

Miércoles 29 de octubre de 2014

N° 8747

Acta de la sesión extraordinaria número 8747, celebrada por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, a las doce horas del Miércoles 29 de octubre de 2014, con la asistencia de los señores: Presidenta Ejecutiva, Dra. Sáenz Madrigal; Directores: Dr. Fallas Camacho, Licda. Soto Hernández, Lic. Barrantes Muñoz, Lic. Gutiérrez Jiménez, Lic. Alvarado Rivera; Subauditor, Lic. Olger Sánchez Carrillo; y Lic. Alfaro Morales, Subgerente Jurídico. Toma el acta Emma Zúñiga Valverde.

La Directora Alfaro Murillo y el Director Devandas Brenes informaron que no les sería posible participar en la sesión de esta fecha. Disfrutan de permiso sin goce de dietas.

El Director Loría Chaves retrasará su llegada a esta sesión.

ARTICULO 1°

Comprobación de quórum.

La Directora Alfaro Murillo y el Director Devandas Brenes informaron que no les sería posible participar en la sesión de esta fecha. Disfrutan de permiso sin goce de dietas.

El Director Loría Chaves retrasará su llegada a esta sesión.

ARTICULO 2°

La agenda se desarrollará conforme con lo previsto y, también, con la aprobación -por unanimidad y mediante resolución firme- para que se incorporen los asuntos que se detallan seguidamente:

- i) Correspondencia.
- ii) Gerencia Médica:
 - 1) Información complementaria en relación con la propuesta de beneficios para estudios, que consiste en *permiso con goce de salario en carácter de beca*, a favor del Dr. Jimmy Angulo de la O, Médico Especialista en Ortopedia y Traumatología del Hospital San Juan de Dios, para realizar Subespecialidad en Cirugía Reconstructiva del Adulto, en la Universidad de Barcelona, España, del 31 de octubre del año 2014 al 31 de julio del año 2015. *Se presenta el oficio N° GM-SJD-47740-2014 del 28-10-14.*
 - 2) **Propuesta en relación con el Curso de Capacitación en el Programa de Familias Fuertes: Amor y Límites, del 10 al 14 de noviembre del año 2014, que tendrá lugar en San José, Costa Rica:** cooperación técnica por parte del Ministerio de Salud de Perú; asistirán como capacitadoras: doctoras María del Carmen Calle Dávila, Carmen Rosario Núñez Herrera y la Mag. María Elena

Yumbato Pinto. Se presenta el oficio N° GM-SJD-47739-2014, del 28 de octubre del año 2014, firmado por la Gerente Médico.

- 3) **Atención artículo 20° de la sesión N° 8742, del 2 de octubre del año 2014:** presentación informe, en relación con la listas de espera. Se presenta el oficio N° GM-SJD-5707-2014, del 08 de los corrientes, suscrito por la Gerente Médico.
- 4) **Oficio N° GM-SJD-5596-14,** de fecha 8 de setiembre del año 2014: atención artículo 10° de la sesión N° 8545: *“Informe del equipo de especialistas nacionales nombrado para el análisis de la situación del Seguro de Salud”*: recomendación 80: *“Evaluar la modalidad de “Médico de empresa” con miras a su fortalecimiento”*: propuesta reforma integral del Reglamento del Sistema Mixto de Atención en Salud.
- 5) **Proyectos de ley:**

Se externa criterio:

- a) **Expediente número 16887, Proyecto adición nuevo Capítulo III referente a los derechos en salud sexual y reproductiva al Título I del Libro I de la Ley General de Salud, N° 5395 del 30 de octubre de 1973.** Se traslada a Junta Directiva la comunicación del 22 de los corrientes, número PE.46.004-14, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: anexa el oficio número DH-108-2014, que firma la Jefa de Área de la Comisión Permanente Especial de Derechos Humanos de la Asamblea Legislativa. (8742). Se externa criterio mediante el oficio N° GM-SJD-5678-2014 del 06 de octubre en curso.
- b) **Expediente número 19105, Proyecto Ley de creación de la política pública nacional al primer nivel de atención en salud.** Se traslada a Junta Directiva la comunicación del 24 de los corrientes, número PE.46.029-14, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: anexa el oficio número CAS-586-2014, que firma la Jefa de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa. Se solicitó criterio con las Gerencias de Infraestructura y Tecnologías y Médica coordinar lo correspondiente y remitir el criterio unificado. Se emite criterio mediante el oficio N° GM-SJD-5677-2014 del 06 de octubre en curso.
- c) **Expediente número 18690, Proyecto Programa Integral de Desarrollo Educativo (PIDE).** Se traslada a 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: 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 emite criterio mediante el oficio N° GM-SJD-5652-2014 del 25 de setiembre anterior.

ARTICULO 3°

Se conoce el oficio N° P.E. 38.989-14, del 5 de agosto del año 2014, suscrito por la Jefa de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, mediante el cual, con instrucciones de la Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal, Presidenta Ejecutiva, y a efecto de que se haga del conocimiento de los señores Directores, remite copia del oficio de fecha 19 de julio del año 2014, dirigido al Lic. Luis Guillermo Solís Rivera, Presidente de la República de Costa Rica, que ha sido suscrito por los señores César A. Piedra López, Roy Eduardo León Murillo y otros profesionales médicos y funcionarios del Hospital Escalante Pradilla y Área de Salud de Pérez Zeledón. Externan su preocupación por la situación actual de la Institución, en cuanto al deterioro progresivo que ha sufrido durante las distintas administraciones, tanto en el ámbito administrativo como económico, lo cual es producto de los inadecuados manejos en los citados ámbitos, por lo que consideran que es necesaria una intervención prioritaria, de acuerdo con lo que plantean. Señalan que, como profesionales de las Ciencias Médicas, se ven obligados a solicitar las medidas necesarias para efectuar cambios profundos y radicales en el rescate de la Institución; asimismo, hacen mención al futuro nombramiento del nuevo Director Regional de la Región Brunca, para que sea una persona que no haya ocupado puestos administrativos y que no ha demostrado un apego al puesto y más bien hay mostrado un desarrollo deplorable respecto de las expectativas que se tenían y ha hecho retroceder el proceso de cambio adecuado y ha entorpecido el servicio, así como el crecimiento institucional. Refieren que el actual Gobierno ha mencionado públicamente que el principio rector de su administración son la probidad y transparencia en la función pública, por lo que consideran que es hora de remover a los funcionarios de la Caja que han estado seriamente cuestionados por actos administrativos irregulares, entre los que citan a las Gerencias por la mala gestión administrativa, entre otros, y la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA** trasladarlo a la Gerencia Médica, para la atención correspondiente y con la solicitud de que dé respuesta a los firmantes.

ARTICULO 4°

Se conoce la comunicación recibida el 14 de agosto del año 2014, que firma el Dr. Albin Castro Acuña, en la que manifiesta que inició labores en la Caja desde el 7 de enero de 1985, como Médico en la Clínica La Cuesta de Corredores, en el código de plaza N° 23814. Indica que durante el año 1989 estuvo realizando sustituciones como Médico Director del Hospital de Ciudad Neilly, luego fue nombrado en forma ininterrumpida desde el año 1995 hasta el año 2006, ya que en agosto del año 2006 le propusieron nombrarlo en ascenso en la Dirección Regional de Servicios de Salud Región Brunca; refiere que en dicho nombramiento se incluyó una cláusula que señalaba que, cuando concluyera el período de nombramiento como Director Regional, se le garantizaba su reintegro al puesto de Médico Director del Hospital de Ciudad Neilly y ocupó plaza vacante en el citado puesto. Señala una serie de hechos y refiere que la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médico, indicó que se reinstalara en un puesto similar, y se nombró finalmente al Dr. William Martínez Abarca como Médico Director del Hospital de Ciudad Neilly desde el 09 de agosto del año 2014 hasta el 23 de enero del año 2015, lo que considera que contraviene el principio de estabilidad laboral. Además, indica que el puesto de Director de Gestión Regional Red Servicios de Salud, Región Brunca no es un puesto de confianza y, al efecto, cita el fundamento legal. Plantea la siguiente solicitud: *“Se deje sin efecto el citado concurso y se me conserve en el puesto”*, y la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA** trasladarla a la Gerencia Médica para lo correspondiente.

ARTICULO 5º

Se tiene a la vista la comunicación (fax) de fecha 13 de agosto del año 2014, suscrita por el Sr. Jaime Rojas Mena, Coordinador de la Comisión de Apoyo Social Cantón de Pérez Zeledón, en la que refiere que forma parte de la Comisión de Apoyo Social Cantón de Pérez Zeledón que está conformada por organizaciones del Cantón, que son UPIAV, Coopeagri, Cámara de Comercio, Pastoral Social, Juntas de Salud Hospitalaria y Área de Salud, UNCOOSUR, UTRAIPZ que se unieron para abordar el tema de la salud. Cursa invitación para que visiten el Cantón, con el fin de conversar de los temas que, como Comisión están trabajando y consideran que son vitales para mejorar el sistema de salud y la atención de los pacientes. Indica que ya los visitaron la Presidenta Ejecutiva, la Gerente de Infraestructura y la Gerente Médico, lo cual ha sido de gran aporte al trabajo que están realizando, y la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** trasladarla a la Presidencia Ejecutiva, con la solicitud de que les dé respuesta.

ARTICULO 6º

*“De conformidad con el dictamen jurídico número **GA-22220.-15**, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

ARTICULO 7º

*“De conformidad con el dictamen jurídico número **GA-22220.-15**, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

ARTICULO 8º

Se conoce el oficio número DAE-683-14 de fecha 5 de agosto del año 2014, suscrito por el Lic. Luis Guillermo López Vargas, Director a.i. de la Dirección Actuarial y Económica, que en adelante se transcribe, en el que se refiere a lo resuelto en el artículo 6º de la sesión Nº 8724, del 10 de julio del año 2014, en que se acordó: *“solicitar a la administración que se presente nuevamente la interpretación del artículo 177 de la Constitución Política de Costa Rica, que conoció la Junta Directiva anterior y, además, se incluya, por parte de la Dirección Actuarial, una estimación de la cotización media del Seguro de Salud, su comportamiento a lo largo de los últimos diez años, y su comparación con el monto estimado de la prima que se utiliza para el cobro del Seguro por el Estado para ese mismo período”*:

“Como complemento al Oficio GF-25.501-14 del 22 de Julio del 2014, suscrito por la Gerencia Financiera, me permito referirme al porcentaje de cotización media del Seguro de Salud, el cual corresponde a la prima que se utiliza para el cobro del Seguro por el Estado.

Al respecto, se establece lo siguiente:

I. Marco Legal

La aplicación de este concepto surge de la “Ley de Aprobación de los Contratos de Préstamo Suscritos entre el Banco Interamericano de

Desarrollo y el Gobierno de la República de Costa Rica” – Ley N° 7374 - la cual establece en el capítulo IV, artículo 6º, que el costo de aseguramiento del Programa de Asegurados Indigentes considerará como referencia el porcentaje de cotización media, calculada por esta Dirección, según se indica a continuación:

“Artículo 6. – El costo de atención de la población indigente se cubrirá con los recursos provenientes de las partidas del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, para lo cual se utilizará como referencia el porcentaje de cotización media, calculado por la Dirección Técnica Actuarial de la Caja Costarricense de Seguro Social.”

II: Porcentaje de Cotización Media

Conceptualmente este se refiere al promedio ponderado de las primas que pagan los diferentes sectores de asegurados, correspondiendo a la metodología y al porcentaje que desde 1994 se ha utilizado para realizar la facturación del costo de aseguramiento del Programa de Asegurados por Cuenta del Estado, siendo que su expresión es la siguiente:

$$\Pi_p = \left(\frac{\Pi_1 * M_1 + \Pi_2 * M_2 + \Pi_3 * M_3}{M_1 + M_2 + M_3} \right) * 100 = \left(\frac{C_1 + C_2 + C_3}{M_1 + M_2 + M_3} \right) * 100$$

$$\Pi_p = \frac{\sum_{i=1}^3 C_i}{\sum_{i=1}^3 M_i} * 100$$

Donde:

Π_p = Porcentaje de cotización media.

Π_1 = Porcentaje de cotización de los asalariados.

Π_2 = Porcentaje de cotización de los independientes y voluntarios.

Π_3 = Porcentaje de los pensionados

$M1$ = Masa cotizante de asalariados

$M2$ = Masa cotizantes de independientes

$M3$ = Masa cotizante de pensionados

C_1 = Cotización de los asalariados

C_2 = Cotización de los independientes y voluntarios

C_3 = Cotización de los pensionados

El comportamiento histórico de ese porcentaje es tal como lo muestra el cuadro N° 1:

Cuadro N° 1

SEGURO DE SALUD				
PORCENTAJE DE COTIZACIÓN POR SECTOR Y				
MEDIA ANUAL PONDERADA, SEGÚN AÑO: 2004-2014				
AÑO	Trabajadores Asalariados (1)	Trabajadores Independientes (2)	Pensionados (3)	Porcentaje Contribución Media Anual Ponderada
2004	14,75%	11,00%	13,75%	14,35%
2005	14,75%	11,00%	13,75%	14,33%
2006	14,75%	11,00%	13,75%	14,31%
2007	14,75%	11,00%	13,75%	14,31%
2008	14,75%	11,00%	13,75%	14,33%
2009	14,75%	11,00%	13,75%	14,34%
2010	14,75%	11,00%	13,75%	14,31%
2011	14,75%	11,50%	13,75%	14,33%
2012	14,75%	11,59%	13,75%	14,34%
2013	14,75%	12,00%	13,75%	14,36%
2014 (a)	14,75%	12,00%	13,75%	14,33%

(a) Cifras a mayo.

(1) Conformado por: Trabajadores de la Empresa Privada, del Gobierno Central y de Instituciones Autónomas.

(2) Trabajadores Independientes, Asegurados Voluntarios y Convenios Especiales.

(3) Pensionados: Régimen No Contributivo, de Invalidez, Vejez y Muerte y Regímenes Especiales del Estado.

FUENTE:

Estadísticas de Trabajadores y Salarios, Área de Análisis Financiero y Área de Estadística, Dirección Actuarial y Económica.

"Indicadores y Estadísticas de los Seguros Sociales, 2014" Área de Análisis Financiero.

"Estados Financieros del Seguro de Salud", Gerencia Financiera, Dirección Financiero Contable.

Considerando esos porcentajes de contribución media así como la base mínima contributiva, la contribución absoluta promedio mensual, según año es la que muestra el cuadro N° 2:

Cuadro N° 2

Seguro de Salud			
Contribución Absoluta de los Asegurados por Cuenta del Estado			
Utilizando Porcentaje de Cotización Media			
AÑO	Porcentaje Cotización Media	Base Mínima Contributiva (Colones)	Contribución con Porcentaje Cotización Media (Colones)
2004	14,35%	78.367	11.246
2005	14,33%	88.487	12.676
2006	14,31%	101.000	14.449
2007	14,31%	101.000	14.456
2008	14,33%	101.000	14.474
2009	14,34%	101.000	14.480
2010	14,31%	116.600	16.687
2011	14,33%	116.600	16.711
2012	14,34%	131.760	18.892
2013	14,36%	131.760	18.921
2014 (a)	14,33%	160.366	22.982

Fuente : Dirección Actuarial y Económica

Cabe destacar que ese porcentaje es el que se aplica en la facturación del costo del Programa de Asegurados por Cuenta del Estado.

El mayor peso relativo que tiene la masa cotizante de los asalariados, explica la razón de que el porcentaje de contribución media resulte relativamente más cercano a su prima, que a la de los trabajadores independientes o a la de los pensionados, haciendo que ese efecto se profundice en el tanto se propenda hacia una normalización en el esquema de cotizaciones”,

y la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA** trasladarlo a la Gerencia Financiera para que sirva de complemento a lo que resta del informe que presentará a la Junta Directiva (ref. artículo 21° de la sesión número 8745 del 16 de octubre del año 2014).

ARTICULO 9°

Se conoce el oficio número DA-297-2014 de fecha 30 de julio del año 2014, que firma la MSc. Adriana Romero Retana, Directora Administrativa Financiera del Hospital Nacional de Niños, mediante el cual informa sobre las acciones realizadas por el Hospital Nacional de Niños ante las diferentes instancias institucionales de la Caja respecto de los proyectos calificados como urgentes y de carácter prioritario que se deben desarrollar en ese centro de salud; cita los siguientes: Sistemas Hidrosanitarios, Sistema de Supresión y Detección de Incendio, Sistema Eléctrico y Reforzamiento Estructural; todos ellos están sintetizados en un solo proyecto denominado: “*Reforzamiento Estructural y Reconstrucción de los Sistemas Electromecánicos del Hospital Nacional de Niños*”. Indica que dichos proyectos deben llevarse a cabo con el fin de evitar el colapso de los Edificios de Hospitalización y Antiguo Chapuí; los estudios técnicos para estos proyectos fueron financiados desde el año 2006 por ese Centro y elevados desde enero del 2007 a las autoridades competentes, sin que a la fecha se tenga una solución a esta preocupante problemática. Refiere la antigüedad de los edificios pues el Hospital tiene más de 50 años y el edificio del Antiguo Chapuí tiene 120 años, por lo que se ha procedido a realizar grandes remodelaciones en diferentes Servicios, que han venido aumentando en frecuencia e impacto durante los últimos tres años; cita el caso del Servicio de Farmacia, Terapia Respiratoria, Neumología, Infectología y Medicina 3, Salas de Operaciones. Menciona los problemas que se han presentado en los diferentes sistemas como: Sistema Hidrosanitario (Sistema de evacuación de aguas negras y el Sistema de Agua Potable); Sistema contra Incendio; Sistema Eléctrico y el Reforzamiento Estructural. Cita, en un resumen, las gestiones realizadas desde el año 1997 y hasta julio del año 2014, por parte ese Centro de Salud, ante las diferentes autoridades. Concluye lo siguiente:

“Desde el año 2007 este Centro de Salud retomó las gestiones ante las autoridades de la CCSS, tomado en cuenta el resultado de los estudios realizados en el 2006, los cuales fueron contratados por el HNN: El Diseño y Diagnóstico de los Sistemas Hidrosanitarios, Supresión y Detección de Incendios, Eléctricos de los edificios de Hospitalización y Antiguo Chapuí. En dicho momento la Gerencia de Infraestructura ordenó a la Dirección de Mantenimiento Institucional la Consolidación de los carteles para unificar los estudios y realizar un solo proyecto, para tal fin se asignó presupuesto para el año 2008 (Ver oficios DMI-569-08-07 y DMI-108-02-07). Pero por motivos propios de la Dirección de Mantenimiento Institucional los carteles no se pudieron consolidar y tal como lo hemos

expresado de manera reiterada a la fecha no hemos avanzado con este problema, este Hospital cuenta con aproximadamente 50,000 m² a los que se les debe aplicar mantenimiento preventivo y correctivo, con 5 ingenieros de planta, 28 técnicos de mantenimiento, por lo que no podían asumir dicha función, condición que se mantiene hasta la fecha y por lo que hemos insistido ante las autoridades institucionales que requerimos urgentemente una unidad de proyectos especiales tales como fueran instauradas en los hospitales San Juan, México y Calderón Guardia.

