de esta población, se hace este señalamiento, en el sentido, que es diferenciado porque es una aproximación y se ha identificado, en el plan de acción, la injerencia que tienen otras instituciones y sectores, para el abordaje de estos problemas.

La Directora Soto Hernández consulta si en dentro de los problemas detectados en esa población, se identificó el homosexualismo o el lesbianismo.

Responde la Dra. Quesada que el tema es una cuestión como muy paradigmática, porque no sería como un problema psicosocial, sino una posición y se tendría que determinar qué abordajes se están haciendo, porque es diversidad sexual; pero no se estaría violando el derecho, más ahora que se está trabajando en la inclusión y no se determina como un problema. Continúa y señala que en el tema de salud ambiental, lo que correspondería es unir esfuerzos por parte de las entidades que brindan servicios, como ilustración, Instituto de Acueductos y Alcantarillados (A y A), acueductos rurales, manejos y potabilización de agua, de manera que se podrían controlar los casos agudos de diarreas, enfermedades infecto contagiosas, entre otras. En este planteamiento de Ley, no se indica qué otros sectores tienen que estar involucrados, solo se hace referencia a las competencias de la Caja, en el sentido de que es la prestación de servicios de salud. Así como a la formación académica, pero el personal de salud ingresa a la Institución, sin que se haya indicado que “existen otras culturas, la pluriculturalidad existe” y se tiene que empezar el proceso de una formación, desde un nivel inicial. Por otro lado, el Proyecto de Ley hace referencia a lo que corresponde a registros y nacimientos con el Registro Civil, de manera que se tendría que realizar un entronque, porque se ha estado trabajando, a pesar de que falta realizar un mayor esfuerzo, en lo que respecta la inscripción de nacimientos y defunciones. Sin embargo, los ATAPS en la ficha familiar, tienen recopilada una valiosa información, que podría ser de utilidad para el Registro Civil. Además, se está atendiendo la población migrante indígena de Panamá y

la de Nicaragua. Por lo que con base en los criterios señalados, se recomienda a la Junta Directiva, se manifieste en oposición al expediente en consulta.

Interviene el doctor Hugo Chacón Ramírez y abona que el Proyecto de Ley plantea que, efectivamente, estas personas requieren una serie de atenciones y los determinantes giran en torno al acceso de agua potable, como ejemplo. En ese sentido, se proyecta que se debe dar solución a la línea de acceso del agua potable y esas poblaciones suben a otro nivel. Sin embargo, aunque se les establezca el acceso a la debida salud, al trabajo, al intercambio comercial, a la educación y la situación de esas personas, va a continuar igual, porque no se está solucionando el problema de fondo de la situación. Le parece que es de preocupación, si el Proyecto de Ley es aprobado en la Asamblea Legislativa, y en los eventuales dos años de su aprobación, se debe proyectar cómo se vería afectada la Caja generando los proyectos en los 24 territorios, realizando los estudios de factibilidad, la consulta obligatoria de los pueblos indígenas, los permisos de construcción, los estudios ambientales, entre otros.

Al Director Fallas Camacho le parece razonable lo planteado por el Dr. Chacón, sin embargo, le parece que lo hace en términos personales, por lo que le ve la conveniencia de que se les envíe, el razonamiento que sustenta el sentido de explicar qué es salud, para que se realice el esfuerzo de que se involucren a otros grupos de desarrollo social, para resolver el problema que se está tratando de resolver, por medio de un método que, posiblemente, no va a funcionar. Por otra parte, le parece que se debe aplicar lo establecido en el artículo 74 constitucional, porque el Proyecto de Ley, está teniendo injerencia en las contribuciones propias de la ley constitutiva de la Caja.

Interviene el Subgerente Jurídico y, en la línea que plantea el Dr. Fallas Camacho, le parece que las razones dadas se podrían indicar, resumidas en considerandos, por ejemplo, 1, 2, 3 y 4 y ese sería el acuerdo y no la consecuencia de esos considerandos, como documentos anexos, por la importancia del tema.

Por lo tanto, habiéndose hecho la presentación pertinente, por parte de la doctora Kenia Quesada Mena, funcionaria del Área de Atención Integral a las Personas, con base en lo deliberado y con la recomendación de la señora Gerente Médico, la Junta Directiva –unánimemente- **ACUERDA** emitir criterio de oposición al Proyecto de ley consultado, expediente N° 17846, tomando en cuenta las siguientes consideraciones:

1. La Caja Costarricense de Seguro Social posee autonomía, tanto de gobierno como administrativa, pudiendo la Institución definir políticas, metas y los medios generales para su consecución, adoptando sus servicios a los requerimientos que en materia de salud tenga la población, lo cual resulta lógico, razonable y conveniente desde la perspectiva de mejorar la prestación de servicios integrales de salud, de manera que éstos respondan a los cambios en el perfil epidemiológico, a la nueva integración de los grupos étnicos que componen la sociedad y a las exigencias que enfrenta el sistema sanitario.
2. La Caja Costarricense de Seguro Social, en procura del derecho a la salud y por ende la vida de la población indígena, brinda los servicios de atención a través de los EBAIS (Equipos básicos de atención integral en salud) adscritos a las diferentes áreas de salud a nivel nacional; además, se cuenta con un Programa Institucional para

una Atención Diferenciada a los Pueblos Indígenas en Territorio Costarricense, a través del cual se ha identificado un Plan para la Atención Diferenciada a la Salud de Poblaciones Indígenas, las Instituciones, sectores e intervenciones por coordinar para una atención interinstitucional e intersectorial, la cual se compone de: Salud ambiental, formación académica, registro de nacimientos y defunciones, democracia cultural, atención binacional en salud de las poblaciones indígenas migrantes.