Como se detalla en los antecedentes este Hospital a tratado incansablemente de incursionar en todas las alternativas existentes para que la Dirección de Arquitectura e Ingeniería y la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías incorpore este proyecto dentro de su portafolio de proyectos, pero para ello se nos ha condicionado a:

Corregir, actualizar y unificar los estudios contratados en el 2006, situación que es totalmente inviable, ya que en los últimos años debido a los fuertes recortes presupuestarios a la fuerte inversión que debe realizarse para desarrollar esta unificación, es materialmente imposible para este Centro de Salud.

Una vez realizado lo anterior la Gerencia Financiera analizará la disponibilidad de recursos presupuestarios para el financiamiento de este proyecto, mediante su inclusión en el Portafolio de Inversiones de la Gerencia Médica.

La Gerencia de Infraestructura y Tecnologías en múltiples peticiones realizadas nos ha indicado que la Dirección de Arquitectura e Ingeniería no puede asignar personal ni recursos financieros a la conformación del proyecto de Reforzamiento Estructural y Reconstrucción de los Sistemas Electromecánicos, ya que no se encuentra dentro de su Plan Quinquenal de Trabajo aprobado por la Junta Directiva de la Institución. (Ver oficio GIT- 0358-2013).

Mediante Oficio GIT-0358-2013 se indica que el punto 3 del plan de intervención propuesto debe ser ejecutado de forma previa, es decir, el Plan Maestro de Infraestructura debe ejecutarse como segundo paso previo al desarrollo del Proyecto de Reforzamiento Estructural y Reconstrucción de los Sistemas Electromecánicos del HNN. Es importante aclarar, que con respecto al Plan Maestro este Centro de Salud también ha realizado múltiples gestiones para que este continúe su marcha, pues desde el 2013 no se ha logrado avance, ya que se nos ha quitado el equipo de acompañamiento y guía de la DAI. El HNN ha ido avanzado todo lo que ha podido en el desarrollo de este plan pero requiere indispensablemente el apoyo de la DAI o DAPE o GIT. Una vez se evidencia otra traba puesta por la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías para continuar con este urgente proyecto ya que a la fecha no se tiene respuesta aún de parte de la DAPE al oficio DG-1355-20 14 sobre quién y cuándo se reactivará el desarrollo del Plan Maestro de Infraestructura.

Así las cosas es muy desgastante para este Centro Pediátrico único en la red y oferta única en el país continuar realizando gestiones que quedan sin resultados y día a día se empeora el estado de la infraestructura del inmueble de hospitalización que es la edificación más importante del complejo hospitalario, si bien es cierto que la Torre de cuidados críticos va a venir a impactar las áreas de cuidado crítico e intensivo, una vez construida la Torre esta no podrá albergar todo el edificio de hospitalización, por lo que ambos proyectos no son redundantes sino complementarios, por lo que indistintamente del avance de la torre debemos ocuparnos de poder consolidar el reforzamiento estructural y la reconstrucción de los sistemas electromecánicos de los edificios de Hospitalización y Chapuí esto considerando la magnitud del problema ya que se está

poniendo en juego la adecuada prestación de los servicios de salud, así como la seguridad del paciente, acompañantes, empleados, estudiantes y usuarios en general sin olvidar la integridad de los equipos, insumos, medicamentos que se resguardan en estos edificios”.

El Director Gutiérrez Jiménez señala que es importante dar una buena atención a este tema, porque no es la primera vez que existe un documento sobre el asunto y en su oportunidad se envió a la respectiva Gerencia para que lo atendiera. Por otra parte, conoce de las limitaciones de los recursos, pero sin duda alguna se le debe prestar mayor atención y priorizar dentro de lo que, materialmente, sea posible para evitar una situación lamentable en el futuro. De manera, que solicita a la Administración instruir a quien corresponda, se le dé la prioridad requerida al “*Reforzamiento Estructural y Reconstrucción de los Sistemas Electromecánicos del Hospital Nacional de Niños*”; además, se realicen los análisis y sean asignados de ser posible los recursos presupuestarios a la brevedad, para una pronta solución.

La doctora Sáenz Madrigal menciona que los funcionarios de la Gerencia de Infraestructura y Tecnología se reunieron con el personal del Hospital Nacional de Niños, se realizó el análisis y se determinaron las prioridades, de manera que sugiere se solicite enviar el informe de los resultados de ese trabajo, así como las acciones y recomendaciones para solucionar el tema.

El Director Fallas Camacho coincide con la señora Presidenta Ejecutiva en el sentido de que, en su momento se valoraron las situaciones mencionadas en la nota como muy delicadas y se tomó la decisión con urgencia, por la celeridad del caso, que informaran a la Junta Directiva lo actuado. No obstante, ahora vuelve a llegar la nota y aun no se ha solucionado el problema, de manera que concuerda con la señora Presidenta Ejecutiva, en que se rinda un informe con las acciones y recomendaciones a la brevedad posible.

y la Junta Directiva, en consideración de que cuando se tuvo conocimiento del oficio en referencia la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías se reunió con las autoridades del Hospital Nacional de Niños –unánimemente- ACUERDA solicitar a las Gerencias Médica, y de Infraestructura y Tecnologías que, en un plazo de ocho días, presenten a la Junta Directiva los resultados del trabajo que se ha realizado y cuáles son las acciones y recomendaciones; coordina la presentación del asunto la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías.

ARTICULO 10°

Se tiene a la vista la nota número DOL-89-2014 de fecha 5 de agosto del año 2014, suscrita por el señor Oscar López, Diputado del Partido Accesibilidad Sin Exclusión (PASE), en la cual expresa un especial agradecimiento a la Junta Directiva y a la Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal, Presidenta Ejecutiva, por la colaboración para que se llevara a cabo, con gran éxito, la Feria de Artesanos con Capacidades Diferentes, que se celebró en julio pasado, en la instalaciones de Oficinas Centrales (vestíbulo). Solicita hacer extensivo el agradecimiento a la Licda. María Isabel Solís Ramírez y al Sr. César Blanco, funcionarios de la Dirección de Comunicación Organizacional, asimismo al Lic. Fernando Tortós Pérez, Jefe de la Subárea de Seguridad y Limpieza, y a cada uno de los funcionarios que les brindaron su oportuno apoyo, y la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** tomar nota y acusar recibo, y hacerla del

conocimiento de la Gerencia Administrativa y transmitir el agradecimiento a los funcionarios citados.

ARTICULO 11°

*“De conformidad con el dictamen jurídico número **GA-22220.-15**, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

ARTICULO 12°

Se conoce el oficio número P.E. 39.097-14 de fecha 14 de agosto del año 2014, que firma la Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal, Presidenta Ejecutiva, el Lic. Gustavo Picado Chacón, Gerente Financiero, el Lic. Luis Fernando Campos Montes, Gerente Administrativo, el Lic. Miguel Pacheco Ramírez, Gerente de Pensiones, la Arq. Gabriela Murillo Jenkins, Gerente de Infraestructura y Tecnologías y la Ing. Dinorah Garro Herrera, Gerente de Logística, mediante el cual solicitan plazo para atender lo resuelto en el artículo 15° de la sesión N° 8726, que se refiere a la atención a la disposición a) del informe DFOE-SOC-IF-15-2011 *“Informe relacionado con el proceso de asignación y distribución de recursos del Seguro de Enfermedad y Maternidad de la Caja Costarricense de Seguro Social” (se acordó que presentaran un informe de avance en un mes, a su vez, respecto de las disposiciones emitidas para las Gerencias (se mantiene la fecha de vencimiento) que informen sobre el avance en la atención de esos asuntos, en un plazo de veintidós días)*. Sobre el particular, dado que la mayoría de las disposiciones corresponden a la Presidencia Ejecutiva, éstas fueron delegadas a las Gerencias, para su atención según sus competencias, por lo que están trabajando en una estrategia de integración de la información, la cual permitirá presentar al Órgano Colegiado un insumo importante que le permita un mayor conocimiento sobre la gestión institucional, así como de asuntos de interés que requieren una atención especial para dirigir esfuerzos en la resolución y subsanación de situaciones y condiciones que coadyuven al cabal cumplimiento de sus funciones. Dado lo anterior, solicitan prórroga hasta el 28 de agosto para presentar conjuntamente el informe requerido, y la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA** por lo expuesto, conceder la prórroga, salvo que la Contraloría General de la República haya dispuesto un plazo específico que habría que respetar; en lo demás se concede el plazo.

ARTICULO 13°

Se tiene a la vista la nota número P.E. 39.086-14 de fecha 14 de agosto del año 2014, suscrita por la Licda. Mónica Acosta Valverde, Jefa de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, en la cual remite el oficio N° AL-LJPU-CEN-044-2014, de fecha 12 de agosto del año 2014, suscrito por la Dra. Yolanda Castro Castro, Secretaria General Adjunta, y el Dr. Amaral Sequeira Enríquez, Secretario General del Sindicato de Profesionales en Ciencias Médicas de la Caja e Instituciones Afines (SIPROCIMECA), en el que externan su preocupación y decepción respecto de la cantidad de trabajadores de la Institución que laboran en forma interina, señalan una serie de antecedentes, argumentan lo correspondiente y solicitan una audiencia ante la Junta Directiva para discutir el otorgamiento de plazas en propiedad para los trabajadores de la Caja, quienes han permanecido durante años en plazas vacantes, y la Junta Directiva –unánimemente- **ACUERDA** trasladarlo a la Gerencia Administrativa, para la atención correspondiente y con la solicitud de que les dé respuesta.

ARTICULO 14°

“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22220.-15, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.

ARTICULO 15°

Se conoce la nota número SM-505-2014 de fecha 13 de agosto del año 2014, suscrita por la Sra. Marielos Marchena Hernández, Secretaria del Concejo Municipal, Municipalidad del Cantón Central de Puntarenas, dirigida a los Señores Miembros de la Junta Directiva de la CCSS y al Dr. Randall Álvarez Juárez, Director del Hospital Monseñor Sanabria, en la cual se transcribe el acuerdo del Concejo Municipal de Puntarenas en la Sesión Ordinaria N° 388 celebrada el 4 de agosto de 2014, artículo 8°, inciso A, que se transcribe a continuación:

“ARTÍCULO OCTAVO: ESPACIO DEL SR. ALCALDE MUNICIPAL RAFAEL RODRÍGUEZ CASTRO.

El Sr. Alcalde Municipal informa con relación al tema de la calle aledaña al Hospital Monseñor Sanabria se visualiza que lo más normal es hacer un paso de nivel pero esa decisión deber ser tomada por los Señores Miembros de la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, por lo que solicito se tome el siguiente acuerdo municipal.

*De solicitarle a los Señores Miembros de la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social realicen todas las gestiones que correspondan para que se construya un paso a nivel para unir el Hospital Monseñor Sanabria con la Unidad de Emergencias de dicho Hospital. En conocimiento de lo anterior se somete a votación el acuerdo tomado y este es **APROBADO UNANIME**. Aplicado el Artículo 45 del Código Municipal éste es **DEFINITIVAMENTE APROBADO**”.*

y la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** trasladarla a la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, para el análisis y la atención conforme corresponda.

ARTICULO 16°

“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22220.-15, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.

ARTICULO 17°

“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22220.-15, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.

ARTICULO 18°

Se conoce la comunicación de fecha 26 de agosto del año 2014, suscrita por el Sr. Víctor Mejías Vargas, en la que manifiesta que, con mucho desagrado e indignación, ha recibido el anuncio, a través de la prensa nacional, sobre el incremento de un 3.18% para los pensionados del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, incluso menor que el recibido por el Sector Público que fue de un

4% y hasta 5.14% para los no profesionales. Señala que en períodos anteriores se aplicaba el porcentaje de la inflación acumulada semestralmente, según el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC). Indica que para el segundo semestre del año 2014, la inflación acumulada fue de un 4.14% según el INEC, y este aumento no cubre la inflación; inclusive las consultas que realizó a la Gerencia de Pensiones le informaron que el aumento era con base en la inflación acumulada, pero en esta ocasión es casi 1% menos. Por lo expuesto, espera que se revierta el aumento y se apruebe el 4.14%, para beneficio de los pensionados; considera que no es pasar la nota a un Departamento para que no se solucione y le brinden respuesta negativa. Agradece la atención y espera respuesta pronta y positiva, y la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA** trasladarla a la Gerencia de Pensiones, con la solicitud de que dé respuesta al señor Mejías Vargas.

ARTICULO 19°

Se tiene a la vista el oficio número 591-2014 J.S.C de fecha 25 de agosto del año 2014, suscrito por el Dr. Ronald Jiménez García, Jefe a.i. Sección de Cirugía y Jefe Servicio Neurocirugía; Dr. Jairo Villareal Jaramillo, Jefe a.i. Servicio de Urología; Dr. Luis Morelli Guillén, Jefe de Servicio de Vascular Periférico; Dr. Eliécer Jiménez Pereira, Jefe de Servicio de Cirugía Plástica y Quemados; Dra. Cecilia Bolaños Loría, Jefe de Ortopedia, Traumatología y Rehabilitación; Dr. José Mario Sprok Tromp, Jefe de Cirugía Cardíaca a.i.; Dr. Enrique Lobo Hernández, Jefe Servicio Unidad de Emergencias Quirúrgicas; Dr. Rodolfo Gamboa Montes de Oca, Jefe Servicio Maxilofacial; Dra. Julia Vargas Carranza, Jefe Servicio Cirugía General; Dr. Manuel Vindas Montero, Coordinador Cirugía #3; Dr. Manuel Villalobos Carvajal, Jefe Servicio Cirugía Torácica; Dr. Fernando Avendaño Alvarado, Jefe Médico Sala de Operaciones; Dr. Moisés Majchell Waintraub, Jefe Servicio Otorrinolaringología y Dra. Eugenia María Cruz Harley, Jefe Servicio Oftalmología, Sección Cirugía, del Hospital San Juan de Dios, dirigido a la Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal, Presidenta Ejecutiva, a la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médico, a los señores Miembros de la Junta Directiva, al MSc. Luis Fernando Campos Montes, Gerente Administrativo, al Lic. Gustavo Picado Chacón, Gerente Financiero, a la Arq. Gabriela Murillo Jenkins, Gerente de Infraestructura y Tecnologías, al Lic. José Luis Quesada M., Gerente de Pensiones (sic), a la Ing. Dinorah Garro Herrera, Gerente de Logística, al Dr. Daniel Quesada Rodríguez, Director General a.i. Hospital San Juan de Dios, a la MSc. Maritza Campos Calvo, Directora Administrativa y Financiera, Hospital San Juan de Dios y a la Defensoría de los Habitantes, en el cual manifiestan que desde hace 20 años los miembros de la Sección de Cirugía del Hospital San Juan de Dios han recurrido ante las autoridades superiores de la Institución y de la Defensoría de los Habitantes, planteando problemas existentes relacionados con la infraestructura, equipamiento, insumos y tecnología, sin que a la fecha hayan recibido una solución integral al problema, lo que ha afectado la atención de los pacientes y exponiéndolos a riesgo. Mencionan que diversos factores han incidido en lo anterior, entre los que destacan que la red de servicios de ese Hospital atiende 1.551.150 habitantes de los cuales el 80% son de atención directa, porque no existe un hospital en el segundo nivel, ni tampoco resolución de atención quirúrgica. Además, debido al cierre de la sala de operaciones la lista de espera de cirugía asciende a 20.183 pacientes sin tener ninguna posibilidad real de reducirla, que son pacientes que esperan cirugía desde el año 2010, aunado a varios problemas que detallan a continuación:

- 1) Por disposiciones legales, la Contraloría General de la República exigió abrir las agendas de atención en consulta externa, las cuales en este momento van a finales del

- 2016 redundando esto en una mayor demanda insatisfecha de los pacientes, porque no se ha aumentado la oferta (no se han nombrado más médicos especialistas).
- 2) La infraestructura del Área de Cirugía con áreas de hospitalización cada vez más limitadas y en deterioro. En este momento se encuentran cerrados el Salón de Cardiovascular, Rehabilitación de Ortopedia, salón infectados de Ortopedia y salones de Neurocirugía, lo que ha provocado que de las 400 camas existentes antes de la remodelación de la sala de operaciones tengamos 226 camas efectivas.
 - 3) En la remodelación de Sala de Operaciones no se incluyó el área de recuperación, por lo que se encuentra en salones de hospitalización, lo que reduce aún más la oferta de camas de hospitalización.
 - 4) En cuanto al recurso humano, el personal de Enfermería es insuficiente para cubrir las necesidades del área quirúrgica. Existe déficit de especialistas en anestesiología, cirugía general, oftalmología, ortopedia, cirugía de tórax, urología entre otros para cubrir los 15 quirófanos y los servicios de apoyo.
 - 5) En setiembre del año 2010 la Dra. Rosa Climent Martín, entonces Gerente Médico, les indicó en una reunión del Consejo Técnico con todos los Jefes de Servicio de Cirugía del Hospital San Juan de Dios, que se iba a iniciar la remodelación de los quirófanos como medida temporal mientras se construía la torre quirúrgica, estimado en 3 años, sin embargo, a la fecha no se ha plasmado la realización de la citada torre.
 - 6) Sobre el equipamiento se encuentran sin fluoroscopios en la Sala de Operaciones (Arco en C), lo que limita la realización de la cirugía principalmente de Ortopedia y Neurocirugía, esto a pesar de las gestiones realizadas al respecto.
 - 7) El Servicio de Emergencias se encuentra colapsado pese a que debe ser un servicio de paso, en donde se mantienen internados alrededor de 25 pacientes en camillas y en sillas de ruedas, quienes deben esperar hasta ocho días para ser intervenidos quirúrgicamente.

Señalan que la problemática que enfrenta la Sección de Cirugía, que amerita soluciones inmediatas por lo que han decidido:

1. *“Solicitar respuesta por escrito a esta misiva según las disposiciones legales de la Ley de Administración Pública.*
2. *Se envía la lista de espera de Cirugía General y Especialidades a la Gerencia Médica, para que nos indique como se debe proceder para su resolución.*
3. *Indicar por escrito en qué fecha se inicia la construcción de la torre quirúrgica prometida desde hace muchos años, y que sería la solución más viable para enfrentar los problemas expuestos en este oficio”.*

Asimismo, se ha recibido la nota número UMN-398-2014 de fecha 16 de setiembre del año 2014, que firma el Dr. Edwin Solano Alfaro, Presidente de la Unión Médica Nacional, en la que se refiere a la copia del oficio N° 591-2014 J.S.C., de la Sección de Cirugía del Hospital San Juan de Dios, el cual considera que es un documento no sólo sensible sino de interés público, por lo que solicita que se le remita, dentro del plazo de ley, la respuesta a los tres puntos concretos de los colegas de la Sección de Cirugía del citado Hospital, con el fin de darle seguimiento, y la Junta Directiva –unánimemente- **ACUERDA** trasladarlos a la Gerencia Médica y a la Dirección Médica del Hospital San Juan de Dios, para la atención pertinente y que se comunique a los firmantes, en cuanto al curso que se dé a esta gestión. Coordina la respuesta la Gerencia Médica.

ARTICULO 20º

“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22220.-15, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.

ARTICULO 21º

“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22220.-15, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.

ARTICULO 22º

“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22220.-15, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.

ARTICULO 23º

“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22220.-15, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.

ARTICULO 24º

“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22220.-15, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.