3. Lo pretendido por el Proyecto de ley atenta contra la autonomía de gobierno de la Caja Costarricense de Seguro Social y se traduce en la autodeterminación de objetivos en el ámbito de la planificación funcional y financiera, los cuales se constituyen en facultades propias de la Institución a fin de determinar la priorización de creación de centros asistenciales para brindar la prestación de los servicios de salud.

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

La Gerente Médico y el doctor Chacón Ramírez y la doctora Quesada Mena se retiran del salón de sesiones.

Ingresan al salón de sesiones la señora Gerente de Infraestructura y Tecnologías, arquitecta Gabriela Murillo Jenkins; los ingenieros Manuel Rodríguez Arce, Subgerente de Tecnologías; Juan César Rojas Aguilar, Director de Mantenimiento Institucional; y Marvin Herrera Cairol, Director de la Dirección de Equipamiento Institucional.

ARTICULO 8º

Se presenta el oficio N° GIT-33589-14, de fecha 22 de agosto del año 2014, que contiene el informe gestión del mantenimiento institucional y estado de las Áreas Regionales de Mantenimiento (ARIM).

La exposición está a cargo del ingeniero Rojas Aguilar, con base en las siguientes láminas:

- i) Situación del Mantenimiento en la CCSS
Estado Áreas Regionales de Ingeniería y Mantenimiento (ARIM)

Gerencia de Infraestructura y Tecnologías
Dirección Mantenimiento Institucional

ii)

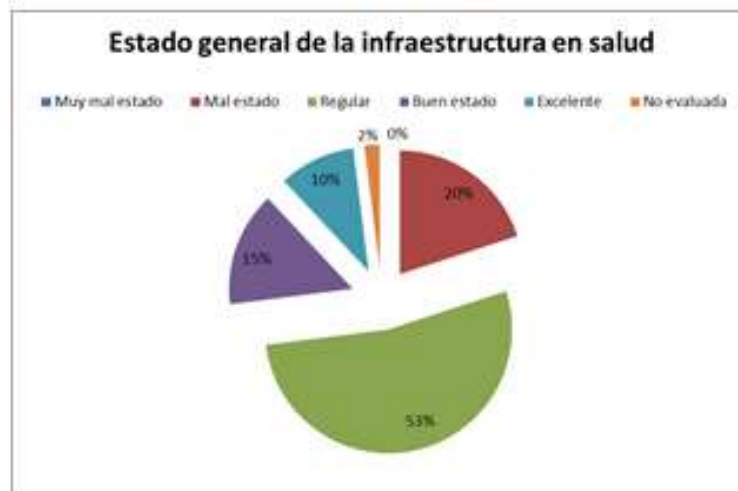
Patrimonio institucional en recurso físico



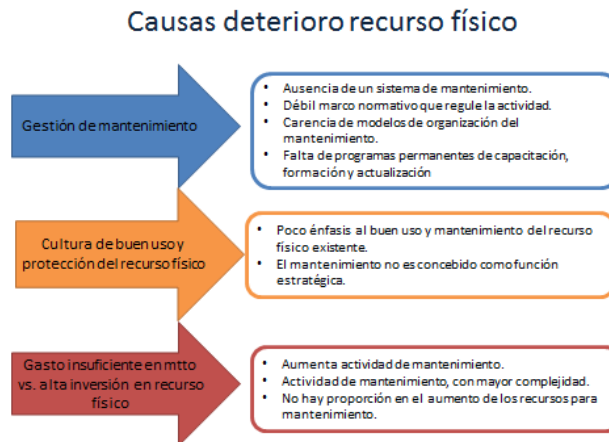
iii)

Estado general de la infraestructura de la C.C.S.S.

Programa de Mejora de la Seguridad Sísmica en Edificaciones de la Caja Costarricense de Seguro Social, Dirección Arquitectura e Ingeniería



iv)



v) **Cómo funciona la gestión de mantenimiento en la CCSS?**

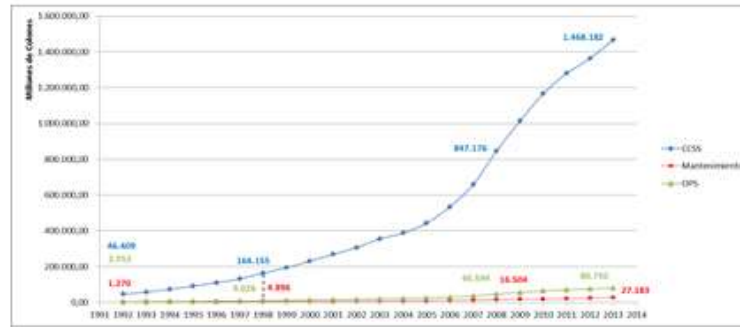
- Nivel Central.
 Direcciones
 Equipamiento Inst.
 Mantenimiento Inst.
 Tecnologías de Información y Comunicaciones.
 Conduce y dirige el Sistema de Gestión de Mantenimiento Institucional (SIGMI).
 Desarrolla guías y normas técnicas,
 Brinda asesoría y apoyo técnico especializado.
- Nivel Regional
 Áreas Regionales de Ingeniería y Mantenimiento (ARIM).
 Apoyo técnico y asesoría.
 Supervisión y evaluación de la gestión en las unidades de la región.
- Nivel Local
 Hospitales, Áreas de Salud, Centros productivos, Unidades administrativas y otros
 Gestión integral del mantenimiento, de conformidad con el Reglamento del SIGMI.

vi)



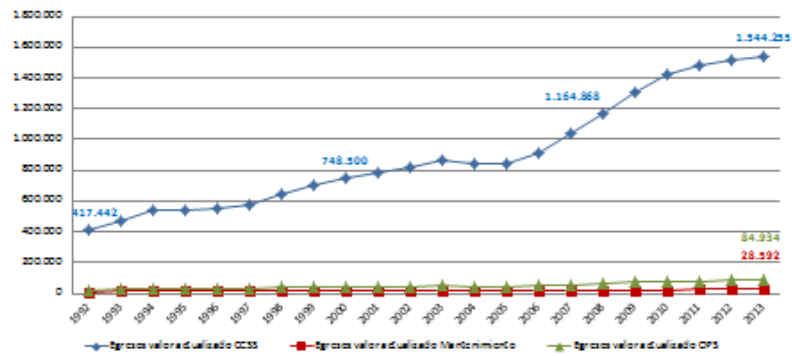
vii)

Recurso presupuestario para mantenimiento



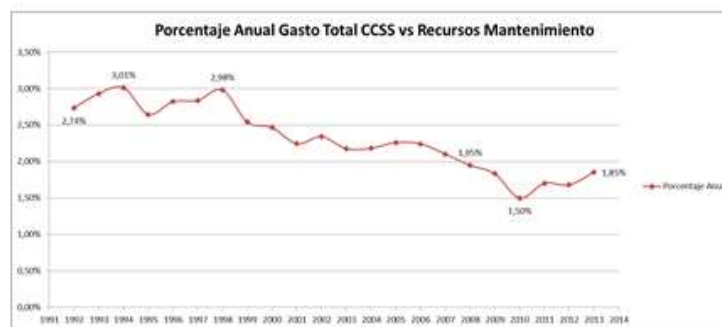
viii)

CCSS: Evolución egresos totales CCSS vs Egresos Partidas de Mantenimiento Período 1992-2013 Valor actualizado – millones de colones



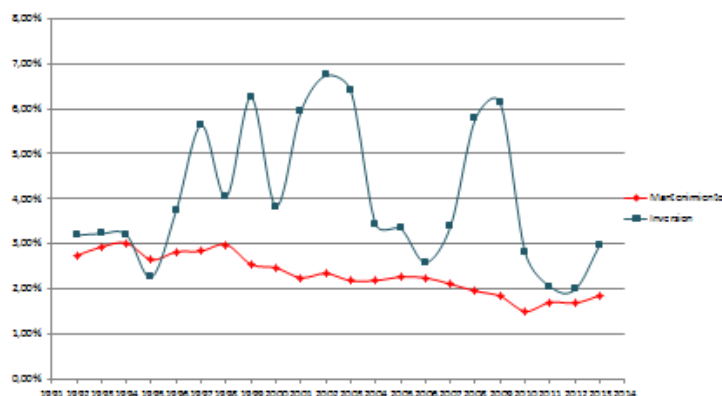
ix)

Recurso presupuestario para mantenimiento



x)

Porcentajes Recursos de inversión
vrs. Recursos de mantenimiento



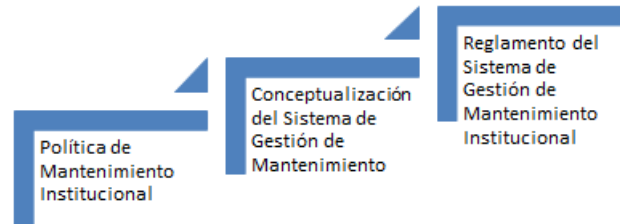
xi) Recurso presupuestario para mantenimiento, algunas unidades 2014

Centro asistencial	Presupuesto efectivo (millones de ¢)	Presupuesto mantenimiento (millones de ¢)	% Presupuesto mantenimiento
H. Calderón Guardia	93.384	1.661	1,8
H. San Juan de Dios	106.252	3.786	3,6
H. México	90.905	2.636	2,9
H. Escalante Pradilla	27.363	593	2,2
H. San Carlos	21.215	461	2,2
H. Max Terán (Quepos)	8.422	155	1,8
H. Guápiles	15.539	318	2,0
A.S. Coronado	9.606	78	0,8
A.S. Belén Flores	3.821	48	1,3
A.S. Atenas	2.513	24	1,0

xii)

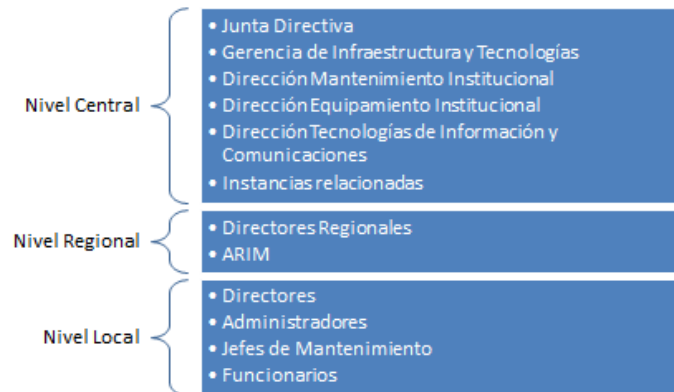
Necesidad de regular y ordenar la gestión de mantenimiento