ARTICULO 25º

“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22220.-15, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.

ARTICULO 26º

“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22220.-15, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.

ARTICULO 27º

Se tiene a la vista el oficio número CNR.DG.510.14 de fecha 6 de agosto del año 2014, suscrito por el Dr. Federico Montero Mejía, Director General, y la Dra. Laura Cordero Molina, Coordinadora de la Clínica de Amputados, Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE), por medio del que elevan propuesta para construir el “Taller Nacional de Prótesis y Ortesis de la CCSS” en terrenos del Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE). El citado oficio literalmente se lee así:

“Como es de su conocimiento, de acuerdo con el Informe Mundial sobre Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS-2012), la población de personas que

presentan alguna discapacidad en el país constituye el 15% de la población total. Este porcentaje obliga a consideraciones importantes, en primer lugar por el vínculo directo entre la discapacidad con la pobreza, enmarcado todo dentro de un círculo en el que la presencia de la discapacidad genera mayores dificultades económicas, sociales y necesidades, sobre todo en el área de la salud.

Las significativas limitaciones de tipo económico, geográfico, de transporte, de movilidad y muchos otros a las que se enfrentan las personas con discapacidad, limitan aún más sus posibilidades de acceso los servicios de salud y otros.

El Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE) es un hospital nacional especializado, en el cual se le brinda atención a personas con deficiencias y discapacidades procedentes de todo el país, en coordinación con las unidades de rehabilitación existentes en las regiones, las cuales son aun limitadas no sólo en número, sino que también y sobre todo en cuanto al recurso técnico, humano y de infraestructura.

Propuesta.

Tomando en cuenta la realidad brevemente descrita y a la que día con día nos enfrentamos, nos dirigimos a ustedes con el debido respeto, para dejar constancia de la urgente necesidad de enfrentar el tema de la provisión de prótesis y ortesis a las personas amputadas, cuyo número y severidad aumenta día con día. Para ello, debemos plantear la urgencia de construir el Taller Nacional de Prótesis y Ortesis en terrenos del CENARE, donde no solo existe el espacio requerido, sino que se cuenta con otras ventajas, tales como la presencia del personal médico y paramédico capacitado, comprometido y experimentado, en la atención de todas éstas personas.

Necesidad de Ayudas Técnicas (prótesis y ortesis).

La gran mayoría de las personas que presentan discapacidad o limitación funcional por diversas causas, requieren de la utilización de aparatos y equipos que les faciliten la movilidad, mejoren su postura y alineamiento corporal, favorezcan la marcha y disminuyan el dolor entre muchos otros beneficios. El acceso a tales ayudas, marca una diferencia sustancial en las posibilidades que las personas tengan para poder aprovechar o no las oportunidades, el disfrute o no de los derechos humanos y que resultan determinantes en su calidad de vida y en el caso de los niños, en su futuro como ciudadanos conscientes y dignos.

Taller Nacional de Prótesis y Ortesis de la CCSS

Nuestra institución cuenta con la posibilidad de brindar servicios técnicos ortésicos y protésicos mediante su Taller Nacional de Ortesis y Prótesis. Conocemos de forma directa los sus grandes esfuerzos que el personal de ese taller realiza, con el fin de ofrecer y garantizar atención y productos de calidad, a pesar de las inmensas limitaciones y desventajas que el taller presenta incluyendo espacio físico, que limita la presencia de pacientes con acompañantes, la atención de dos o más pacientes a la vez, barreras arquitectónicas inaceptables para la población con la que se trabaja y como si

fuera poco, se encuentra localizado en una zona urbana con grandes dificultades de acceso para cualquier persona.

El Taller en terrenos del CENARE.

Resulta fácil enumerar una serie de ventajas que la ubicación de dicho taller en terrenos del CENARE ofrecería a los usuarios y al personal, entre las cuales, podemos mencionar:

- 1. Atención en un lugar accesible,*
- 2. Atención a los pacientes de forma interdisciplinaria y en una sola cita*
- 3. Reducción de los costos (Transporte, estancias)*
- 4. Menos ausentismo escolar o laboral*
- 5. Menos incapacidades*
- 6. Menos impacto en otros asuntos familiares*
- 7. Posibilidad de ejecutar decisiones y resolver asuntos al instante (actualmente se debe esperar meses)*
- 8. Fortalecimiento en áreas docentes, de capacitación y formación de los profesionales en el campo.*
- 9. Fortalecimiento en Investigación.*

En resumen, en una sola cita y en un lugar accesible y con disponibilidad de recurso humanos capacitado en todo momento, se pueden ofrecer los servicios que en las condiciones actuales y ubicación que tiene el taller, resulta imposible

Queremos dejar constancia, que ésta no es la primera ocasión en la que hacemos gestiones ante las autoridades institucionales. Hace ya algunos años, informamos a la Gerencia Médica acerca de la disposición de la Sociedad Internacional de Prótesis y Ortesis (ISPO por sus siglas en Inglés), de enviar a uno de sus expertos a evaluar y recomendar acciones en éste campo. Estamos seguros que tal ofrecimiento sigue vigente en el momento que lo consideremos necesario.

Estamos seguros de que ustedes comprenderán la relevancia de nuestra propuesta, sobre todo en ésta etapa crucial para la Seguridad Social de nuestro país, en donde nos vemos en la obligación de reducir costos, pero siempre con la posibilidad de mejorar la calidad de la prestación de los servicios.

Esperamos por lo tanto, que ésta propuesta cuente con la debida y esperada atención, para lo cual quedamos comprometidos a ofrecer toda la colaboración que sea requerida de su parte, para el desarrollo y la esperada, deseada y exitosa culminación de ésta propuesta”,

y la Junta Directiva –unánimemente- **ACUERDA** trasladarlo a la Gerencia Médica, para la atención correspondiente.

ARTICULO 28°

Se tiene a la vista la nota número JS-003-2014 de fecha 26 de agosto del año 2014, firmada por las señoras Xenia Araya Quirós, Presidenta, y Lilliam Gómez Oses, Secretaria, Junta de Salud de Santa Bárbara de Heredia, en la cual manifiestan que han iniciado un proceso de análisis de la problemática que tienen respecto del edificio en el que se ubican, tanto con las organizaciones a nivel local como con las autoridades políticas de la provincia y personeros de la Caja. Señalan

que la actual sede es propiedad del Ministerio de Salud y que ya fue requerido; en su momento albergó la atención de 9.000 habitantes, pero a la fecha son más de 41.000 habitantes, por lo que no reúne las condiciones para la atención de personas. Indican que esta situación ya es de conocimiento de funcionarios de la Gerencia de Infraestructura, lo que permitió ser incluidos dentro del portafolio de proyectos 2012-2016; sin embargo, les informaron de una nueva propuesta metodológica con diferentes criterios de selección para priorizar inversiones, en dicho portafolio. Dada la situación real de la problemática de la sede que ocupan y la necesidad urgente de ofrecer servicios integrales de calidad, solicitan que el Proyecto de Construcción Sede de Santa Bárbara, sea incluido en el Portafolio de Proyectos 2015-2019, y la Junta Directiva – unánimemente- **ACUERDA** trasladarla a la Gerencia Médica y a la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, para la atención conforme corresponda; coordina lo correspondiente la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías.

ARTICULO 29°

Se tienen a la vista los oficios que se detallan:

- 1) Número SP-1047-2014, de fecha 28 de agosto del año 2014, suscrito por el Dr. Edgar Robles Cordero, Superintendente de Pensiones, dirigido a la Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal, Presidenta Ejecutiva, al Lic. Héctor Valenciano F. Presidente del Comité de Vigilancia del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, en el cual remite, para consideración, el informe al Comité de Vigilancia del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (RIVM) ICV-2013-01, correspondiente a la situación del Régimen al 31 de diciembre del año 2013 y hechos subsecuentes al 31 de julio del año 2014. Indica que el informe está estructurado en nueve secciones que explican la situación del Régimen y las acciones necesarias para mejorar su gestión en las áreas de mayor relevancia en procura de su sostenibilidad financiera y actuarial. El documento contiene una introducción al tema. La primera sección se refiere a la administración de pensiones en la cual se hace mención a la calificación de la invalidez y su relación con los informes de gestión de los años 2012 y 2013; así como a los intereses moratorios de la Ley 7531. En la segunda se analiza la gestión y control de la cartera de créditos. En la tercera se analizan las inversiones, principalmente en lo que se refiere a la evolución que presenta el portafolio, los productos financieros en los últimos cinco años, el riesgo de concentración y el período de maduración de los instrumentos financieros, así como los errores de registro contable y las debilidades del control interno. La cuarta sección se refiere a los riesgos a que están expuestas las cuentas por cobrar, principalmente que se carece de un registro auxiliar, los asuntos de morosidad y afiliación; contiene además, la evolución de los últimos años relacionada con los asegurados directos e indirectos. La quinta sección se refiere al análisis de la infraestructura tecnológica, la gestión contable y la administración de riesgos. La sexta sección contiene comentarios sobre el seguimiento a los informes de la Junta Directiva y al Comité de Vigilancia. La séptima sección a la sostenibilidad financiera y actuarial. La octava se refiere a las conclusiones. Finalmente, la novena parte contiene las recomendaciones que la Superintendencia plantea a la Junta Directiva de la CCSS, con el fin de contribuir a mejorar la gestión del RIVM y su sostenibilidad actuarial. Agradece las observaciones y comentarios a ese informe, en un plazo de **veinte (20) días hábiles** a partir del recibo de esta comunicación. Asimismo, ese Despacho está a la disposición de la Junta Directiva y del Comité de Vigilancia para aclarar cualquier duda

o ampliar cualquiera de las partes del informe. En lo que interesa las secciones de conclusiones y recomendaciones a la Junta Directiva de la Caja se leen de este modo:

“Conclusiones

1. *El año 2013 y 2014 ha sido un período en que la Gerencia de Pensiones continuó con los esfuerzos para la corrección de debilidades de control interno y para efectos de mitigar los riesgos operacionales. En la atención de otros asuntos relevantes el avance ha sido moderado. Sin embargo, las principales debilidades de control interno y riesgos operacionales aún persisten, concretamente las identificadas en el registro inoportuno del cobro de los intereses al Ministerio de Hacienda, la implementación de los auxiliares contables de las cuentas por cobrar obrero-patronales y las debilidades del SICRE que aún no han sido superadas.*
2. *De conformidad con lo que se revela en el "Informe de Gestión del Año 2013"; se presenta una oportunidad de mejora en proceso de la concesión de la invalidez, precisamente en la necesidad de reducir los tiempos de respuesta en la concesión del derecho.*
3. *El portafolio de inversiones se encuentra altamente concentrado en instrumentos financieros del Sector Público.*
4. *Persiste el incumplimiento del artículo 37 de la Ley 7523 debido a que a la fecha de este informe el Comité de Inversiones tiene pendiente de entrega las actas de la N° 119-10 a 138-11.*
5. *La Gerencia Financiera de la CCSS ha dejado de enviar a la Superintendencia la información correspondiente al grado de avance en la implementación del reporte CUDS-R-62 (Auxiliar de Cuentas por Cobrar).*
6. *La CCSS no mantiene registrada una estimación por incobrables que permita presentar el saldo de la partida de cuentas por cobrar a trabajadores independientes y asegurados voluntarios que efectivamente se va a recuperar.*
7. *Los estados financieros a marzo de 2014, revelan que 73.111 patronos estaban morosos con un monto total de ¢40.313 millones, que representan un 21.8% del total por cobrar.*
8. *El control interno sobre el tema de afiliación es deficiente, la Superintendencia así se lo ha comunicado en diversas ocasiones a las autoridades de la CCSS. Al reinstalarse al señor Miguel Pacheco en la Gerencia de Pensiones, se dieron instrucciones de no continuar suministrando la información de afiliados y pensionados, la cual es fundamental para medir el riesgo de solvencia del RIVM, con lo cual se limita la supervisión que por ley le corresponde a la Superintendencia.*
9. *La entrega de los informes de gestión del RIVM son inoportunos tal como lo ha indicado la Superintendencia en sus informes.*
10. *En el período comprendido entre el año 2005 y 2013, los asegurados no asalariados aumentaron en un **156,9%** (215.887 personas); al contrario los trabajadores asalariados aumentaron un **35,0%** (278.662 personas). Se reconoce que el aseguramiento voluntario o por cuenta propia con la figura del trabajador independiente es muy importante para la universalización de las pensiones, eventualmente esta modalidad puede resultar beneficiosa por ejemplo para los profesionales o trabajadores con ingresos altos, con los que se presentaría el riesgo de la subdeclaración de los salarios.*

11. *El RIVM presenta obsolescencia en su plataforma tecnológica con una alta exposición al riesgo de deterioro o pérdida de integridad de los datos e incluso a la manipulación de la información, lo que podría afectar el proceso de toma de decisiones y derivar en pérdidas de credibilidad o financieras.*
12. *A la fecha de este informe aún se encuentra pendiente el ajuste en el cobro de los alquileres de los Edificios Laureano Echandi Vicente y Genero Valverde Marín, años anteriores al 2008. Así como la investigación sobre las eventuales responsabilidades administrativas que podrían corresponder a los funcionarios que permitieron esa situación.*
13. *La gestión del riesgo operacional y el de concentración, es la mayor debilidad en el RIVM, aunado al riesgo de gobernabilidad debido a que la Junta Directiva no ha emitido un "Código de Ética y de Conducta" para así prevenir la eventualidad de un conflicto de interés.*
14. *En la entidad se presentan indicios claros que el proceso de toma de decisiones no es ágil y eficiente, se observa que se generan pocas acciones tendientes a la atención de las recomendaciones que realiza el Comité de Vigilancia y los órganos de control. Tampoco la Junta Directiva brinda un control y seguimiento riguroso a los riesgos que enfrenta el RIVM.*
15. *La administración del RIVM, remitió el último estudio actuarial preparado por la Dirección Actuarial de fecha corte 31 de diciembre de 2012, incompleto. El actuario responsable del estudio omitió comparar los resultados e indicadores principales de las valuaciones, siendo la valuación actuarial del 2012 comparable en materia de juego de supuestos con la valuación realizada con corte a diciembre de 2011. Así como omitió nuevamente el envío del "Balance Actuarial".*
16. *En valuación actuarial se hace una afirmación relacionada con la estabilidad financiera por un por un plazo cercano a las tres décadas, que dista mucho de un concepto, internacionalmente aceptable, de solvencia actuarial de largo plazo, se considera por lo tanto una conclusión incompleta y carente de objetividad.*
17. *Se confirma que la contribución actual, aun siendo escalonada, no es suficiente. El RIVM ha tenido que recurrir a los intereses generados por las inversiones para hacer frente a las obligaciones corrientes; situación que genera una menor capitalización de la reserva.*
18. *Los gastos continúan creciendo en mayor proporción que los ingresos, aspecto que debe ser analizado con mayor detenimiento por la entidad, a efectos de establecer si se está dando un uso eficiente de los recursos*
19. *La Junta Directiva de la CCSS contrató al Dr. Eduardo Melinsky para que realice una valuación actuarial independiente del RIVM al 31 de diciembre de 2013, en este estudio se va analizar la sostenibilidad del Seguro de IVM, bajo un horizonte de proyección no menor a 75 años, suponiendo continuidad en el ajuste de la prima escalonada y van a construir escenarios de ajuste de la prima escalonada, beneficios y requisitos, que permitan el equilibrio actuarial del Régimen de IVM.*
20. *Al reinstalarse al señor Miguel Pacheco en la Gerencia de Pensiones se dio un cambio en la entrega oportuna de la información a la Superintendencia, aspecto que se ha comunicado formalmente a la Presidencia Ejecutiva y la Junta Directiva, a efectos de que se tomen las medidas pertinentes, con el fin de no entorpecer la supervisión de la entidad. Asimismo, la Gerencia Financiera continúa con su posición*

de falta de cooperación con el ente Supervisor, respecto al suministro de información, con la afectación del interés público.

RECOMENDACIONES A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA CCSS

Al tenor de lo que establece la Ley 7523 en su artículo 37, literal a), se presentan a consideración de la Junta Directiva de la CCSS las siguientes recomendaciones:

- 1. Instar a la Gerencia de Pensiones para que proporcione la información que la Superintendencia requiere para efectuar adecuadamente su labor de supervisión para beneficio del RIVM.*
- 2. Fortalecer el control y brindar seguimiento a los tiempos de respuesta del trámite de la concesión de la pensión de invalidez y para que se concluyan las guías de la calificación de la invalidez.*
- 3. Dar seguimiento y apoyo a la Gerencia de Pensiones respecto a la atención de los diferentes requerimientos realizados por esta superintendencia, en pro de corregir deficiencias en diversos procesos operativos, principalmente los relacionados con el Sistema Integrado de Crédito (SICRE), errores de registro contable, mitigación de los riesgos operacionales, elaboración de los auxiliares de las cuentas por cobrar y registro de la estimación de incobrables por la morosidad de los trabajadores independientes y asegurados por cuenta propia.*
- 4. Girar instrucciones a la Gerencia Financiera para que, en total apego al principio de transparencia, permita el acceso irrestricto a la Superintendencia de Pensiones, a toda información que tenga relación con el RIVM.*
- 5. Continuar con el fortalecimiento de la gestión de riesgos ante la evidente necesidad que el RIVM mejore sus procesos de identificación, cuantificación y medición de los riesgos operacionales, de gobernabilidad, financiera, económica y la exposición a riesgos particulares como el actuarial. Para ello, la Junta Directiva debe recibir periódicamente un informe de la evaluación de los riesgos identificados en el RIVM y tomar decisiones sobre las medidas adoptadas para gestionarlos.*
- 6. Atender las observaciones que esta superintendencia realiza constantemente sobre la sostenibilidad actuarial del régimen, respecto de las cuales la realidad observada muestra su veracidad. Como parte de esa atención, se pide:*
 - a. Girar las instrucciones correspondientes para que la Dirección Actuarial de la CCSS incluya, dentro las valuaciones actuariales que realiza, el "balance actuarial", como un indicador más de estatus actuarial.*
 - b. Realizar un análisis comparativo entre la valuación actuarial con corte al 31 de diciembre de 2012 y 31 de diciembre de 2011.*
- 7. Dar seguimiento a la evaluación actuarial que se contrató recientemente, a efectos de velar porque se realice de la manera más objetiva posible, con la finalidad de que pueda confiarse en los resultados obtenidos y se puedan tomar las mejores decisiones en beneficio del RIVM.*

8. *Informar sobre el avance obtenido con la facturación y cobro de los recursos dispuestos para el RIVM en el artículo 78 de la Ley de Protección al Trabajador.*
 9. *Informe sobre el grado de avance del cobro de los alquileres de los Edificios Laureano Echandi Vicente y Genero Valverde Marín, anteriores a enero de 2008.*
 10. *Informar a la Supen el resultado final de la investigación que se realiza, por la eventual responsabilidad administrativa de funcionarios de la CCSS; por la no entrega de las actas del Comité de Inversiones de las sesiones 120 a la 129-2010 y de la 130 a la 138-2011.*
 11. *Realizar un estudio profundo de los ingresos y egresos del RIVM con el objetivo de buscar mecanismos para contención del gasto y generar mayores ingresos. Además, fortalecer las estrategias de control de la morosidad patronal y de los trabajadores independientes.*
 12. *Fortalecer a la Gerencia de Pensiones para que pueda administrar al RIVM, para lo cual debe tener información completa de todas las transacciones que lo afectan, así como certeza de la veracidad de la información, en especial de las cuentas por cobrar por cuotas obrero-patronales y la morosidad relacionada, debido a que se trata de un rubro sustantivo de los activos del régimen.*
 13. *Girar instrucciones a la Gerencia de Pensiones, para que como parte de sus procedimientos, incluya la remisión anual de los informes de gestión a la Superintendencia de Pensiones y la atención oportuna de los requerimientos de los órganos de control.*
 14. *Considerar a la Superintendencia de Pensiones como una institución auxiliar y aliada en el análisis y medición de la situación general del RIVM, y aprovechar la información proveniente de este ente supervisor para vigilar la operación del régimen”.*
- b) Número P.E. 45.859-14 de fecha 10 de setiembre del año 2014, suscrito por la Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal, Presidenta Ejecutiva, en el que Remite para su conocimiento y análisis el Informe de la Superintendencia de Pensiones (SUPEN) ICV-2013-01 sobre el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, según oficio N° SP-1047-2014, suscrito por el Dr. Edgar Robles Cordero, Superintendente de Pensiones (indicado en el apartado a). Indica que en el documento remitido se emiten catorce recomendaciones a la Junta Directiva, las cuales deben ser valoradas por dicho órgano colegiado y brinda un plazo de veinte días hábiles para emitir comentarios y recomendaciones, por lo que la Presidencia Ejecutiva solicitará a la SUPEN, que el plazo se considere a partir de que el citado informe sea conocido por el Órgano Colegiado en sesión.
- c) Número P.E. 45.873-14 (copia), del 10 de setiembre del año 2014, suscrito por la Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal, Presidenta Ejecutiva, dirigido al Dr. Edgar Robles Cordero, Superintendente de Pensiones, mediante el cual le agradece la remisión del Informe de la Superintendencia de Pensiones (SUPEN) ICV-2013-01 sobre el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (indicado en el apartado a). Señala que en atención al debido análisis y discusión que deber dar la Junta Directiva de la Caja, como entidad a la que van dirigida las 14 recomendaciones del citado informe, le solicita que el plazo de 20 días

hábiles para la remisión de observaciones y comentarios, se contabilice a partir del momento en que el informe sea conocido en agenda por parte del Órgano Colegiado, el cual está incluido en la agenda de la sesión del 18 de setiembre del año en curso.