Marco normativo en mantenimiento en la CCSS, es aprobado por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, en la Sesión 8602, Artículo 22°, celebrada el 27 de Setiembre del 2012



xiii)

En el Reglamento se definen “...deberes y responsabilidades de los funcionarios participantes del SIGMI”



xiv)

Plan de desarrollo del mantenimiento en la CCSS



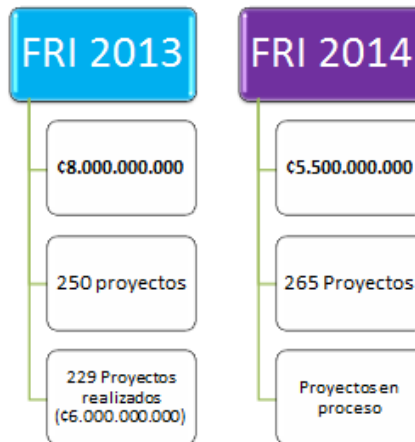
xv)

Avance del plan de desarrollo



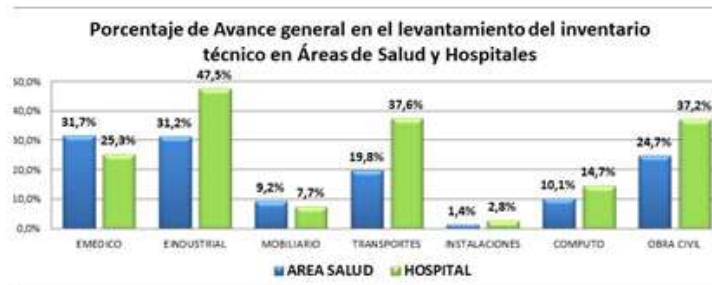
xvi)

Histórico del FRI



xvii)

Proceso de implementación normas básicas



xviii)

Áreas Regionales de Ingeniería y Mantenimiento

Aprobada en acuerdo de Junta Directiva Sesión N° 8002, Artículo 9º del 20 de octubre del 2005.



xix)

Situación actual de las ARIM



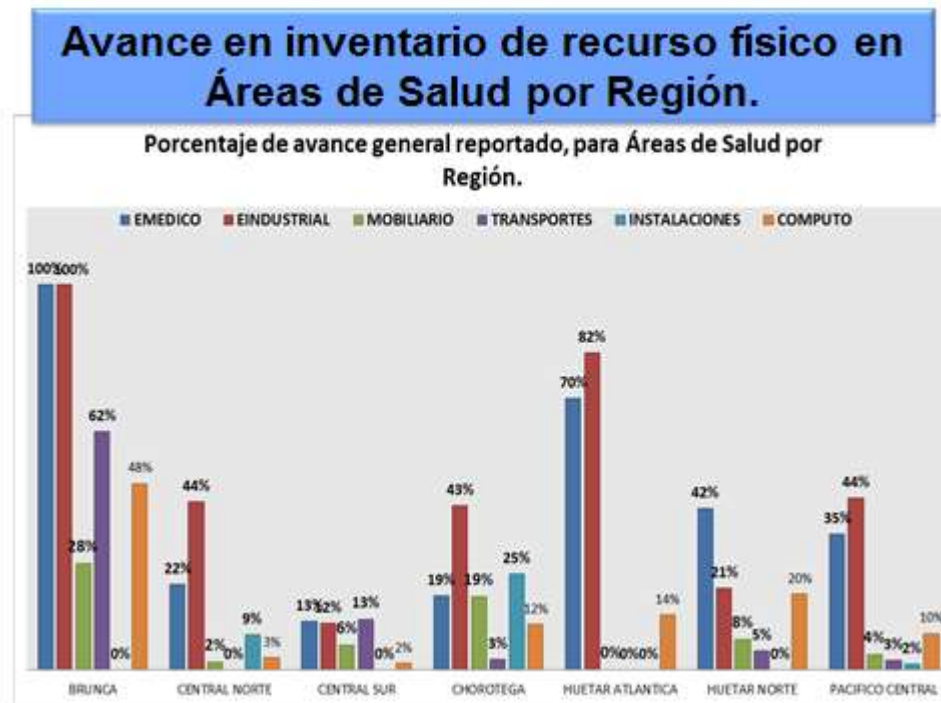
Región Central Sur Recurso humano: 11 m ² : 110.000,00	Región Central Norte Recurso humano: 7 m ² : 220.000,00	Región Pacífico Central Recurso humano: 6 m ² : 70.668,00
Región Huetar Norte Recurso humano: 5 m ² : 50.791,00	Región Huetar Atlántica Recurso humano: 5 m ² : 63.780	Región Chorotega Recurso humano: 5 m ² : 81.440,00
Región Brunca Recurso humano: 4 m ² : 71.640		

xx) Tareas principales de las ARIMs.

- NUEVAS INVERSIONES.
- Sedes de EBAIS.
- Sedes de Visita Periódica.
- Reemplazo de Equipos.
- Otros.