- d) Número P.E. 45.933-14 de fecha 17 de setiembre del año 2014, firmado por la Licda. Mónica Acosta Valverde, Jefa de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, mediante el cual, con instrucciones de la Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal, Presidenta Ejecutiva, remite el oficio N° SP-1138-2014 de fecha 16 de setiembre del año 2014, suscrito por el Dr. Edgar Robles Cordero, Superintendente de Pensiones (SUPEN), en que otorga el plazo solicitado (a más tardar el 15 de octubre en curso), oficio indicado en el apartado c),

y la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA** trasladarlos a la Gerencia de Pensiones, con la solicitud de que atienda el informe conforme corresponda y presente a la Junta Directiva una propuesta de abordaje para cada una de las recomendaciones, en un plazo de quince días.

ARTICULO 30°

*“De conformidad con el dictamen jurídico número **GA-22220.-15**, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

ARTICULO 31°

*“De conformidad con el dictamen jurídico número **GA-22220.-15**, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

ARTICULO 32°

Se tiene a la vista el oficio número P.E. 39.163-14 de fecha 20 de agosto del año 2014, suscrito por la Licda. Mónica Acosta Valverde, Jefa de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, mediante el cual, con instrucciones de la Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal, Presidenta Ejecutiva y a efecto de que se haga del conocimiento de los señores Directores, remite la solicitud de información planteada según oficio N° VTSV-000348-2014 (6) suscrito por el Ing. Sebastián Urbina Cañas, Viceministro de Transporte Terrestre y Seguridad Vial. En el citado oficio solicita la siguiente información:

Tabla de datos estadísticos que incorporen como mínimo las siguientes columnas y especificidad:

1. *“Empresa empleadora: (capital público, privado o mixto).*
2. *Dirección de empresa (Barrio, Distrito y Cantón)*
3. *Rango salarial de empleados (redondeado a los 200.000 colones más cercanos)*
4. *EBAIS registrado (para cada empleado, especificando, Barrio donde vive, Distrito y Cantón)”.*

Indica que los datos requeridos constituyen información genérica de carácter estadística, que permitirá a la Administración determinar la demanda e intenciones de movilización que tienen los usuarios sobre los servicios de transportes de pasajeros, entre otros temas de su interés. Solicitan

asimismo, un análisis periódico del manejo de la información, ya que resultará necesaria una actualización de datos de forma trimestral para el logro de objetivos propuestos, y la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** trasladarlo a las Gerencias Médica y Financiera, para que, cada una en el ámbito de su competencia, suministren la información pertinente, conforme en derecho corresponda; coordina la respuesta la Gerencia Financiera.

ARTICULO 33°

Conocido el oficio número JSH-046-2014 de fecha 20 de agosto del año 2014, que firma el Lic. Sahid Salazar Castro, Presidente de la Junta de Salud del Hospital Calderón Guardia, dirigido a los miembros de la Junta Directiva y a la Presidencia Ejecutiva, en la que comunica lo resuelto en la sesión ordinaria N° 14-2014, celebrada el 20 de agosto del año 2014, en la que se aprobó por unanimidad, con carácter firme, el siguiente acuerdo:

“Acuerdo 36-2014: La Junta de Salud del Hospital Dr. R. A. Calderón Guardia, preocupada por la situación que se expone en oficio JMN-191-2014, con fecha 17/07/2014, suscrito por la Dra. Ana Alfaro Arrieta, Jefe Servicio de Medicina Nuclear, remitido por el Dr. Eduardo López Cárdenas, Director General del Hospital Dr. Calderón Guardia, (documentos adjuntos), presenta la inquietud a la Junta Directiva de la CCSS, para que considere la compra del equipo necesario para la extracción de yodo radiactivo, dado que el proyecto presentado de la donación de una cámara para la extracción de yodo radiactivo, no fue avalado por la Junta de Protección Social (JPS) y se está afectando sensiblemente la atención de los asegurados, incrementando listas de espera y creando riesgos en la salud de personas por la no atención oportuna, resguardando debidamente al funcionario y paciente. Acuerdo en firme, comuníquese a la Junta Directiva de la CCSS y Presidencia Ejecutiva de la CCSS con copia a la Dirección Médica del Hospital Dr. Rafael. A. Calderón Guardia, al Lic. Carlos Alfaro Valverde, Director Administrativo Financiero a. i. y a la Dra. Ana Alfaro Arrieta, Jefe Servicio de Medicina Nuclear”,

y la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA** trasladarlo a la Gerencia Médica para la atención correspondiente y que informe a la Junta Directiva respecto del trámite que se dé a su gestión.

ARTICULO 34°

Se tiene a la vista la nota número C-SGG-014-2014 de fecha 2 de setiembre del año 2014, firmada por la Arq. Sonia Montero Díaz, Presidenta Ejecutiva, y el Lic. Luis Taylor Dormond, Subgerente, del Instituto Nacional de Vivienda y Urbanismo (INVU), mediante la cual hacen del conocimiento que, de conformidad con la Ley Constitutiva de la Caja y la afiliación formal de los funcionarios del INVU a ese régimen de seguridad social, éstos han sido atendidos con expediente personal, en el centro de servicios de salud conocido como la Clínica Central, adscrita al Hospital Calderón Guardia, en Barrio Aranjuez. Señalan que los servicios han sido ofrecidos en forma satisfactoria e inmediata, en aquel entonces no medió un convenio formal, pero si fue de gran utilidad y agilidad los servicios prestados por la Clínica Central, a los asegurados funcionarios del INVU. Indican que por razones desconocidas, el servicio hoy se encuentra suspendido y se les informó que la interrupción se efectuó porque no existió un convenio formal

entre ambas instituciones (INVU y Caja) para tal fin. Dado lo anterior y debido a la efectividad comprobada del servicio prestado, solicitan que se analice la posible formalización de un convenio que permita la prestación de los servicios indicados, disponiéndose la forma más ágil para la suscripción, por lo que, quedan a la disposición, y la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** trasladarla a la Gerencia Médica, para la atención conforme corresponda y que, en un plazo de quince días, informe a la arquitecta Montero Díaz y al licenciado Taylor Dormond respecto del trámite que se dé a su gestión.

ARTICULO 35°

Se conoce la comunicación de fecha 5 de setiembre del año 2014, suscrita por el Dr. Clive Montalbert-Smith, Cirujano General y de Trasplantes, Pensionado de la Caja, en la que informa que laboró durante más de 32 años como parte del cuerpo de médicos de la Caja Costarricense de Seguro Social, siendo el Hospital Calderón Guardia (HCG) donde se desempeñó la mayor cantidad de años como médico cirujano. Indica que después de un entrenamiento por 7 años en Estados Unidos con la especialidad completa de Cirugía General y en Cirugía de Trasplantes, volvió al país e inició esa disciplina en el Hospital Calderón Guardia, en donde fueron muchos los años trabajando (la mayoría ad-honorem) en ese campo de trasplantes de diversos órganos. Señala que en el año 2004 con la ayuda de varios colegas elaboró un proyecto para la creación de una Unidad de Trasplante Integral, que incluía trasplante de riñón, hígado, corazón, pulmón, páncreas y en un futuro intestino y que posteriormente fue modificado y actualizado en el 2007, el cual se presentó a las autoridades del hospital y de la Caja. Externa su preocupación por el curso que está tomando el manejo de los pacientes con insuficiencia orgánica terminal en necesidad de un trasplante de órgano en el país, dado que el proyecto de la Unidad de Trasplantes que fue aprobado por la anterior Junta Directiva, ha sido detenido por la actual Gerencia Médica y, aparentemente, se pretende que el Centro de Trasplante Hepático que actualmente funciona en el Hospital México, se traslade al Hospital Calderón Guardia eliminando el programa que está funcionando en este Hospital y que tiene resultados (verificables en el departamento de bioestadística de la CJ), que sobrepasan a los obtenidos por el grupo del Hospital México. Enumera las ventajas del Programa del Hospital Calderón Guardia, que debería fortalecerse y no eliminarse, según detalle:

- 1) *“Es un grupo compuesto por cirujanos de adultos no pediátricos como los del Centro de Trasplante Hepático del México.*
- 2) *Es un grupo multidisciplinario que realiza trasplantes de riñón, hígado, páncreas, corazón y pulmón e intestino.*
- 3) *La Unidad de Trasplantes cuyo diseño ya fue elaborado por el Departamento de Ingeniería de la Institución y el presupuesto aprobado, serviría a trasplantes de todos los órganos y no uno sólo como el caso del Centro de Trasplante Hepático del Hospital México. Los resultados de sobrevida del Hospital Calderón Guardia sobrepasan a los obtenidos por el Hospital México.*

Por tal razón, invita a los miembros de la Junta Directiva a investigar, los puntos expuestos en esta carta y comprobar su veracidad. También a investigar el motivo por el cual un Centro dedicado a trasplantar un sólo órgano tiene un presupuesto de 1.300 millones mientras que uno

dedicado a múltiples órganos y con mejores resultados no tiene presupuesto alguno. Considera que es de suma importancia que se le dé la atención debida a este asunto, ya que fueron muchos los médicos cirujanos que con probidad y entrega desarrollaron el programa de trasplantes en el Hospital Calderón Guardia y sería lamentable y dañino para los usuarios de la Caja que por un mal manejo de la información y un inadecuado tratamiento administrativo se pudiera perder el esfuerzo de tantos años, por lo que adjunta los documentos del proyecto que en el 2004 y 2007 se le presentaron a las autoridades de la Caja, y la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA** acusar recibo, agradecer el planteamiento y trasladarlo a la Gerencia Médica, para la atención correspondiente.

ARTICULO 36°

*“De conformidad con el dictamen jurídico número **GA-22220.-15**, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

ARTICULO 37°

*“De conformidad con el dictamen jurídico número **GA-22220.-15**, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

ARTICULO 38°

*“De conformidad con el dictamen jurídico número **GA-22220.-15**, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

ARTICULO 39°

*“De conformidad con el dictamen jurídico número **GA-22220.-15**, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

ARTICULO 40°

Se tiene a la vista la nota número HSC-JS-002-2014 de fecha 8 de setiembre del año 2014, que firma los señores Herbert Alfaro Alpízar, Presidente, y Héctor Chacón León, Secretario de la Junta de Salud del Hospital de San Carlos, mediante la cual externan su preocupación por la ausencia prolongada de nombramiento formal en el puesto de la Dirección Médica del Hospital de San Carlos, siendo que las funciones y responsabilidades inherentes a dicho puesto son ejercidas en forma de recargo por quien funge como Asistente de Dirección Médica, lo cual consideran es una práctica que potencialmente puede afectar la sana gestión e implicar riesgo en detrimento de la prestación de los servicios de salud que ese Hospital brinda a la población. Indican que analizada la situación se acuerda en la sesión de la Junta de Salud del 12 de agosto del año 2014, elevar formal solicitud. a fin de que se pueda brindar pronta atención y resolución a la situación planteada, y la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA** trasladarla a la Gerencia Médica, para la atención correspondiente y que se les comunique lo pertinente conforme en derecho corresponda.

ARTICULO 41°

Se conoce la comunicación de fecha 17 de setiembre del año 2014, que firma el Lic. Carlos Montoya Soto, en la cual refiere que es administrador público, funcionario público, y plantea la situación que está enfrentando respecto del Fondo de Pensiones al día de hoy. Señala que a raíz de la reforma al Reglamento de Invalidez, Vejez y Muerte, en los artículos 23 y 24, aprobados en el artículo 12° de la sesión N° 7950, y en el artículo 7° de la sesión N°7952, en su orden, celebradas el 21 y el 28 de abril del año 2005, y publicado en La Gaceta N° 95, presenta solicitud de adición y aclaración a lo referido. Señala antecedentes, hechos antes de la reforma y, por lo expuesto, eleva la siguiente petitoria:

“Que se estudie y se analice mi solicitud e inquietudes relacionadas con la Reforma a los artículos 23 y 24 del Reglamento de Invalidez, Vejez y Muerte de la CCSS y se revise a fondo la magnitud y el impacto social de la misma, en su contenido, y aplicación y si es posible como órgano colegiado competente para estudiar, adicionar o modificar cualquier reforma, se corrijan irregularidades relacionadas preferentemente con aquellos contribuyentes que a la fecha de la reforma estaban ya potencialmente afectados por aspectos tales como los que ya he mencionado relacionados con la tasa de recuperación económica y contemplar parámetros como el Índice de Precios al Consumidor en el cálculo de proyección de pensión como servidor público que soy, tiempo de cotización y otros a fin de respetar al menos los principios de igualdad, proporcionalidad, gradualidad y razonabilidad que deben imperar en toda decisión de naturaleza jurídica o administrativa que afecta los intereses sociales y constitucionales de nuestro pueblo”.

Se tiene que en el artículo 12° de la sesión N° 7950, y en el artículo 7° de la sesión N°7952, en su orden, celebradas el 21 y el 28 de abril del año 2005, la Junta Directiva adoptó la resolución que en lo conducente dice:

“ARTÍCULO 12° La Junta Directiva, de conformidad con lo establecido por el artículo 14°, inciso f) de la Ley Constitutiva acuerda:

ACUERDO PRIMERO: reformar los artículos 5°, 6°, 18°, 23°, 24°, 25°, 26°, 27°, 29°, 33°, 34° y 51° y adicionar los Transitorios XI, XII, XIII y XIV al Reglamento del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte para que en adelante se lean así:

“REGLAMENTO DEL SEGURO DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE

(...)

Artículo 23°:

La pensión por vejez o invalidez se calculará con base en el promedio de los últimos 240 salarios o ingresos mensuales, devengados y cotizados por el asegurado, actualizados por inflación, tomando como base el índice de precios al consumidor.

Cuando el derecho a pensión por invalidez o muerte se consolida sin que el asegurado hubiere aportado 240 cuotas mensuales, se tomarán en cuenta para el cálculo del salario promedio la totalidad de salarios reportados, actualizados por inflación.

La pensión se pagará mensualmente e incluirá un pago adicional por concepto de aguinaldo (treceavo mes) igual a una duodécima parte del total de pensiones efectivamente pagadas durante el año a que se contrae.

Artículo 24°:

El monto de la pensión por invalidez o vejez comprende una cuantía básica como porcentaje del salario promedio indicado en el artículo anterior, por los primeros 20 años cotizados (240 cuotas aportadas), o los que se tuvieren en caso de invalidez, siempre y cuando se cumpla con los requisitos del artículo 6° de este Reglamento. Para ubicar al asegurado en el nivel salarial que se indica en la tabla siguiente, se tomará el salario promedio de los últimos sesenta meses cotizados, actualizados por inflación:

Salario Promedio Real	Cuantía Básica
<i>Menos de dos salarios mínimos</i>	52.5%
<i>De dos a menos de tres salarios mínimos</i>	51.0%
<i>De tres a menos de cuatro salarios mínimos</i>	49.4%
<i>De cuatro a menos de cinco salarios mínimos</i>	47.8%
<i>De cinco a menos de seis salarios mínimos</i>	46.2%
<i>De seis a menos de ocho salarios mínimos</i>	44.6%
<i>De ocho y más salarios mínimos</i>	43.0%

Tanto en el caso de vejez como de invalidez se incluye una cuantía adicional equivalente al 0,0833% sobre el salario promedio de referencia por cada mes cotizado en exceso de los primeros 240 meses.

Aquellos trabajadores que habiendo alcanzado la edad de 65 años con 180 cuotas o más, pero sin haber completado las 300 cuotas requeridas para el retiro, tendrán derecho a una pensión reducida, como porcentaje de la pensión mínima vigente según la siguiente tabla:

Número de Cotizaciones	Porcentaje	Número de Cotizaciones	Porcentaje	Número de Cotizaciones	Porcentaje
180	75,00	221	83,54	262	92,08
181	75,21	222	83,75	263	92,29
182	75,42	223	83,96	264	92,50
183	75,63	224	84,17	265	92,71
184	75,83	225	84,38	266	92,92
185	76,04	226	84,58	267	93,13
186	76,25	227	84,79	268	93,33
187	76,46	228	85,00	269	93,54
188	76,67	229	85,21	270	93,75
189	76,88	230	85,42	271	93,96
190	77,08	231	85,63	272	94,17
191	77,29	232	85,83	273	94,38
192	77,50	233	86,04	274	94,58
193	77,71	234	86,25	275	94,79
194	77,92	235	86,46	276	95,00
195	78,13	236	86,67	277	95,21
196	78,33	237	86,88	278	95,42
197	78,54	238	87,08	279	95,63
198	78,75	239	87,29	280	95,83
199	78,96	240	87,50	281	96,04
200	79,17	241	87,71	282	96,25
201	79,38	242	87,92	283	96,46
202	79,58	243	88,13	284	96,67
203	79,79	244	88,33	285	96,88
204	80,00	245	88,54	286	97,08
205	80,21	246	88,75	287	97,29
206	80,42	247	88,96	288	97,50
207	80,63	248	89,17	289	97,71
208	80,83	249	89,38	290	97,92
209	81,04	250	89,58	291	98,13
210	81,25	251	89,79	292	98,33
211	81,46	252	90,00	293	98,54
212	81,67	253	90,21	294	98,75
213	81,88	254	90,42	295	98,96
214	82,08	255	90,63	296	99,17
215	82,29	256	90,83	297	99,38
216	82,50	257	91,04	298	99,58
217	82,71	258	91,25	299	99,79
218	82,92	259	91,46		
219	83,13	260	91,67		
220	83,33	261	91,88		

En caso de invalidez, tendrá derecho a una pensión proporcional el trabajador que se invalide habiendo cumplido 60 cuotas mensuales y que no cumpla con los requisitos establecidos en la tabla del artículo 6° de este Reglamento. Esta pensión se determina como la proporción entre el número de cuotas aportadas y el número de cuotas requeridas según el artículo 6°, multiplicada por el monto de pensión que le hubiese correspondido si hubiera cumplido con los requisitos de edad y cotización.