- MANTENIMIENTO.
- Proyectos Recuperación de infraestructura (FRI).
- Gestión de mantenimiento. Asesorías, apoyo Técnico.
- Implementación del Reglamento.

xxi)



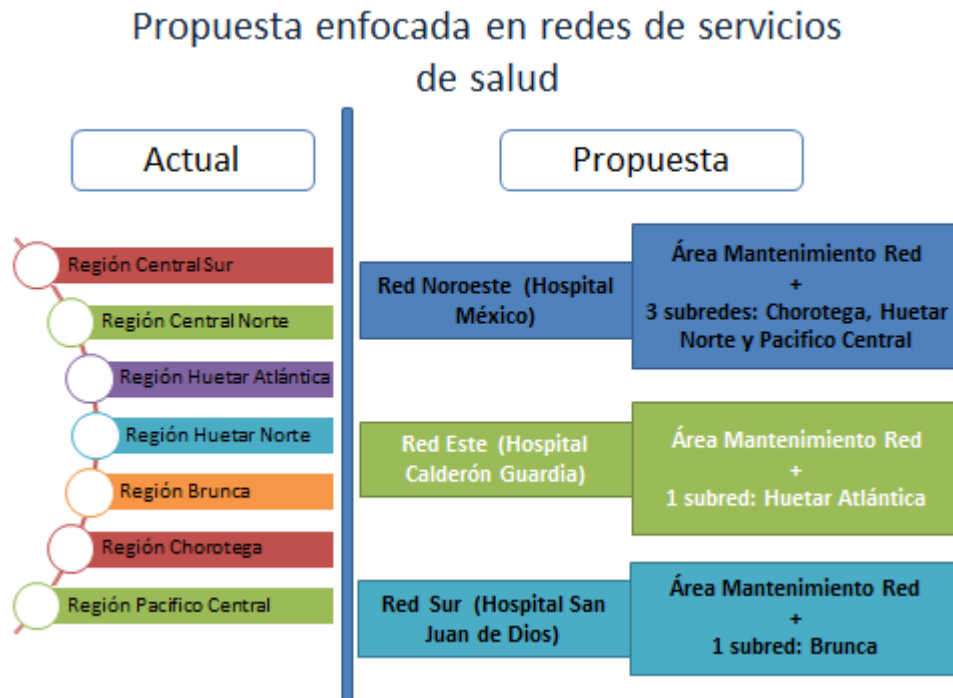
xxii)

Replanteamiento de competencias de las ARIM

Actividad	Complejidad	Competencia
Obra nueva	Baja	Dirección Arquitectura e Ingeniería
	Mediana	
	Alta	
Reparaciones mayores, remodelaciones menores		Áreas Regionales de Ingeniería y Mantenimiento para Áreas de Salud.
Reemplazo equipamiento médico, industrial y otros	Baja	Áreas Regionales de Ingeniería y Mantenimiento para Áreas de Salud
	Mediana	
	Alta	DEI, DMI, DTIC
Gestión de mantenimiento	Baja	Áreas de Salud con funcionario de mantenimiento
	Mediana	Áreas Regionales de Ingeniería y Mantenimiento para Áreas de Salud
	Alta	

Nota: Hospitales se apoyan en ARIM o en Nivel Central en caso de muy alta complejidad

xxiii)



xxiv) PROPUESTA DE ACUERDO

De acuerdo con lo expuesto por la Arq. Gabriela Murillo Jenkins, Gerente de Infraestructura y Tecnologías y su recomendación, que concuerda con los términos del oficio GIT-33589-2014 de fecha 22 de agosto de 2014, así como el informe N° DEI-0673/TIC-0747/DMI-895-2014, la Junta Directiva ACUERDA:

- 1- Dar por recibido el informe sobre situación del Sistema de Gestión Mantenimiento Institucional y estado de las Áreas de Ingeniería y Mantenimiento.
- 2- Instruir a la Gerencia Administrativa, para que a través de la Dirección de Desarrollo Organizacional, realice un estudio orientado al replanteamiento funcional de las Áreas de Ingeniería y Mantenimiento en concordancia con lo establecido en el Sistema de Gestión de Mantenimiento Institucional (SIGMI), y en línea con el modelo de redes integradas de servicios de salud que se implemente.
- 3- Con base en los resultados de dicho estudio, se instruye a la Gerencia Administrativa solicitar a la Dirección de Administración y Gestión de Personal realizar un diagnóstico de los perfiles y competencias que deben tener los funcionarios a cargo de la gestión de mantenimiento en el nivel local y regional. Así como la cantidad de personal y el tipo de plaza que se requiere en este campo, acorde con el modelo de redes integradas de servicios de salud que sea implementado.

A propósito de una consulta del Director Devandas Brenes, tendiente a conocer cuántos metros tiene la Caja en alquiler, el Ing. Rojas responde que ciento diez mil metros cuadrados, corresponde a un 8% del total de área que ocupa la Institución.

En cuanto a una inquietud sobre el tema de mantenimiento, señala la doctora Sáenz Madrigal que el gasto en mantenimiento es insuficiente, así como el presupuesto asignado.