El monto mensual de la pensión complementaria de vejez, para el inválido que trabaje, equivale al 3% del salario promedio por cada año que el inválido hubiere contribuido a este Seguro.

(...)

Reformado en el artículo 12° de la sesión N° 7950 y en el artículo 7° de la sesión número 7952, en su orden, celebradas el 21 y el 28 de abril del año 2005”,

y la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA** trasladarla a la Gerencia de Pensiones, para el análisis que corresponda y respuesta al señor Montoya Soto.

ARTICULO 42°

Se conoce el oficio número AESS.183/2014-14 de fecha 19 de setiembre del año 2014, que firman los señores Licda. Rogena Walter's Calvin, Secretaria General Adjunta; Dra. Hannia Esquivel Mesén, Secretaria de Educación; Licda. Sonia Nembhard Brumley, Fiscal; Sr. Carlos Francisco Mena Mora, Secretario de Actas; Srita. Adriana Meza Fernández, Secretaria de Conflictos; Sra. Mauren González Vega, Secretaria de Prensa; Sr. Víctor Bolaños Argüello, Secretario de Organización, y Sr. Henry Rodríguez González, Secretario de Finanzas, Asociación de Empleados del Seguro Social (AESS), dirigido a los Señores Miembros de la Junta Directiva, a la Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal, Presidenta Ejecutiva, al Lic. Víctor Morales Mora, Ministro de Trabajo, al Cuerpo Gerencial: Gerencias Médica, Financiera y Administrativa, a los Directores Administración de Recursos Humanos y Bienestar Laboral, a la Junta Nacional de Relaciones Laborales y a las Agrupaciones Sindicales firmantes de la Normativa de Relaciones Laborales de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el cual manifiestan que las intervenciones del Ministerio de Trabajo, las firmas de las Gerencias Médica, Financiera y Administrativa, así como las resoluciones de la Junta Directiva, son desestimadas y pareciera que no tienen ningún peso; lo anterior respecto de los derechos laborales y la Normativa de Relaciones Laborales. Indican que mediante circulares suscritas por los Gerentes Administrativo, Médico y Financiero informan la aplicación de las licencias con goce de salario contempladas en el artículo 46 de la Normativa de Relaciones Laborales, que es de acatamiento en todo el nivel institucional. Sin embargo, en la reciente reorganización que realizara la Gerencia Administrativa, con el cambio de los Directores de la Dirección de Administración y Gestión de Personal y la Dirección de Bienestar Laboral, se establecen sendas contradicciones e imposiciones inconsultas, que no reflejan lo emitido por la autoridad superior institucional. Se refieren al comunicado que emitió el Director de Administración y Gestión de Personal sobre las licencias con goce de salario, que consideran está fundamentado en criterios extintos que tuvieron curso en el año 1996 relativo al esquema de Delegación, en el que enfatiza sobre los tiempos que deben tener un control rígido y limitado para que la persona trabajadora asista a su cita médica o de acompañamiento de familiares. En tal sentido, como sindicato proponen a las personas trabajadoras en la Caja que se documenten, soliciten sus historiales clínicos en la Caja, el Instituto Nacional de Seguros (INS), privados, así como los de sus seres queridos y precisen domicilios, áreas de atención de salud y los remitan a conocimiento de la Junta Directiva, ya que personas que no fingen sus dolencias y son enfermedades reales. Adjuntan documentación señalada.

Asimismo, se ha recibido el oficio número P.E. 46.014-14 de fecha 23 de setiembre del año 2014, que firma la Licda. Mónica Acosta Valverde, Jefa de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, mediante el cual, con instrucciones de la Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal, Presidenta Ejecutiva, traslada el citado oficio N° AESS.183/2014-1, y la Junta Directiva –unánimemente- **ACUERDA** trasladarlos a la Gerencia Administrativa, para la atención conforme corresponda y que informe a los firmantes, en cuanto al curso que siga la gestión.

ARTICULO 43°

Se tiene a la vista el oficio número SCMSB-482-2014, de fecha 25 de setiembre del año 2014, suscrito por la Sra. Ana Cristina Murillo Fonseca, Secretaria del Concejo, Municipalidad de Santa Bárbara de Heredia, en el cual transcribe el artículo N° 2, el acuerdo N° 5978-2014 de la sesión ordinaria N° 229, celebrada por el Concejo Municipal de Santa Bárbara, el 19 de setiembre del año 2014, que dice en forma textual:

“ACUERDO No. 5978-2014

El Concejo Municipal por votación unánime acuerda solicitarle a la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social para que el proyecto de construcción de la Clínica de Santa Bárbara de Heredia sea incluido en el portafolio de inversiones 2015-2018, dado que es de gran necesidad contar con dicho inmueble para nuestro Cantón y con ello dar un mejor servicio de salud en beneficio de nuestros habitantes”,

y la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA** trasladarlo a las Gerencias Médica, y de Infraestructura y Tecnologías, para su atención conforme corresponda; coordina la respuesta la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías.

ARTICULO 44°

Se presenta la nota del 8 de octubre en curso, suscrita por el licenciado Sergio Alfaro Salas, Presidente Ejecutivo del Instituto Nacional de Seguros (INS), número PE-00758-2014, en la que manifiesta que el pasado 3 de octubre se publicaron en el Diario Oficial La Gaceta los reglamentos sobre financiamiento de proyectos de infraestructura y titularización que permiten aprovechar los recursos del mercado de valores para el desarrollo de proyectos relacionados con necesidades de infraestructura. En nombre del Grupo Financiero INS cursan invitación para compartir un almuerzo el día 7 de noviembre próximo, en las instalaciones del Museo del Jade, ubicado 100 metros al oeste de la Asamblea Legislativa, con el fin de presentar el citado Modelo de Financiamiento de Proyectos de Infraestructura Pública y Privada, y las formas de participación conjunta que ambas instituciones pueden explorar.

La señora Presidente Ejecutiva aclara que se trata de una invitación de la parte empresarial del Instituto Nacional de Seguros (INS) para un potencial cliente y, personalmente, agradece la invitación. Es del parecer que se reúna con el personal técnico, se plantee el asunto y, luego, sea presentado a la Junta Directiva.

El Directivo Fallas Camacho sugiere, que asista la Dra. Sáenz Madrigal y sea acompañada de unos dos funcionarios.

El Subgerente Jurídico comenta, que lo que se presenta ahora con el INS, de pronto se puede presentar con otra institución, y considera que se debe tomar en cuenta.

El Director Gutiérrez Jiménez propone, que se reúna el Presidente Ejecutivo del INS, con la Presidencia Ejecutiva de la Caja.

El Dr. Fallas Camacho considera que sería bueno escucharles ya sea el personal técnico o la doctora Sáenz Madrigal que se encargue de coordinarlo.

y en consideración de la importancia de que la parte técnica de la Institución pueda analizar el asunto de previo, para que luego se presente a este órgano colegiado y que sea la Caja quien concrete la reunión con los personeros del INS, la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA** trasladar el oficio en referencia a la señora Presidenta Ejecutiva, quien establecerá comunicación, al efecto, con el señor Presidente Ejecutivo del INS

ARTICULO 45°

La señora Gerente Médico presenta el oficio N° GM-SJD-47739-2014, del 28 de octubre en curso, que contiene la propuesta en relación con el Curso de Capacitación en el Programa de Familias Fuertes: Amor y Límites, que tendrá lugar del 10 al 14 de noviembre próximo, en San José, Costa Rica: cooperación técnica por parte del Ministerio de Salud de Perú; asistirán como capacitadoras: doctoras María del Carmen Calle Dávila, Carmen Rosario Núñez Herrera y la Mag. María Elena Yumbato Pinto.

La presentación está a cargo del doctor Chacón, con base en las láminas que se especifican:

1)

The slide features the logo of 'SEGURO SOCIAL' in the top left corner. The main title is 'Proyecto Familias Fuertes: Amor y Límites.' Below the title is the subtitle: 'Promoción de factores protectores familiares y Prevención de conductas de riesgo en adolescentes (Adicciones, Conductas Sexuales de riesgo, conductas violentas y delictivas)'. At the bottom left, there is a list of programs: 'Programa Atención Integral a la Adolescencia', 'Programa Atención de las Adicciones', 'Programa Atención a la Violencia Intrafamiliar', and 'Programa de Salud del Niño y la Niña'. At the bottom right, there is a small image of a family with the text 'familias fuertes' overlaid. The year '2014' is centered at the bottom of the slide.

2)

PROGRAMA	OBJETIVO	RESULTADOS	INDICADOR	LINEA BASE
Programa Institucional de atención de los trastornos mentales, del comportamiento y de las adicciones	Desarrollar la atención de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas y con trastornos mentales y del comportamiento en la red de servicios.	Servicios de salud ejecutando acciones de prevención, detección oportuna y atención de las personas con trastornos mentales, del comportamiento y consumidoras de sustancias psicoactivas.	Número de Áreas de Salud ejecutando acciones de prevención, detección oportuna y atención de las personas con trastornos mentales, del comportamiento y consumidoras de sustancias psicoactivas.	1 Área de Salud (Zapote - Catedral)

Meta 2015-2018:

2015-2018: Que al finalizar el año 2018 se cuente con 39 Áreas de Salud ejecutando acciones para la prevención, detección oportuna y atención de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas y con trastornos mentales y del comportamiento

Incrementar en 39 las Áreas de Salud del 1ro y 2do niveles de atención:

2015: 5 Área de Salud
 2016: 14 Área de Salud
 2017: 15 Área de Salud
 2018: 5 Área de Salud

3) Descripción:

- ▶ La propuesta forma parte de una Alianza Estratégica CCSS – OPS- ICD para la atención de la problemática de adicciones y salud mental en población adolescente y sus familias, iniciando con una capacitación para capacitadores (transferencia de conocimiento, habilidades y destrezas) de intervención (*): *Familias Fuertes*, iniciando en dos regiones de salud: Central Sur, Huetar Norte y tres AS del cordón fronterizo norte. (*inter institucional e inter programático*)
- ▶ Desarrolla en las personas, familias y comunidades las habilidades de comunicación e interacción para el desarrollo de factores protectores y detección oportuna de factores de riesgo ante conductas de: adicciones, sexuales de riesgo, violencia (embarazo-ITS) y delictivas. (*la comunidad como parte de la solución*)
- ▶ Desarrolla en los funcionarios de atención las habilidades y destrezas para implementar esta intervención en sus comunidades en población adolescentes y sus familias. (*sostenibilidad técnica y operativa*).

(*): intervención certificada por OPS y la Agencia de Naciones Unidas contra las Drogas: segura, eficaz y costo efectiva.

4) **Población Beneficiaria Directa**

Funcionarios y funcionarias de la Caja Costarricense de Seguro Social, que laboran con población adolescente en las Áreas de Salud seleccionadas, para este proyecto: 65 funcionarios CCSS (5 funcionarios ICD)

Población Beneficiaria Indirecta

Adolescentes, sus familias y comunidades.

5) **Objetivo general:**

Abordar los determinantes de la salud relacionados con salud mental, adicciones y conductas de riesgo (*consumo de sustancias, conductas sexuales de riesgo, conductas violentas y delictivas*) en adolescentes, mediante el fortalecimiento de factores protectores familiares.

6) **Productos.**

- ▶ Funcionarios institucionales del nivel local y central capacitados para implementación del proyecto FAMILIAS FUERTES, por personas certificadas por la Organización Panamericana de la Salud, en procesos de capacitación a facilitadores.
- ▶ Funcionarios del nivel central: Programas de Atención relacionados (Niños, Adolescentes, Adicciones, Violencia) con las destrezas para implementación nacional y monitoreo del proyecto.
- ▶ De forma paralela en alianza con el ICD se confecciono/reprodujo el maletín con el Kit de herramientas para cada facilitador de la CCSS.

7) **Propuesta de acuerdo:**

La Gerencia Médica con base en lo anteriormente expuesto, recomienda a la Junta Directiva aprobar el pago de tiquetes aéreos e impuestos de salida de ambos países, hospedaje y alimentación a las instructoras del “Programa Familias Fuertes: Amor y Límites” del Ministerio de Salud de Perú; Dra. María del Carmen Calle Dávila, Dra. Rosario Núñez Herrera y MG. María Elena Yumbato Pinto, en su condición de asesoras técnicas y docentes invitadas para impartir el curso de capacitación sobre el “Programa Familias Fuertes en Costa Rica” del 09 al 15 de noviembre 2014.

El Taller de capacitación será co-financiado por el Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD) y estará dirigido a funcionarios (as) de la Caja Costarricense del Seguro Social que atienden personas adolescentes de las regiones Huetar Norte y Central Sur y de tres Ares de Salud específicas del cinturón fronterizo norte: AS La Cruz, AS Upala y AS Pocora, además de los funcionarios de los Programas de Adicciones, Programa de Adolescentes, Programa de Salud del Niño(a) y Programa de Violencia de Gerencia Médica en su calidad de equipo coordinador e implementador, todos ellos con responsabilidad vinculadas con los objetivos del curso, el cual se realizará en el Hotel Tryp Sabana del 10 al 14 de noviembre del 2014.

Tiquetes aéreos e impuestos de salida, desde Lima en Perú a San José de Costa Rica y luego de San José de Costa Rica a Lima de Perú, para tres expertas peruanas, hasta por un total es de ¢1.807.125,00 (un millón ochocientos siete mil ciento veinticinco colones exactos), por las tres funcionarias. La reserva presupuestaria es la No. 16244, en la partida 2138, del CENDEISSS.

Hospedaje y alimentación, para tres expertas peruanas, hasta por un total de: ¢1.320.000.00 (un millón trescientos mil colones exactos) por las tres funcionarias. La reserva presupuestaria es la No. 15244, en la partida 2199, del CENDEISSS.

Según el siguiente detalle:

8)

DETALLE DE GASTOS				
Expertos invitados	Tiquete Aéreo e impuestos de salida(1)	Hospedaje (2) -8 noches-	Alimentación (3) -7 días-	total
Dra. Maria del Carmen Calle Dávila	602.375	275.184	76.440	953.999
Dra. Rosario Núñez Herrera	602.375	275.184	76.440	953.999
MG. Maria Elena Yumbato Pinto	602.375	275.184	76.440	953.999
total	1.807.125	825.552	229.320	2.861.997

(1) Tiquetes ida y regreso Perú - Costa Rica – Perú
 •Salida Perú - Costa Rica: 09 noviembre 2014
 •Regreso Costa Rica - Perú: 15 noviembre 2014

(2) Hospedaje para 8 noches (09 al 14 noviembre 2014)

(3) Incluye desayuno y cena (no bebidas alcohólicas) por día

A una consulta del Director Adolfo Gutiérrez responde el doctor Chacón que el curso está dirigido a personas que trabajan con adolescentes, son dos grandes grupos. Los participantes del Nivel Central son los encargados de realizar la planificación nacional (del Programa de Violencia, Programa de Adicciones, Adolescentes y Niños) y en las Áreas de Salud, los que atiendan adolescentes, básicamente, los médicos, psicólogos y trabajadores sociales.

Señala el licenciado Gutiérrez Jiménez que tiene una tesis y la sostiene, en términos de que parte de la deficiencia de la Caja, en el Primer Nivel de Atención, es la falta del Médico de Familia, situación que considera muy interesante, debido a que ese Profesional, tiene una serie de connotaciones diferentes que sirven para el abordaje, en ese nivel de atención; pues, conocen la comunidad, la población y cuentan con una serie de herramientas que les facilitan las labores. De ahí la consulta, pues considera que esa labor no, necesariamente, la puedan realizar solo los funcionarios que están en ese departamento, sino, más bien promover el perfil válido para labores de esa naturaleza y a partir de ahí, promover a las y los funcionarios que cuenten con ese perfil, para que participen del proceso de capacitación, independientemente, del área en la que laboren actualmente.

A la Dra. Sáenz Madrigal le parece importante lo planteado por el licenciado Gutiérrez Jiménez y menciona, que ese debe ser uno de los temas que la Comisión de Salud está analizando.

Interviene el Director Fallas Camacho y comenta que, efectivamente, se está pensando en adecuar lo que corresponde al modelo; no obstante, considera que no sería con especialistas –en todo caso no hay- y mucho menos en el Primer Nivel de Atención, porque se incrementarían los costos. Además, que al pensar en Médicos de Familia, se desplazaría al médico general que son los que se deben capacitar para asumir esa responsabilidad, inclusive, personalmente, capacitaría otro tipo de personal y no médicos.

Sobre el particular, el doctor Chacón señala que no se debe determinar solo el contexto, la propuesta es que todos los EBAIS desarrollen destrezas, de manera que en el momento en que se descubra oportunamente, una hipertensión o una diabetes, se detecte, rápidamente, conductas de riesgos (sexuales o adicciones). Lo importante es capturar los casos para que sean incorporados al proceso de atención, o sea, son dos etapas, la primera las destrezas de detección para referirlos y la segunda, como abordar a la familia para que desarrolle sus capacidades de interacción y como familia y como comunidad, detecten casos para su respectiva referencia. El Plan va a crear equipos interdisciplinarios en todo el país; que incluye médicos, psicólogos, enfermera de salud mental y trabajador social, para que atiendan de manera ambulatoria a los pacientes. Por otro lado, para aquellos que requieran hospitalización tales como los de intoxicación aguda, crisis de esquizofrenia aguda, se deben de establecer algunas camas en hospitales periféricos y regionales, evitando así tener que ser hospitalizados en el Hospital Chacón Paut.

Interviene, la señora Presidenta Ejecutiva y retoma lo expuesto por el licenciado Gutiérrez con el propósito de aclarar que los médicos de familia o medicina familiar es una especialidad, a ese aspecto se refirió el Dr. Fallas Camacho, cuando indicó que se llevara especialización a cada uno de los EBAIS eleva los costos. No obstante, lo que se ha planteado algunos años atrás y es muy probable que se retome el tema, es que lo ideal es contar con médicos de familia por Área de Salud, lo que el doctor Chacón, efectivamente, afirma. La idea es que se coordinen acciones, supervisión, capacitación; además, planificando intervenciones de carácter colectivo, esos elementos en las Área de Salud y no en cada EBAIS.

Al doctor Fallas Camacho la satisface la idea, dado que es importante para el país enfoques de esa naturaleza, pero a nivel de Institución, considera que una vez que termina la capacitación, se deben tomar acciones. Como Miembros de la Junta Directiva existe esa preocupación, en el sentido de que no se tienen establecidos límites en la prestación de los servicios, sino que cada día se abren nuevos servicios, se capacita más personal en áreas específicas, se compran más equipos, se requieren más espacios físicos, más demandas, más medicamentos y al final, los servicios que se brindan son desordenados, porque no existe la planificación.

Aclara el doctor Chacón que este proceso está incluido en la dinámica del trabajo de los EBAIS y de las áreas de salud. En el caso de los materiales, en el ICD se consiguió lo necesario para 65 áreas de salud. Posteriormente, se dará la capacitación a nivel nacional por parte de la Caja, inicialmente, es en dos regiones con la ayuda del ICD y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Aclara que no se requiere personal adicional en los EBAIS ni en las áreas de salud, además de que se encuentra dentro de las dinámicas de acción de las áreas de salud, es una forma de proyectarse con el trabajo a la comunidad, con el mismo personal de las unidades. Se enlaza con la actual estructura de los EBAIS y en la propuesta de modelo que, eventualmente, pueda surgir.

El Director Rolando Barrantes hace la observación, en términos de que la propuesta de acuerdo está orientada, exclusivamente, a la parte operativa como es el pago de tiquetes aéreos, para la capacitación y no incluye el programa en sí, que es lo esencial y que sirva, además, para que la Junta Directiva le dé el seguimiento correspondiente.

El licenciado Gutiérrez Jiménez manifiesta que no le satisface observar los números macros y hasta, prefiere que se mencione el precio final del tiquete, del hospedaje, entre otros. Además, que se incluya dentro del documento que se entrega, los parámetros que se usan (los viáticos de la tabla de la Contraloría General de la República y otras cotizaciones).

Al respecto, el doctor Chacón aclara que, efectivamente, esa información está incluida dentro del documento que entrega y fue verificado por la Gerente Médico. El monto que se está indicando no es tan exacto y obedece a la diferencia que se pueda presentar de hoy al día de la compra del tiquete. Destaca el hotel les asignó un precio especial.

Sugiere, el licenciado Gutiérrez Jiménez que en la misma línea de don Rolando, se incluya en la propuesta de acuerdo, el tipo de evaluación por realizar en este programa, así como los plazos que tardaría en la capacitación y, posible, fecha de implementación, porque no quedan claras las fechas de inicio, ni culminación del programa. Por otro lado, que se indique quién o quiénes serán los funcionarios que cubrirán la ausencia del Dr. Angulo.

La Dra. Sáenz Madrigal aclara que la Junta Directiva analizó el plan para cuatro años, incluye el abordaje de los adolescentes, el de adicción entre otros. No obstante, para abordar ese tema que se ha planteado en el que tiene definidos los indicadores, el grado de avances, las evaluaciones e informes cuatrimestrales, se identificó la necesidad de tener la capacitación que se está presentando el día de hoy, como una de las estrategias. De manera que la propuesta técnica es que se capacitan en este año y a partir del mes de enero del año 2015, se daría inicio a la capacitación en las distintas regiones. Concuera con lo señalado por don Rolando y considera pertinente se retome la propuesta de acuerdo con uno, dos o tres considerandos de lo desarrollado en el documento, de manera que tenga la esencia del programa y no tanto en lo operativo, así como que se indique en la propuesta, no una recomendación sino basados en la presentación y la recomendaciones de los diferentes directores de las unidades responsables.

Por tanto, se tiene a la vista el oficio N° GM-SJD-47739-2014, del 28 de octubre en curso, firmado por la señora Gerente Médico, que literalmente se lee de este modo, en lo conducente:

“RESUMEN EJECUTIVO

La Gerencia Médica con base en la recomendación de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud según oficios DDSS-1307-14, DRS-2951-14, presenta la propuesta de solicitud de aprobación de términos de contrapartida para la cooperación técnica del Ministerio de Salud de Perú-Caja Costarricense de Seguro Social, Costa Rica; de asesoría técnica para la implementación por fases en la CCSS del Proyecto “Familias Fuertes: Amor y Límites”, el cual inicia con una capacitación de capacitadores fundamentalmente para las regiones Central Sur, Huetar Norte y 3 Áreas seleccionadas del cordón fronterizo norte del 10 al 14 de noviembre del presente año, el cual se procede a transcribir:

“(…) Este proyecto es una experiencia interprogramática en la institución, pues su desarrollo está planteado por el Programa de Atención Integral de Adolescentes en conjunto con los programas de Atención a las Adicciones, Atención a la Violencia, y el de Salud del Niño y la Niña. Se cuenta con el apoyo financiero del Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD) para la logística de la actividad de capacitación: Contratación del espacio físico para la capacitación de 65 personas de forma simultánea (Hotel Tryp Sabana), reproducción oficial del maletín con Kit educativo de apoyo para el (la) facilitador(a) de cada establecimiento de salud participante y los refrigerios durante la actividad. Además se cuenta con el apoyo presupuestario del CENDEISSS, con las reservas presupuestarias: # 16244 para compra de tiquetes aéreos (partida presupuestaria 2138) y la # 15244 para el pago de hospedaje y alimentación (partida presupuestaria 2199), por 7 días para 3 expertos (as) peruanos.

Justificación:

La presente propuesta se hace con el propósito de que la Junta Directiva de la Institución la petitoria, para que dicho órgano valore la importancia de autorizar las actividades relacionadas con el desarrollo de la cooperación técnica del Ministerio de Salud de Perú - Caja Costarricense de Seguro Social, Costa Rica; de asesoría técnica para la implementación por fases en la CCSS del proyecto “Familias Fuertes: Amor y Límites”, el cual inicia con una capacitación de capacitadores fundamentalmente para las regiones Central Sur y Huetar Norte y tres Áreas Seleccionadas del cordón fronterizo Norte, que se realizará en conjunto con el Instituto Costarricense sobre Drogas del 10 al 14 de noviembre del presente año.

En la “Reunión internacional inter-agencial sobre evidencias actuales, lecciones aprendidas y buenas prácticas de prevención de embarazo adolescente en América Latina y el Caribe”, realizado del 17-19 de marzo de 2014, en Managua, Nicaragua; se mostró la eficacia del programa “Familias Fuertes”, para la prevención de adicciones, conductas de riesgo y delictivas en adolescentes. Este programa ha sido desarrollado en diferentes países de América, siendo certificado por la Organización Panamericana de la Salud. La Dra. Matilde Maddaleno, que asiste a la reunión en su calidad de representante regional de adolescencia de la Organización Panamericana de la Salud, establece no solo la eficacia y pertinencia, sino que expresa que funcionarias del Ministerio de Salud de Perú, están certificadas como capacitadoras de capacitadores, con gran experiencia en el programa “Familias Fuertes”, ya que es un programa permanente en Perú.

Entre marzo y abril de 2014, El Programa Atención Integral a la Adolescencia, en conjunto con el Programa Atención a las Adicciones, el Programa Atención a la Violencia y el Programa Salud del Niño y la Niña, elaboran el proyecto denominado “Proyecto de Programa Familias Fuertes para la prevención de las adicciones, conductas de riesgo y delictivas en adolescentes”. Se envía el proyecto a la dirección del Área Atención Integral a las Personas y a la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud para su aval.

El 6 de mayo de 2014 el proyecto es presentado al Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD), donde se asegura financiamiento para la reproducción de materiales (maletín con kit oficial del programa “Familias Fuertes”), materiales para capacitación, alquiler de lugar para capacitación, refrigerios para la capacitación para 75 personas en este año; y para el año 2015 financiamiento en materiales, así como alimentación para las actividades educativas y

preventivas que van a realizar los funcionarios(as) con adultos(as) promotores(as) y adolescentes promotores(as), en las regiones seleccionadas. Se tienen reuniones posteriores con funcionarias del ICD, para concretar el financiamiento, siendo que a la fecha, ya está reservado el lugar, concretado los refrigerios, la reproducción de materiales y los materiales para la capacitación ya están listos.

El 30 de junio de 2014, se sostiene reunión con funcionarias del CENDEISSS, donde se presenta el “Proyecto de Programa Familias Fuertes para la prevención de las adicciones, conductas de riesgo y delictivas en adolescentes”, para el financiamiento de pasajes, hospedaje y alimentación, de tres funcionarias del Ministerio de Salud de Perú, para la asesoría y capacitación de funcionarios(as) de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el programa “Familias Fuertes”. La dirección del CENDEISSS apoya el proyecto y funcionarios(as) del mismo realizan las reservas presupuestarias específicas para poder financiar los rubros mencionados para tres personas del Ministerio de Salud de Perú.

El 24 de julio se realiza reunión con el Dr. Raúl Sánchez Alfaro, director de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud y el Dr. Hugo Chacón Ramírez, jefe del Área de Atención Integral a las Personas para presentar los avances del proyecto, ratificando la importancia del mismo para la institución y que se encuentra dentro de las metas del Plan Nacional de Desarrollo planteadas por la Caja Costarricense de Seguro Social, en Salud Mental y Adicciones en el componente de sensibilización y capacitación al recurso humano.

El 25 de agosto de 2014, se tiene reunión con el Dr. Mario Cruz Peñate de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se le presenta “Proyecto de Programa Familias Fuertes para la prevención de las adicciones, conductas de riesgo y delictivas en adolescentes” y se le solicita que dado que el programa “Familias Fuertes” es avalado y certificado por la OPS, que la capacitación que se va a brindar sea certificada oficialmente por la misma. Se recibe el aval para la certificación del curso por parte de OPS y la institución realiza los trámites correspondientes por parte del Dr. Hugo Chacón Ramírez, jefe del Área Atención Integral a las Personas.

El 28 de agosto se le presenta el “Proyecto de Programa Familias Fuertes para la prevención de las adicciones, conductas de riesgo y delictivas en adolescentes”, a la representante del Programa Atención Integral a la Adolescencia de la Región Huetar Norte, quien muestra anuencia al proyecto y se responsabiliza de comunicarlo a la dirección médica de la región.

El 22 de setiembre de 2014, se realiza reunión con la dirección médica, asesores y coordinadores de las disciplinas de la Región Central Sur, para presentarles el “Proyecto de Programa Familias Fuertes para la prevención de las adicciones, conductas de riesgo y delictivas en adolescentes”, se recibe anuencia para ejecutarlo.

El 2 de octubre de 2014 se tiene reunión con el Dr. Jorge Fonseca Renault, director de la Dirección de REDES, para presentarle el “Proyecto de Programa Familias Fuertes para la prevención de las adicciones, conductas de riesgo y delictivas en adolescentes”, el cuál brinda el aval para su ejecución. Solicita que se incluyan dos áreas de salud de la Región Chorotega y una de la Región Huetar Atlántica, para así cubrir, el cordón fronterizo norte; además de las áreas de salud con contratación a terceros. El Dr. Fonseca a su vez realiza los trámites de

invitación a la actividad de capacitación, que se llevará a cabo del 10 al 14 de noviembre del año en curso.

Los objetivos del proyecto:

Objetivo General:

Contribuir a la disminución en la población adolescente de las adicciones, conductas de riesgo y delictivas

Dictamen Técnico:

La propuesta de implementación del “Proyecto Familias Fuertes”, para la prevención de las adicciones, conductas de riesgo y delictivas en adolescentes, es una intervención dirigida a la promoción de la salud y de prevención de conductas sexuales de riesgo, embarazo, VIH-Sida, consumo de sustancias y de conductas violentas en adolescentes. Dicho Programa Familias Fuertes (PFF) está dirigido a niños, adolescentes, adultos, padres y madres con hijos e/o hijas de entre 10 y 19 años de edad.

El programa consiste en un currículo de desarrollo de habilidades para madres, padres, adolescentes y la familia como un todo, dividido en siete sesiones durante las cuales se implementa el uso de videos, talleres de análisis, juegos educativos y actividades familiares. En las sesiones, las familias participan en actividades estructuradas, realizan reuniones familiares, aprenden destrezas de comunicación, practican una disciplina efectiva, refuerzan los comportamientos positivos entre sí, y planean juntos actividades familiares. Se alienta la participación regular en grupos de apoyo familiar y sesiones de refuerzo para aumentar la generalización y el uso de las destrezas aprendidas.

El programa fue diseñado por la Universidad de Iowa, Estados Unidos, adaptado para Latinoamérica por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) e implementado bajo la coordinación de “Oficina de Naciones Unidas contra la droga y el delito” (UNODC) para garantizar que el proyecto genere resultados a través de la creación de capacidades que les permitan a las instituciones locales pertinentes desarrollar, implementar, monitorear y evaluar programas de capacitación sobre habilidades familiares. El mismo se implementa de acuerdo a los Estándares Internacionales de Prevención del Abuso de Drogas de UNODC. Se ha implementado en Panamá, Honduras, Guatemala, Nicaragua, República Dominicana, Perú, como una intervención primaria efectiva para prevenir conductas de riesgo, el abuso de alcohol y otras sustancias psicotrópicas.

En nuestra institución dicho programa se fortalecerá mediante el trabajo con (involucramiento) de funcionarios, adolescentes y adultos promotores en salud adolescente, en la construcción de estrategias creativas e innovadoras, para promover Familias Fuertes, que se constituyen en elementos preventivos, para las adicciones, conductas de riesgo y delictivas en adolescentes de dos regiones de salud: Central Sur y Huetar Norte y en 3 Áreas Seleccionadas del Cordón Fronterizo Norte mismas priorizadas por la Dirección de Redes de Servicios de Salud, en trabajo y coordinación conjunta con cuatro programas de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud (Programa de Atención Integral a la Adolescencia, del Programa de Atención

a las Adicciones, el Programa de Salud del Niño y la Niña y el Programa de Atención Integral a la Violencia).

En una primera etapa del proyecto, desarrollará un proceso de sensibilización y capacitación. La capacitación del recurso humano será certificada por la Organización Panamericana de la Salud, la cual está dirigida a 75 funcionarios (as) de los servicios de salud seleccionados para que puedan ser capacitadores en Costa Rica. Esta actividad está programada para la semana del 10 al 14 de noviembre 2014, en la ciudad de San José, Costa Rica.

Este proyecto se complementa en el contexto de las metas para el Plan Nacional de Desarrollo planteadas por la CCSS específicamente las de Salud Mental y Adicciones en componente de sensibilización y capacitación al recurso humano de 40 Áreas de Salud, lo cual genere efecto sinérgico en el fortalecimiento de la gestión institucional.

El impacto

Se espera que la implementación de este curso, genere una masa crítica sensibilizada en la promoción de la salud mental y la prevención de conductas de riesgo: adicciones, sexuales de riesgo (embarazo, ITS, VIH-Sida) y delictivas en adolescentes. A la vez las personas quedará certificado por la Organización Panamericana de la Salud, en procesos de capacitación a facilitadores, las mismas se les brindará el Kit de herramientas para cada facilitador de la CCSS, pueda desarrollar el tema respectivo

El curso prevé el diseño de iniciativas a implementar en los servicios por parte de los participantes en las unidades a las que pertenecen, fundamentadas en el conocimiento adquirido durante su desarrollo, con el propósito de fortalecer un trato humano fundamentado en la dignidad de las personas.

Relación Costo- Beneficio:

La realización de esta actividad educativa ofrece ventajas económicas para la CCSS, lo que permitirá capacitar de manera simultánea a más de **65** funcionarios (as) a un costo muy razonable, ya que como se indicó es copatrocinado por el ICD (Instituto Costarricense contra Drogas).

Costos aproximados para la Caja, si los participantes se desplazaran de Perú-Costa Rica a brindar la capacitación

RUBROS	VALOR UNITARIO POR PARTICIPANTE
3 Pasajes venida y regreso de Perú a Costa Rica e impuestos de salida de ambos países	\$ 3309.75 dólares
Alimentación y Hospedaje	\$1968 dólares (por 7 días)
TOTAL	\$ 5.277.75 dólares

Observaciones:

La información anterior se refiere a los costos con una duración de siete días para los 3 profesionales Peruanos.

Fundamentación Legal:

- *Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948*
- *Declaración sobre los Derechos del Niño, 1959*
- *Convención Americana sobre Derechos Humanos, 1969*
- *Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966, ratificado y adoptado por Costa Rica en 1976*
- *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), 1979, ratificada por Costa Rica en 1984*
- *Convención sobre los Derechos del Niño, 1989*
- *Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Convención de Belem do Pará), 1994, ratificada por Costa Rica en 1995*
- *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, 1995*
- *Declaración de Panamá, 2000*
- *Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, 2001*
- *Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, 2007*
- *Constitución Política de Costa Rica, 1949*
- *Ley N° 4573 Código Procesal Penal, 1996*
- *Ley N° 5395 Ley General de Salud, 1984*
- *Ley N° 5476, Código de Familia, 1974*
- *Ley N° 7184 Convención sobre los Derechos del Niño, 1989, ratificada y adoptada por Costa Rica en 1990*
- *Ley N° 7374 Reforma del Sector Salud, 1993*
- *Ley N° 7735 Ley General de Protección a la Madre Adolescente, 1998 y modificada a partir de la Ley N°8312 del año 2002*
- *Ley N° 7739 Código de Niñez y Adolescencia (CNA), 1998*
- *Ley N° 7771 Ley General sobre el VIH/Sida, 1998*
- *Ley N° 8101 Ley de paternidad responsable, 2001*
- *Ley N° 8239 Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Pública y Privada, 2002*
- *Ley N° 8261 Ley General de la Persona Joven, 2002*
- *Ley N° 7600 Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, 2005*
- *Ley N° 7899 Ley contra la explotación sexual comercial de personas menores de edad, 1999*
- *Ley N° 3261 Reglamento de la Ley de derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados, 2005*
- *Ley 8204 Sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo, 2001*
- *Ley N° 8590 Para el fortalecimiento de la lucha contra la explotación sexual de las personas menores de edad, 2007*
- *Ley N° 8612 Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes, 2007*
- *Ley No. 9028 Ley General del control de Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud, 2012*
- *Política Nacional de VIH y Sida 2007-2015*
- *Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género 2007-2017*

- *Política del Sector Salud para la Atención de los Problemas Derivados del Consumo de Alcohol, Tabaco y otras drogas en Costa Rica (2008)*
- *Política Nacional de Niñez y la Adolescencia 2009-2021*
- *Política Pública de la Persona Joven (2010)*
- *Política Institucional de Igualdad y Equidad de Género 2010-2020 (CCSS)*
- *Política Nacional de Sexualidad 2010-2021*
- *Política Nacional de Salud 2011-2021*
- *Política del Sector Salud para el Tratamiento de las Personas con Problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica, 2012*
- *Política Nacional de Salud Mental 2011-2021*
- *Plan Nacional de Salud 2010-2021*
- *Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes 2010-2018 (PENSPA)*
- *Plan Estratégico Nacional (PEN) VIH y sida 2011-2015.*
- *Plan de Acción Consejo Interinstitucional de Atención Madre Adolescente (2012-2016)*
- *Plan Nacional sobre Drogas ICD (Instituto Costarricense sobre Drogas) 2013-2017*
- *Plan Táctico Institucional para la Atención de Personas Consumidoras de Sustancias Psicoactivas en los Servicios de Salud de la CCSS, 2014 - 2018*

Conclusiones:

Este proyecto se contempla en el contexto de las metas del Plan Nacional de Desarrollo planteadas por la Institución para el período 2014-2018, específicamente en el componente de sensibilización y capacitación al recurso humano en temas de Salud Mental y Atención a las Personas consumidoras de sustancias psicoactivas.