El Director Gutiérrez Jiménez solicita que en algún momento, en el desarrollo de la presentación, se explique cómo se hace para darle seguimiento al tema de mantenimiento, específicamente, en el caso del Hospital México. Le llama la atención, porque no se le podría atribuir este tema a la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, dado que existe una Dirección de Mantenimiento, en ese Hospital. Por otro lado, cuando se determina una situación que conduce y dirige el Sistema de Gestión de Mantenimiento, le parece que también incorpora, fiscaliza y se reúne con las personas, porque de lo contrario, cada quien en mantenimiento, hace lo que quiere, estas son presunciones. Por otra parte, le preocupa cómo se fiscaliza el tema en lo que corresponde a la parte de prevención de incendios de la Institución. Estima conveniente que se les explique a los Miembros de la Junta Directiva, cuál es la fiscalización y cuál es el control que realiza el Departamento de Mantenimiento Institucional de la Gerencia de Infraestructura, o si tiene alguna injerencia directa en los planeamientos y en el mantenimiento, que se está desarrollando en cada una de las unidades. Repite, porque de lo contrario, si no es así, se valore si la Dirección de Manteniendo Institucional debe existir, o que el mantenimiento específico se realice en cada Unidad, aunque le parece que no es correcto.

Sobre el particular, señala la Dra. Sáenz Madrigal que se avance en la presentación y, si el tema no se tiene contemplado dentro de la presentación, que se realice el comentario al final.

En relación con una inquietud del Director Gutiérrez Jiménez, señala la Gerente de Infraestructura que el presupuesto para materia de mantenimiento, se ha ido incrementando, de manera que se ha aumentado el equipo, la infraestructura, el personal, pero el gasto en mantenimiento, ha estado en una constante y más bien, la asignación en términos relativos, ha disminuido. De modo que se está creando una brecha, que en este momento se ha ido incrementando y, eventualmente, generará que se requieran invertir sumas millonarias, para lograr solventarla. Se pretende dar una idea general de cómo está el mantenimiento y el informe fue solicitado, específicamente, en términos de que se conozca lo que se realiza en esas áreas. Como ilustración, algunos hospitales tienen un presupuesto reforzado, algunos cuentan con 70, 80 y hasta 100 personas en mantenimiento, a diferencia de otras áreas de salud, que no tienen recursos financieros suficientes, no tienen personal a cargo y el presupuesto es de alrededor de tres, cuatro y cinco millones de colones, para todos los EBAIS.

Sobre el particular, el Director Fallas Camacho señala que cuando se asigna el presupuesto de mantenimiento, es difícil establecer una cifra de un 4%, o un 5%, por ejemplo. Le parece que se debe realizar un esfuerzo para que se establezca una asignación ideal para las áreas de salud, dado que no es igual darle mantenimiento a un equipo recién incorporado, o a uno que tiene un año, dos y cinco años, igual sucede con los edificios. Le parece que se debe tener claro, cuál es la asignación presupuestaria que se le debe dar a las áreas de salud y hospitales; además, de tener claridad a qué se le debe dar mantenimiento, a qué tipo de equipo, que racionalidad, inclusive, puede ser que los centros sean totalmente diferentes en tamaño. Le parece que el tema se ha analizado al igual que como cuando se discutió el Reglamento de Mantenimiento. Cada Unidad es responsable de su mantenimiento, tiene que tener un programa de mantenimiento anual y definir una serie de elementos, en términos de lo que se va a hacer.

Interviene el Director Devandas Brenes y señala que le llama la atención el 5% que la Organización Panamericana de Salud (OPS) establece, en cuanto a mantenimiento, refiere que se

debe presupuestar anualmente. Considera importante se sustente cuáles son esos criterios y si la Caja puede construir parámetros de mantenimiento, salvo que la OPS los establezca. Le preocupa que las Direcciones Regionales Central Sur y Central Norte, muestren bajos porcentajes de cumplimiento de las metas asignadas, según el Plan Anual Operativo que presentaron. Considera que es importante conocer el presupuesto asignado, presupuesto ejecutado y las razones por las cuales no se cumplió, porque en muchos casos, existen imposibilidades materiales para poder ejecutar el presupuesto, que se les ha asignado y en otros casos, se han producido disminuciones en el presupuesto. En otro apartado, en relación con las donaciones de equipo, en una sesión anterior manifestó su preocupación, dado que la Institución tiene una Comisión o Grupo Técnico, para que defina cuáles son los equipos técnicos que se deben adquirir; le parece que las donaciones de equipos no se deben promover o aceptar, sino son aprobadas por el Equipo Técnico institucional. Además, le preocupa una información que se publicó en la prensa en relación con equipos innovadores adquiridos por la Universidad Iberoamericana (UNIBE), para ubicarlos en los EBAIS que administra; dado que si se aceptan que terceros, que tienen contrato con la Caja, incluyan equipo de esa naturaleza; primero, se va a generar una expectativa en toda la población y, segundo, una lucha entre los demás EBAIS, por tener el mismo equipo. Le parece que habría que revisar esos contratos, para determinar los terceros que tienen esos contratos y pueden equipar los EBAIS, aunque sea con sus propios recursos, repite, porque distorsionan el desarrollo institucional. Le parece que es un aspecto que debió haber sido aprobado por la Junta Directiva, antes que un tercero introduzca equipos de esa naturaleza, en la prestación de los servicios de salud.