El Programa Familias Fuertes es una estrategia de intervención primaria efectiva para prevención de las conductas de riesgo, adicciones y delictivas en adolescentes, tal y como se ha demostrado en países de la Región que ya lo han implementado, como son Perú, Panamá, Honduras, Guatemala, Nicaragua, entre otros.

Se buscará implementar estrategias creativas e innovadoras, al involucrar funcionarios, adolescentes y adultos promotores en salud adolescente.

Al finalizar la Primera Etapa en Costa Rica, la Institución contará con 75 funcionarios capacitadores y certificados, con la finalidad de replicar esta experiencia y acreditar y certificar a otros funcionarios de la Red de Servicios de Salud Institucional, como parte del cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Desarrollo.

Se beneficiarán inicialmente los funcionarios de las Regiones Central Sur y Huetar Norte, y tres Áreas de Salud seleccionadas del cordón fronterizo norte, así como su población adscrita.

RECOMENDACIONES:

Se recomienda que en una etapa posterior, se generalice la capacitación a fin de abarcar a los funcionarios de las demás Regiones institucionales, para fortalecer la sensibilización y capacitación del recurso humano, según metas plasmadas en el Plan Nacional de Desarrollo.

Se recomienda continuar dando énfasis a iniciativas innovadoras de este tipo, que involucren tanto a funcionarios como a adolescentes y adultos promotores”,

con base en lo anteriormente expuesto, habiéndose hecho la presentación pertinente, por parte del doctor Hugo Chacón Ramírez, Jefe del Área de Atención Integral a las Personas, en consideración de la justificación y los objetivos del Programa y demás elementos que constan en el citada nota número GM-SJD-47739-2014, y con base en la recomendación de la señora Gerente Médico, la Junta Directiva –unánimemente- **ACUERDA** aprobar el pago de tiquetes aéreos e impuestos de salida de ambos países, hospedaje y alimentación del 9 de noviembre al 15 de noviembre del año 2014, según en adelante se detalla, a favor de los instructores del Ministerio de Salud de Perú y certificadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como capacitadoras de capacitadores y asesoras para la implementación por fases en la Caja Costarricense de Seguro Social, en Costa Rica, en el Programa “Familias Fuertes: Amor y Límites:

Doctoras María del Carmen Calle Dávila y Rosario Núñez Herrera y MG. María Elena Yumbato Pinto; a favor de cada una:

- 1) Pago del tiquete aéreo Lima, Perú – San José, Costa Rica; San José, Costa Rica – Lima, Perú e impuestos de salida de ambos países, hasta por un monto de \$1103.25 (mil ciento tres dólares con veinticinco centavos).
- 2) Servicio de hospedaje y alimentación, en habitación sencilla por siete noches (no se incluyen comidas intermedias ni bebidas alcohólicas), por un monto total de almuerzo y cena de \$124.00 diarios, para un total de hasta \$656.00 (seiscientos cincuenta y seis dólares).

Lo anterior, de acuerdo con la tabla definida por el *Reglamento de Gastos de Viaje y de Transporte* para Funcionarios. Públicos emitido por la *Contraloría General de la República*.

Las partidas presupuestarias que serán afectadas son la 2138 y 2199 del CENDEISSS (Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social).

Si por caso fortuito o fuerza mayor, alguno de los instructores debiere ser sustituido, la Gerente Médica será responsable de determinar que el profesional designado cuente con los atestados suficientes y necesarios para impartir el curso en referencia, según las condiciones en este acto establecidas.

El doctor Chacón Ramírez se retira del salón de sesiones.

Ingresan al salón de sesiones la licenciada Ana María Coto Jiménez, Asesora de la Gerencia Médica; la doctora Cecilia Bolaños, Jefe del Servicio de Ortopedia del Hospital San Juan de Dios, y la master Loredana Delcore Domínguez, Jefe de la Subárea de Beneficios para Estudio del CENDEISSS (Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social).

Ingresan al salón de sesiones el Director Loría Chaves.

ARTICULO 46°

De conformidad con lo solicitado (artículo 9° de la sesión número 8746 del 23 de octubre del año 2014), la señora Gerente Médico presenta la información complementaria en relación con la propuesta de permiso con goce de salario, en carácter de beca, a favor del Dr. Jimmy Angulo de la O, Médico Especialista en Ortopedia y Traumatología del Hospital San Juan de Dios, para realizar Subespecialidad en Cirugía Reconstructiva del Adulto, en la Universidad de Barcelona, España, del 31 de octubre del año 2014 al 31 de julio del año 2015. Al efecto, se ha distribuido el oficio del 28 de octubre en curso, número GM-SJD-47740-2014, que firma la doctora Villalta Bonilla.

La presentación está a cargo de la doctora Bolaños, con base en las siguientes láminas:

- i) Caja Costarricense de Seguro Social
Gerencia Médica
Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS)
- ii) **Subespecialidad** en Cirugía Reconstructiva del Adulto en la Universidad de Barcelona, España del 31 de octubre 2014 al 31 de julio 2015.
- Dr. Jimmy Angulo De la O, Médico Asistente Especialista del Servicio de Ortopedia, Traumatología y Rehabilitación del Hospital San Juan de Dios. 29 de octubre de 2014.

ii)

Resumen de caso						
Funcionario	Lugar de Trabajo	Estudios	Diagnóstico de Necesidad	Beneficios Esperados	Proceso de Selección	Beneficio Económico
Dr. Jimmy Angulo De la O Médico Asistente Especialista en Ortopedia	Hospital San Juan de Dios.	Sub especialidad en Cirugía Reconstructiva del Adulto, en la Universidad de Barcelona España.	En oficio DG-10688-2013 del 26 de noviembre del año 2013, se identificó la necesidad de capacitar a dos médicos en el área de cirugía. En oficio GM-MDA-38995-14 la Gerencia Médica avala la Sub especialidad propuesta para el Dr. Angulo dado que está acorde con las necesidades de los pacientes adultos y adultos mayores. Además, se indica que la sub especialidad puede ser ejercida en un Hospital de tercer nivel.	De acuerdo con lo indicado por el Dr. Victor Chaves Acuña Jefe a.i. del Servicio de Ortopedia, Traumatología y Rehabilitación del Hospital San Juan de Dios, se esperan los siguientes beneficios: •Disminuir la lista de espera y el índice de complicaciones, para este tipo de cirugías (reconstrucción articular). •Fortalecer el manejo interdisciplinario con otras especialidades en el tratamiento de diferentes patologías. •Beneficiar la calidad de vida de los pacientes sometidos a reemplazo articular con un mayor conocimiento. •Promover jornadas de actualización para funcionarios relacionados con dicha actividad. •Mejorar la atención de los usuarios de la institución.	De acuerdo con lo que indica la Dra. Cecilia Bolaños Loria, jefe del Servicio de Ortopedia, Traumatología y Rehabilitación del Hospital San Juan de Dios no se realizó un concurso para la selección del Dr. Angulo por las siguientes razones: •El Dr. Angulo es parte del equipo profesional de la Clínica de Reemplazos Articulares y tomando en cuenta la necesidad de aumentar la capacidad resolutive con nuevas técnicas quirúrgicas en este ámbito, realizó con el aval de sus Jefaturas las gestiones necesarias para obtener la aceptación en el Programa de la Universidad de Barcelona, España. •El Servicio cuenta con un total de 4 médicos ortopedistas (2 sub especialistas y 2 generales). •El Dr. Angulo ocupa una plaza vacante y se la Jefatura certificó que no se realizarán sustituciones durante el periodo de estudios.	Permiso con goce de salario del 30 -10-2014 al 31-07-2015 equivalente a un monto aproximado de C19.736.768,00. Compromiso contractual laboral: 9 años.
Priorización de áreas dispuesto por la Junta Directiva, en el artículo 22º de la sesión N° 8707						

iii)

Acuerdo anterior	
Sesión 8746 celebrada el 23 de octubre del 2014	
	<p>Se solicita a la señora Gerente Médico que para la sesión del 29 de los corrientes el Hospital San Juan de Dios presente la información correspondiente en cuanto a los pacientes que le correspondería atender al doctor Jimmy Angulo de la O, Médico Especialista en Ortopedia y Traumatología del Hospital San Juan de Dios, durante el periodo de estudios que se propone y cómo sería atendida esa demanda, durante el período en que dicho profesional realizaría la Sub especialidad en Cirugía Reconstructiva y no sería sustituido.</p>

iv)

Información Complementaria	
En atención a lo solicitado en la sesión 8746 celebrada el 23 de octubre del 2014	
	<p>Hospital San Juan de Dios tiene una población directa de 1.240.920 habitantes</p>
	<p>8% de la población es > de 65 años = 99.274 hab. 20% sufren fractura de cadera</p>
	<p>Lista de espera: 2353 reemplazos articulares</p>

v)

Información Complementaria		
En atención a lo solicitado en la sesión 8746 celebrada el 23 de octubre del 2014		
Pacientes operados primer semestre 2014 Servicio de Ortopedia Hospital San Juan de Dios		
Tipo de Ingreso	Numero de Pacientes	Porcentaje
Lista de espera	853	43%
Ingreso por emergencias	1101	57%
Total de pacientes	1954	100%

vi)

Información Complementaria				
En atención a lo solicitado en la sesión 8746 celebrada el 23 de octubre del 2014				
Trabajo realizado por Dr. Angulo de la O del 01 de enero al 31 de octubre 2014				
	Actividad	Pac atendidos		
Lunes /Miercoles	Consulta Externa	1154		
Martes y Jueves	Sala de Operaciones	130		
Programacion Actividades Dr. Angulo De la O de 1 nov 2014 al 31 de julio 2015				
	Actividad	Pac/ día	No Pac.	Observacion
Lunes	Consulta Externa de trauma	26	744	Se recargan 3,4 pac p/ medico de consulta
Martes y Jueves	Sala de Operaciones	La cirugía se realiza por los 6 medicos asignados a sala		
Miercoles	Consulta externa Ortopedia	24	620	
Viernes	Sesion clinica servicio	son sesiones colegiadas para toma de decisión casos difíciles.		
	Clinica de reemplazo			

vii)

Propuestas de Acuerdo	
Caso	Acuerdo
Dr. Jimmy Angulo De la O	<p>Se acuerda recomendar beneficio para estudio a favor de la Dr. Jimmy Angulo De la O, Médico Especialista en Ortopedia y Traumatología del Hospital San Juan de Dios, para realizar Sub especialidad en Cirugía Reconstructiva del Adulto en la Universidad de Barcelona, España del 31 de octubre 2014 al 31 de julio 2015. Se recomienda el siguiente beneficio para estudio:</p> <p>•Permiso con goce de salario del 30 de octubre de 2014 al 01 de agosto de 2014, por un monto aproximado € 19.738.768,00.</p>

Señala la doctora Bolaños que en las personas mayores de 65 años, según la última estadística, existe mayor posibilidad de necesitar un reemplazo articular. Además, en Costa Rica después de los 80 años, el riesgo de sufrir fractura de cadera es de un 20 %, tanto para hombres como para mujeres. Destaca que en el caso del doctor Angulo si se le aprueba la beca, el servicio se ha puesto de acuerdo, para que se tenga un recargo en la consulta de 3.4 paciente por médico, de esta manera, se atiende la consulta asignada para el doctor mencionado.

El Director Gutiérrez Jiménez interviene, para indicar que el Director interesado con este tema salió a una diligencia, así que presenta algunas de sus inquietudes de las que también él comparte, se trata de las listas de esperas. Considera que se debe valorar la posibilidad de incluir segundos turnos para lograr producir impacto, porque la cantidad de pacientes en lista de espera es muy elevada (más de 2.300 personas) y considera que no van a salir con la tarea. Personalmente no tiene inconveniente que se le apruebe la beca para el Dr. Angulo de la O, pero lo que no es pertinente, es que la lista de espera ascienda. Además, recuerda que en caso de ser aprobado el permiso, al grupo que se compromete a realizar las labores se le debe evaluar, con el fin de verificar que cumplieron a cabalidad. Hace referencia a lo que el señor Director (ausente) manifestó en algún momento.

La doctora Bolaños manifiesta que por experiencia, por ejemplo, en la especialidad de Astroscopia, cuando el Dr. Contreras hizo la especialidad en New York, los pacientes que él atendía, quedaban hasta tres días internados; mientras que ahora, todas las cirugías artroscópica son ambulatorias, excepto, las de una contra indicación médica del paciente, actualmente, se realizan 50 cirugías en la Clínica de Puriscal, dado que facilitan el equipo, lo que ha permitido disminuir en gran medida la lista de espera. Destaca que en la mayoría de los hospitales se realiza un reemplazo articular por día, mientras que en el Hospital San Juan de Dios se realizan dos cirugías de esa naturaleza en la mañana, la idea es que con mayor conocimiento y “expertice”, acortan los tiempos quirúrgicos. Considera que para cuando regrese el doctor Angulo, se espera realizar hasta tres reemplazos, porque con dos especialistas, el Dr. González (ya se había especializado) y el Dr. Angulo, personas muy bien formadas, colaboren en la formación del resto del equipo tanto médico como al personal de enfermería, porque los minutos y segundos que se desaprovechan al pasar el instrumental, se acumula y la producción es menor. Hace hincapié en que tienen conocimiento de la evaluación a la que será sometida el equipo y están seguros de que la producción será incrementada.

La Directora Soto Hernández reconoce, a la doctora Bolaños la identificación que tiene con sus subalternos y es muy importante ese soporte e identificación. Adelanta desde ya su apoyo.

Respecto de una consulta del Director Barrantes Muñoz, tendiente a conocer qué significa cuando se hace referencia de que tendrán en la consulta un incremento de 4.3 pacientes diarios, responde la doctora Bolaños que el Hospital San Juan de Dios, atiende un poco más de pacientes porque existe inopia de ortopedistas en el país, normalmente, dedican todo un día a la consulta externa, el promedio de pacientes que atienden por hora es de 3 para un total de 24 pacientes por día. De manera que con el recargo de los pacientes del doctor Angulo, algunos atenderán 27 pacientes y otros 28 pacientes, porque aun cuando se hace el mayor esfuerzo de comunicarle a cada paciente su cita, siempre se produce ausentismo de algunos usuarios, por lo que se puede abarcar la agenda del doctor Angulo de la O.

El licenciado Gutiérrez Jiménez sugiere que cuando se presenten a consideración de la Junta Directiva, nuevas solicitudes parecidas o iguales a la presentada el día de hoy, se indiquen parámetros y no montos aproximados, porque le preocupa quedar con la inquietud de no conocer cuál es el monto que se está autorizando con el voto. Recuerda que el departamento debe de garantizar que la producción del Dr. Angulo de la O, será cubierta y en ningún momento se verá afectada la lista de espera.

La señora Presidenta Ejecutiva hace la observación en el apartado de la propuesta de acuerdo, en el sentido de que debe indicar no una recomendación, sino que el acuerdo es basado tanto en la exposición realizada y en la recomendación de la Gerencia Médica, así como el criterio del Jefe del Servicio.

Por tanto, se tiene a la vista el oficio del 28 de octubre en curso, número GM-SJD-47740-2014, que suscribe la señora Gerente Médico y que, en lo pertinente, se lee de este modo:

“RESUMEN EJECUTIVO

La Gerencia Médica presentó en la Junta Directiva celebrada el día 23 de octubre del 2014, la Propuesta de Beneficios para Estudios del Dr. Jimmy Angulo de la O, Médico Especialista en Ortopedia y Traumatología del Hospital San Juan de Dios, para realizar Sub especialidad en Cirugía Reconstructiva del Adulto en la Universidad de Barcelona, España del 31 de octubre 2014 al 31 de julio 2015, según oficio SABPE-1099-10-2014 de fecha 01 de octubre del 2014, suscrito por la Dra. Sandra Rodríguez Ocampo, Directora Ejecutiva del CENDEISSS, no obstante, la Junta Directiva en su artículo 9 de la sesión N° 8746, acordó:

“ARTICULO 9º SESIÓN NÚMERO 8746 DEL 23-10-14

Se presenta el oficio N° GM-SJD-5700-14, del 8 de octubre del año 2014, firmado por la Gerente Médico: propuesta de beneficios para estudios, que consiste en permiso con goce de salario en carácter de beca, a favor del Dr. Jimmy Angulo de la O, Médico Especialista en Ortopedia y Traumatología del Hospital San Juan de Dios, para realizar Subespecialidad en Cirugía Reconstructiva del Adulto, en la Universidad de Barcelona, España, del 31 de octubre del año 2014 al 31 de julio del año 2015.

Finalmente, se solicita a la señora Gerente Médico que, para la sesión del 29 de los corrientes, el Hospital San Juan de Dios presente la información correspondiente, en cuanto a los pacientes que le correspondería atender al doctor Jimmy Angulo de la O, Médico Especialista en Ortopedia y Traumatología del Hospital San Juan de Dios, durante el período de estudios que se propone y cómo sería atendida esa demanda, durante el período en que dicho profesional realizaría la Subespecialidad en Cirugía Reconstructiva y no sería sustituido.”

ACCIONES

Dado la anterior solicitud, la Gerencia Médica a través del CENDEISSS solicitó al Servicio de Ortopedia del Hospital San Juan de Dios la información complementaria que requirió la Junta Directiva, en ese sentido mediante oficio FKT-682-14 de fecha 27 de octubre del 2014, la Dra. Cecilia Bolaños Loría, Jefa del Servicio de Ortopedia del Hospital San Juan de Dios, señala:

- “(...) La red del Hospital San Juan de Dios atiende 1.551.150 habitantes, de los cuales 1.240.920 son de atención directa (no existe hospital en el segundo nivel). De esa población de atención directa el 8% son mayores de 65 años, lo que significa que 99.274 son adultos mayores y por tanto potenciales candidatos a una cirugía de reemplazo articular. La osteoartrosis o desgaste de las articulaciones es una de las enfermedades más comunes en el adulto mayor, y el tratamiento es una reconstrucción articular. Es por esta razón que el Hospital tiene una lista de espera de 2348 pacientes que tienen pendiente un reemplazo articular. Aunado a esto el 20% de las personas mayores de 75 años tienen riesgo de sufrir una fractura de cadera, que en muchos de los casos se debe tratar con un reemplazo articular (dependiendo del tipo de fractura).
- La optimización de las salas de operaciones ha sido una prioridad en el HSJD, durante el primer semestre 2014 el Servicio de Ortopedia realizó 1954 cirugías, un 57% eran pacientes de traumatología que ingresan por el servicio de emergencias, un alto porcentaje de esos pacientes son accidentes que el Instituto Nacional de Seguros declina su atención por agotamiento de póliza. Solamente se han podido realizar 853 pacientes de la lista de espera, de los cuales 595 eran de cirugía ambulatoria al no contar el HSJD con suficientes camas. (Esperamos sea resuelto este problema con la construcción de la torre quirúrgica) y 240 de cirugías catalogadas como complejas, de las cuales más de un 50% (130) fueron reemplazos articulares. Si logramos reducir los tiempos quirúrgicos gracias a una mejor formación profesional y el aumento del “expertise”, se podría realizar tres cirugías de reemplazo primario por día quirúrgico y no dos como se realiza actualmente. El Dr. Angulo debido a su formación hará que los procedimientos sean más expeditos y con ellos se podrán hacer más cantidad de cirugías programadas durante el día, así mismo la cirugía de reemplazo articular cuenta con un índice alto de complicaciones, el mismo se reduce al contar con personal con mayor formación, y deberá ser un elemento multiplicador de sus conocimientos, no solo a nivel de los médicos sino con todo el personal de sala de operaciones, esto permite también reducir el tiempo quirúrgico y las complicaciones
- En la actualidad en centros a nivel mundial, se están utilizando procesos de cirugías de "rápida recuperación" (fast track), en donde lo que se pretende es que el usuario egrese lo más pronto posible del centro de salud, disminuyendo los costos por estancia hospitalaria y con ello se ha visto que impacta directamente en las listas de espera, ya que se cuenta con mayor movimiento de pacientes por cama hospitalaria, cosa que en el Hospital San Juan de Dios es altamente crítico. Con la formación del Dr. Angulo, se espera implementar este tipo de procesos en nuestro hospital.
- El Servicio de Ortopedia del Hospital San Juan de Dios con el fin de poder planificar el escaso recurso humano (15 médicos) para atender emergencias, salones de internamiento, cirugía y consulta externa. Las citas se adjudican de acuerdo al nivel de prioridad dado por el médico que lo refiere.