El Director Loría Chaves acota que no tiene problema con aprobar el tema, en el sentido de que se realicen estudios, porque se presentarán a consideración de la Junta Directiva y tendrá que resolver. Su comentario se fundamenta en que ha insistido, en que muchas veces se actúa de la misma manera y siempre se establece la diferencia. Por ejemplo, existen empresas que se dedican a alquiler de equipo y, por ejemplo, ofrecen alquilar un equipo nuevo de paquete, se usa y luego se cambia, desconoce el costo de ese equipo, pero existe. Le parece que se debería realizar un estudio de costo-beneficio, porque las tecnologías cambian, constantemente, lo que hoy es un equipo nuevo, dentro de un año existen otros más nuevos y la Caja ha ingresado en la competencia, de comprar tecnología de punta, con un costo muy elevado y, en poco tiempo se vuelve obsoleta. Estima que se debería valorar, el costo de un equipo alquilado y la empresa está obligada a darle mantenimiento y mantenerlo actualizado. Por otra parte, según lo que ha determinado, las edificaciones de los nuevos hospitales y centros tienen una especie de cuarto de monitoreo, en lo que corresponde a electromecánica; entonces, cuando se va a construir el edificio, se tiene que tener todo listo y siempre deberá existir una persona que esté monitoreando la pantalla y en el momento en que falle, la pantalla y las alarmas se activarán. Estima que se debería pensar en la adquisición de esos modelos porque, posiblemente, en un monitoreo de esa naturaleza, se podrían encender en forma acelerada las alarmas de emergencia, entre otros.

El Director Gutiérrez Jiménez manifiesta su preocupación, dado que le parece inverosímil que se vaya a realizar un estudio, para definir cuáles son los perfiles que se necesitan, en cuanto a mantenimiento. Entendería si se indica que se va a elaborar un perfil, por ejemplo, que se debe elevar el perfil para ocupar un puesto en cuestiones de construcción de edificios, incluso, en el diseño de un edificio y que se quieren, profesionales de distintos perfiles. Reitera su preocupación, porque no se está indicando en cuanto tiempo se concluye el estudio y, luego, de que se tiene el estudio se continúa realizando otros. Está de acuerdo en que las necesidades

pueden cambiar y se tenga que dar mantenimientos más específicos y más calificados; de manera que un área podría necesitar un grupo de personas, que requiera un perfil diferente por el tipo de equipo que se están teniendo, o porque la construcción, incluye mayor tecnología. No se está realizando ninguna diferenciación, se está indicando que se iniciará de cero, de modo que se realiza todo un replanteamiento y, después, se define el perfil que se necesita. Le preocupa porque no hay tiempo y los edificios están muy deteriorados. Le parece que se deben implementar acciones prácticas. Insiste que uno de los grandes problemas que tiene la Caja, es que se hacen las cosas y hasta que no se tiene lo “perfecto”, las soluciones de corto y mediano plazo no se abordan. Por ejemplo, en este momento se tiene un problema de mantenimiento, mañana y pasado y en veinte años y en esa situación se pasará a la historia. Como ilustración, antes tenían el problema de la gotera, pero la gotera pasó al gypsum, después a la alfombra, hoy es la gotera, el gypsum y la alfombra, se complicó muchísimo más. Le preocupa la práctica de esta Institución que no comparte, de realizar estudios para todo. Si se le indica que se necesita parte de esto, no va a establecer obstáculos, pero repite, es un estudio sobre otro y no puede ser posible, que teniendo los años que tienen en mantenimiento y la Caja los años que se ha desarrollado, todavía se esté cuestionando si es el grueso de las personas que tendrían que tener. Reitera, que entiende que para áreas específicas, para equipo especializado, construcciones especializadas, se debe establecer un plazo, si se va a aprobar la propuesta.

La señora Presidenta Ejecutiva agrega que es claro que la función de mantenimiento en la Institución, aunque pareciera que es una función antigua, es relativamente nueva y estructurada por el Reglamento que apenas está empezando su ejecución. Considera que ahí hay un rezago en el tema de mantenimiento. Recuerda que cuando se hizo el análisis del Sector Salud, uno de los temas que más le llamó la atención en el 2003, fue que en aquel momento el número de ingenieros que tenía la Caja era de 1.000, para atender todo problema que tenía la Institución. No recuerda el dato, pero era algo que llamaba poderosamente la atención. De esa época ha habido avance pero todavía hay un déficit. Externa su preocupación en cuanto a la presentación, primero el tema de las ARIM, le parece que se les debe realizar una evaluación, en términos de cuál es el impacto que producen en la estructura organizativa, cuáles son las funciones, cuáles son las responsabilidades que están teniendo y el impacto que se produce en el modelo; aclara que no está en contra de las ARIM. Segundo, si bien es cierto hay necesidades de mantenimiento en los grandes establecimientos, el déficit que se tiene en las Áreas y en los EBAIS, son aspectos que se pueden corregir, por ejemplo, pinturas, techo, canoas, la parte de electricidad, entre otros. Entonces, cuando se realiza la evaluación de cuál es la estructura y el funcionamiento que debería tener la Institución, se tiene que conocer qué es lo que hacen los funcionarios en esas Áreas. Menciona que estuvo en dos Puestos de Salud, como ilustración, a uno era mejor no ingresar, porque se caía, dado que por 20 años no se le ha dado mantenimiento. Le parece que ese aspecto habría que retomarlo. Ha observado algunas camas en los hospitales y se nota que no se les da mantenimiento, como ilustración, no se lijan, no se pintan, no se le compra un colchón, son aspectos sencillos por resolver. Por otro lado, el equipo médico, las pesas, las balanzas, el aparato de tomar la presión, tampoco reciben mantenimiento.

Interviene la Directora Soto Hernández y comenta que el tema de mantenimiento lo conoció, desde que ingresó a trabajar en la Caja. Inicialmente, se enteró de que una persona que no era ingeniero, manejaba los expedientes de dos licitaciones para construcción de un Hospital, con el crédito del Banco Alemán y el otro, la Comisión Asesora del Nuevo Hospital CCSS, en ese momento no tenía nombre y se trataba del Hospital México. De manera que se empezó a

familiarizar con la ingeniería y mantenimiento, cuando estuvo el Ing. Manuel Enrique Fournier, que fue el primer ingeniero residente del Hospital México y ella, era la encargada de Relaciones Públicas de ese Hospital. Le parece que siempre fue muy importante la gestión que se realizaba en ingeniería y mantenimiento. Como ejemplo, por su salud, ha tenido que visitar el Hospital Calderón Guardia y, le preocupa lo que existe entre el ayer y el hoy. Pregunta si en el Hospital Calderón Guardia hay ingenieros

Responde la Arq. Murillo Jenkins que tiene alrededor de 10 ingenieros.

En cuanto a una consulta de la licenciada Soto Hernández, señala el Ing. Rojas que tiene contratados alrededor de 55 personas, encargados del mantenimiento del Hospital.

Continúa la licenciada Soto Hernández y menciona que en una visita al Hospital Calderón Guardia, le indicó al Guarda que el edificio de ese Hospital es histórico y le preocupó el hacinamiento que existe y la suciedad en mantenimiento. El análisis final, lo realizó en términos de cómo se descuida un edificio, cuando se tienen las torres y en la esquina se está construyendo otra. Le parece excelente el avance, pero se ha descuidado la parte del policlínico, por ejemplo, un servicio sanitario está colocado al revés. Ese detalle es de mantenimiento, ese aspecto no lo abarca el ingeniero. Menciona que si hay diez ingenieros en el Hospital Calderón Guardia, debería destacarse un ingeniero, para que se encargue de esa parte histórica.

A propósito de una inquietud del Director Devandas Brenes, señala la arquitecta Murillo Jenkins, que por primera vez se le está solicitando a las Unidades que realicen un inventario, en términos de qué tienen y en qué estado, para que a partir de ahí, se defina un plan de mantenimiento específico para el lugar. Por ejemplo, el plan de mantenimiento del Hospital San Juan de Dios, va a ser distinto al de un Área de Salud y al del Hospital Calderón Guardia. Primero, se hace el inventario, luego, el plan de mantenimiento y, después, se tiene que establecer la gestión de mantenimiento, con base en los dos aspectos. Por otro lado, el Reglamento de Mantenimiento se acaba de aprobar y se está elaborando el inventario y existen lugares, en los que no se ha realizado el inventario. Sin embargo, las guías para realizar los planes y el inventario están listas, pero algunas Unidades han indicado que no tienen tiempo y están muy atrasados. Lo aclara, dado que la Junta Directiva había establecido dos años, para que se tuviera concluido el inventario y no alcanzó el tiempo para hacerlo. Por otro lado, dentro del análisis de mantenimiento se detectó que había un problema multifactorial, algunos indicaban que se trataban de recursos financieros y otros, que faltaban puestos. En primera instancia, lo que se determinó era que a nivel normativo, lo que aplicaba era el Reglamento de Hospitales del año 1969 y se establecía, que cada servicio tenía que contar con un servicio de mantenimiento. De manera que hubo que elaborar un nuevo Reglamento, es el que, recientemente, se aprobó. A partir de que se aprobó el modelo, está pendiente de definir la estructura organizacional y el perfil de puestos y lo que está sucediendo es que existen unas estructuras definidas y otras no. Por otro lado, en puestos, el problema que tiene es, por ejemplo, en una unidad a un Guarda se le dio la orden de cambiar bombillos y en otra, se tiene un cuerpo de ingenieros de once o doce personas, porque no existe un estándar institucional. Existe un rezago en la parte de cultura organizacional, como ilustración, cuando se realizó la intervención del Hospital de Cartago, se eliminó el Área de Mantenimiento, cuando se quiso nombrar un ingeniero, se determinó que el Jefe de Mantenimiento en el Hospital, tiene un perfil inferior al de un Profesional 4. Es un ingeniero que maneja toda la infraestructura de un Hospital Regional, entonces, no se puede

contratar un profesional porque el perfil no está acorde con el puesto. Por otra parte, se han encontrado obstáculos desde hace muchos años, respecto de estudios pendientes que no se resuelven. En ese sentido, se incluyó uno para que se realice un análisis de la estructura organizacional y, otro, para el puesto, porque el modelo de mantenimiento, está incluido en el Reglamento y para la estructura organizacional, se tendrá que determinar si funcionará en Red o no. Le parece importante se incorpore el estudio del impacto que se produce en las áreas de mantenimiento, con el Reglamento de Mantenimiento.

En cuanto al tema de los perfiles de los funcionarios de las áreas de mantenimiento, sugiere la señora Presidenta Ejecutiva, que se deje pendiente, porque el tema está incluido en el que se está analizando respecto de otros perfiles, pero que se realice el análisis funcional, porque le parece muy importante, dado que ese sería como el primer paso.

Finalmente, con base en lo deliberado, se solicita a la señora Gerente de Infraestructura y Tecnologías que se redacte la propuesta de acuerdo y se presente en el transcurso de la sesión.

El Director Gutiérrez Jiménez se disculpa y se retira del salón de sesiones.

La arquitecta Murillo Jenkins y el equipo de trabajo que la acompaña se retiran del salón de sesiones.

ARTICULO 9º

“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22276-15, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.

A las diecisiete horas con cinco minutos se levanta la sesión.