Urgente: (para ser valorado en los siguientes 8-15 días).

Prioridad (para ser valorado en los siguientes 30 a 60 días).

Sin nivel de prioridad se da cita a cupo de acuerdo a la disponibilidad de espacio.

- Se tienen agrupadas la consulta externa de acuerdo a las patologías más frecuentes y así poder dar la prioridad que requiere el paciente según su padecimiento y una atención de la mejor calidad posible.
 - Consulta de Trauma: Todos los médicos especialistas tienen asignado un día a la semana Lo que permite contar con alrededor de 360 cupos semanales para atender estos pacientes fracturados con yesos o post operados. El Dr. Angulo de la O le corresponde el día lunes esta consulta.
 - Consulta de Ortopedia: Esta se atienden las patologías de ortopedia general, todos los médicos tienen asignado un día a la semana este tipo de consulta. El día miércoles se le asignan estos pacientes al Dr. Angulo.
 - Consultas y clínicas especializadas: Son consultas que debido a la demanda y complejidad de la patología se han agrupado de acuerdo al interés de los médicos especialistas y que muchos de ellos han realizado subespecialidad ortopedia en ese campo: Estas son:
 - Clínica de Reemplazo articular los días viernes: Está conformada por 5 médicos incluido el Dr. Angulo de la O. Solamente un médico del equipo ha realizado estudios formales de sub-especialidad en reemplazo articular. Y otro médico que ha llevado varios cursos y pasantías cortas, que es el pionero de la clínica, pero que en 5 años estará pensionado.
 - Clínica de fijación externa y reconstrucción los días martes: Conformada por 3 médicos, ninguno cuenta con subespecialidad formal.
 - Clínica de cirugía artroscópica los días martes: En ella participan 4 médicos, 2 de los cuales cuentan con subespecialidad. Debido a la excelente formación profesional la cirugía artroscópica de ligamentos cruzados de rodilla y reparaciones de lesiones de hombro que anteriormente se realizaban con los pacientes hospitalizados se realiza en forma ambulatoria, lo que ha permitido movilizar la lista de espera, bajar costos en forma importante a la institución.
 - Clínica de columna los días miércoles: Es una clínica conjunta con Ortopedia y Neurocirugía en la cual participan 5 médicos, de los cuales 2 de los ortopedistas cuentan con la subespecialidad de columna.
 - Clínica de Tutores los días jueves: En ella participan dos médicos ortopedistas con subespecialidad en oncología musculo esquelética
- Cada médico especialista del servicio tiene asignado dos días quirúrgicos. Se han distribuido de tal manera que las diferentes cirugías de las subespecialidades puedan realizar cirugía. Todos los días se realiza cirugía de trauma y ortopedia general en las diferentes salas y todos los médicos están en capacidad de efectuarla. Para mejor comprensión adjunto tabla

Subespecialidad	Días que hay médicos asignados a sala que pueden realizar esa cirugía
Cirugía de Trauma	Toda la semana
Cirugía de Ortopedia General	Toda la semana
Reemplazo Articular	Lunes, Martes, Miércoles y Jueves
Fijación Externa	Lunes, Miércoles y Viernes
Cirugía Artroscópica	Lunes, Miércoles, Jueves y Viernes

Cirugía de Columna	Lunes, Martes (Jueves en sala de Neurocirugía)
Cirugía de Tutores y Reconstrucción	Lunes, Miércoles y Viernes

- El tiempo que va a realizar el Fellowship el Dr. Angulo no provoca que las listas de espera se incrementen más, debido a que los Miembros del Servicio de Ortopedia hemos asumido de recargo las funciones que hasta hoy realiza el doctor. De acuerdo a la programación existente del 1 de noviembre 2014 al 31 de julio 2015 se tenía la siguiente planificación:

Actividades Dr. Angulo De la O de 1 nov 2014 al 31 de julio 2015			
	Actividad	Pac/ día	No Pac.
Lunes	Consulta Externa de trauma	24	744
Martes y Jueves	Sala de Operaciones		
Miércoles	Consulta externa Ortopedia	24	620
Viernes	Sesión clínica servicio		
	Clínica de reemplazo		

La consulta se recargará 3.4 pacientes por médico de los 7 que ese día dan consulta. La cirugía de los martes y jueves. La programación de la cirugía se hace diariamente y se anotan los médicos que están asignados a sala de operaciones. Con respecto a reemplazo articular los días martes y jueves también están asignados los martes con Dr. Chaves y el Dr. Ruiz. Los jueves con el Dr. Ruiz y el Dr. Ovares que también realizan cirugía de reemplazo articular (...).

RECOMENDACIÓN Y PROPUESTA DE ACUERDO

La Gerencia Médica con base en la recomendación de la Dirección Ejecutiva del CENDEISS, conforme al oficio SABPE-1099-10-2014 de fecha 01 de octubre del 2014 y conforme a la información complementaria presentada por el Servicio de Ortopedia del Hospital San Juan de Dios, recomienda a la Junta Directiva aprobar la solicitud de beneficios para estudio para el Dr. Jimmy Angulo de la O ...”,

habiéndose hecho la respectiva presentación por parte de la doctora Cecilia Bolaños, Jefe del Servicio de Ortopedia del Hospital San Juan de Dios, con base en la recomendación de la señora Gerente Médico y del CENDEISS, según consta en el oficio número SABPE-1099-10-2014, del 01 de octubre del año 2014, la Junta Directiva –unánimemente- **ACUERDA** aprobar a favor del Dr. Jimmy Angulo de la O, cédula 5-0304-0843, Médico Especialista en Ortopedia y Traumatología del Hospital San Juan de Dios, permiso con goce de salario, en carácter de beca, del 30 de octubre del año 2014 al 01 de agosto del año 2015, para que realice una Subespecialidad en Cirugía Reconstructiva del Adulto, en la Universidad de Barcelona, en España.

Lo anterior, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 6° de la sesión N° 8509, celebrada el 26 de mayo del año 2011. El permiso con goce de salario lo asume la unidad de trabajo para la cual labora el citado profesional.

Queda entendido que no se realizará la sustitución del doctor Angulo de la O durante el tiempo de estudio y de que, tal y como consta en el mencionado oficio de la Gerencia Médica, número GM-SJD-47740-2014, en el que se hace referencia a la comunicación número FKT-682-14, fechada 27 de octubre del año 2014, que firma la Dra. Cecilia Bolaños Loría, Jefe del Servicio de Ortopedia del Hospital San Juan de Dios, y como ella misma lo ha explicado a la Junta Directiva: *“El tiempo que va a realizar el Fellowship el Dr. Angulo no provoca que las listas de espera se incrementen más, debido a que los Miembros del Servicio de Ortopedia hemos asumido de recargo las funciones que hasta hoy realiza el doctor”*.

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

Ingresa al salón de sesiones el doctor Manuel Navarro Correa, Director de la Unidad Técnica de Listas de Espera.

ARTICULO 47°

La señora Gerente Médico presenta el oficio N° GM-SJD-5707-2014, del 08 de octubre del año 2014, mediante el que se atiende lo resuelto en el artículo 20° de la sesión N° 8742 del 2 de octubre del año 2014, en relación con el informe referente a las listas de espera.

Seguidamente, la doctora Villalta Bonilla se refiere al tema en consideración, para lo cual se apoya en las láminas que se especifican:

- 1) LISTAS DE ESPERA
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
- 2) LAS LISTAS DE ESPERA SON PROPIAS DE TODOS LOS SISTEMAS DE SALUD PÚBLICA
 - Presentes en todos los países del mundo.
 - Lista de espera quirúrgica es la que posee más repercusiones públicas.
- 3) PROBLEMA
Dentro del conjunto de pacientes que espera para una cirugía electiva, los tiempos de espera pueden ser similares, en casos en que los pacientes suelen experimentar niveles diferentes de “necesidad”.

Los clínicos utilizan otros criterios implícitos para priorizar, pero son tan variables, que provoca inestabilidad y falta de transparencia en la gestión de la lista de espera.

4)



5)



6)



7)



8)



9)



10)



11) **ESTRATEGIAS DE ABORDAJE DE LISTAS DE ESPERA**

- 11. Promover Cirugía Mayor Ambulatoria en el Área Metropolitana, II turnos.
- 12. Salas en CAIS de Desamparados, Puriscal y Coronado.
- 13. Cirugía ambulatoria (hernias y vesículas).
- 13. Segundo turno hospitales: Max Peralta, Alajuela, Pérez Zeledón.
- 14. Indicadores para el cumplimiento de gestión de lista de espera.
- 15. Equipos itinerantes para la atención de las mamografías.

12) **ESTRATEGIAS DE ABORDAJE DE LISTAS DE ESPERA**

16. PRIORIZACIÓN DE LA LISTA DE ESPERA

- Busca atender más pronto a quien más lo necesita y a la vez al que obtenga más beneficio.

13)



14)



15)



16) **ESTRATEGIAS DE ABORDAJE DE LISTAS DE ESPERA**
16. PRIORIZACIÓN DE LA LISTA DE ESPERA

CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN - COLELITIASIS

- Definición de criterios:
 - Complejidad de la enfermedad.
 - Episodios previos de dolor.
 - Uso de recursos de salud durante la espera.
 - Riesgo de complicación de la patología por la espera.
 - Limitación de las actividades cotidianas.
 - Limitación para trabajar.

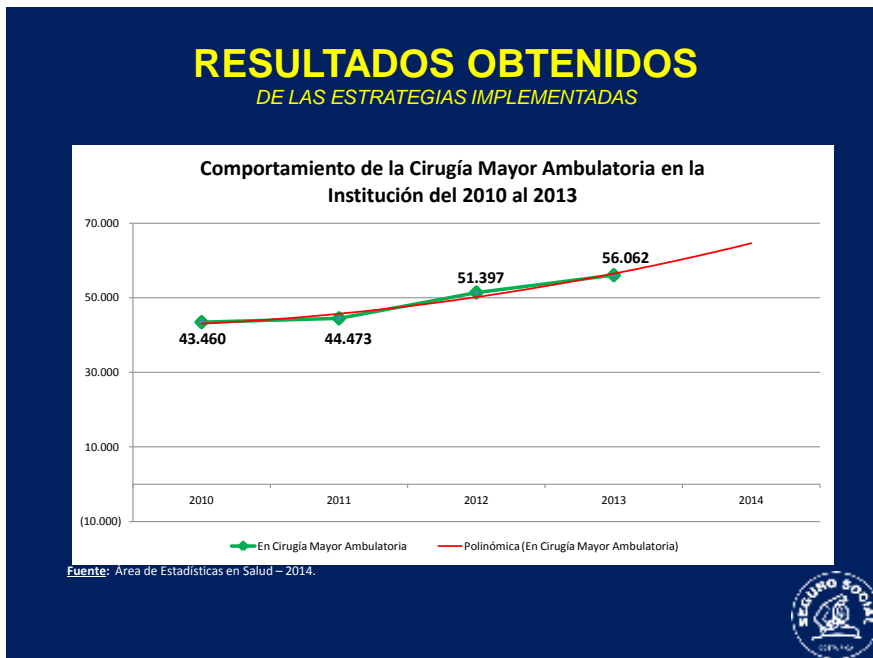
- Tener alguna persona a su cargo.
- Asignación de puntuaciones por categoría.

17) **RESULTADOS OBTENIDOS**
DE LAS ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS.

18)



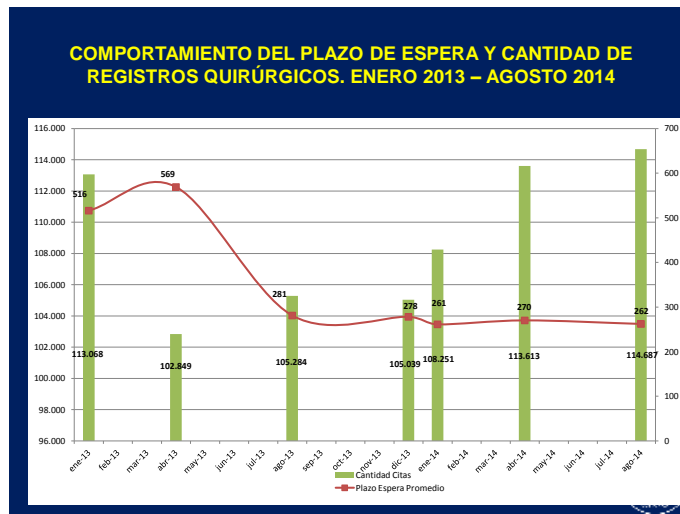
19)



20)



21)



22) Distribución porcentual de cirugías por turno laboral en las redes de servicios de salud

Red de Servicios	Atención de la lista	Atención de emergencias y hospitalización
Sur	54%	46%
Este	57%	43%
Noroeste	53%	47%
Comportamiento nacional	54%	46%

23)



24)



25)



26) **SITUACIÓN ACTUAL**
LISTA DE ESPERA QUIRURGICA
 Corte agosto 2014.

27)



28)

DETALLE POR ESTABLECIMIENTOS CRÍTICOS POR RED DE SERVICIOS Y MODALIDAD DE ATENCIÓN

Red de Servicios de Salud	Cirugía electiva	Establecimientos	Cirugía Ambulatoria	Establecimientos
Noroeste	11927	Hospital México y Hospital San Rafael de Alajuela	26308	Hospital San Rafael de Alajuela, Heredia y Puntarenas
Sur	16078	Hospital San Juan de Dios	8190	Hospital San Juan de Dios y Escalante Pradilla
Este	11999	Hospital de Limón y Hospital Calderón Guardia	10432	Hospital Calderón Guardia y Hospital de Cartago
Centros Especializado	6652	Hospital Nacional de Niños	466	Clinica Oftalmológica y CENARE

29)

LISTAS DE ESPERA POR RED DE SERVICIOS Y AÑO DE INGRESO

Red de Servicios de Salud	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total general
Sur	0,02%	0,24%	1,67%	2,84%	4,45%	7,42%	8,73%	25,37%
Este	0,04%	0,29%	0,77%	1,33%	2,52%	8,28%	11,42%	24,65%
Noroeste	0,09%	0,20%	0,66%	1,96%	6,13%	13,63%	19,21%	41,88%
Especializados	0,00%	0,21%	0,78%	1,11%	0,90%	2,07%	3,03%	8,10%
Total general	0,15%	0,93%	3,88%	7,23%	14,00%	31,40%	42,39%	100,00%

30)



31)



32) **PROPUESTA DE NECESIDADES PARA LA ATENCIÓN DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA**

REDES DE SERVICIOS

33)

PROPUESTA DE NECESIDADES: LA OFERTA Y LA DEMANDA RED SUR

Establecimientos	Listas de Espera	TUSH	Ingreso diario	Capacidad de intervenciones quirúrgicas	Capacidad Corregida TUSH ajustado	Brecha	Requisito	Propuesta (atención en 1 año del 40% de la Lista actual)	Turno
Red de Servicios de Salud Sur									
Hospital San Juan de Dios*	20.634	79	53	47	59	6	Mejorar la gestión de sala de operaciones.	7	II
Hospital Fernando Escalante Pradilla	7.626	84	18	16	19	1		1	I
Hospital Tomás Casas Casajus	21	45	2	2	4	2		3	I
Hospital Goffito	355	46	3	4	9	6			
Hospital Neilly	310	37	5	4	11	6			
Hospital San Vito	40	82	3	2	2	-1			
	28.986		84	75	105	21		Se requieren 11 Salas	



34)

PROPUESTA DE NECESIDADES: LA OFERTA Y LA DEMANDA RED ESTE

Establecimientos	Listas de espera	Tush	Ingreso diario	Capacidad de intervenciones quirúrgicas	Capacidad corregida TUSH ajustado	Brecha	Requisito	Propuesta (atención en 1 año del 40% de la lista actual)	Turno
Red de Servicios de Salud Este									
Hospital Dr. Rafael Calderón Guardia*	10.914	76	85	43	57	-28	Mejorar la gestión de la utilización de sala de operaciones.	6 requiere RH y equipo	I
Hospital Max Peralta Jiménez*	7.352	72	45	28	39	-6		3	II
Hospital Tony Facio Castro	6.630	72	20	11	15	-5		2	
Hospital Guápiles	1.942	80	10	6	8	-3		solo anestesiólogo	I
Hospital William Allen Taylor	1.319	80	8	8	10	2		1	I
Clinica de Coronado	27	12	2	9	NA	7		0	
	28.184		170	105	128	-42		se requiere 12 salas	



35)

PROPUESTA DE NECESIDADES: LA OFERTA Y LA DEMANDA RED NOROESTE

Establecimientos	Listas de Espera	TUSH	Ingreso diario	Capacidad de intervenciones quirúrgicas	Capacidad Corregida TUSH ajustado	Brecha	Requisito	Propuesta (atención en 1 año del 40% de la Lista actual)	Turno
Red de Servicios de Salud Noroeste									
Hospital México	8.728	88	56	42	48	-8	Mejorar la gestión de la utilización de sala de operaciones.	3	II
Hospital San Rafael de Alajuela*	12.733	83	30	25	30	0		4	II
Hospital San Vicente de Paúl*	9.974	55	31	16	29	-2		3	II
Hospital San Francisco de Asís	1.199	48	12	10	21	9			
Hospital Carlos Luis Valverde Vega	1.618	84	10	13	15	5			
Hospital Monseñor Sanabria	3.263	77	14	14	18	4		2 habilitar	I
Hospital Max Teráns Vals	380	44	2	4	9	7			
Hospital San Carlos	2.989	73	30	18	25	-12		1	II
Hospital Los Chiles	72	41	1	2	5	1			
Hospital Enrique Baltodano Briceño	4.265	96	22	23	24	1		1	II
Hospital La Anexión	2.866	57	10	8	14	-2		1 habilitar	I
Hospital de Upala	114	NA	NA	NA	NA	NA			
	48.201		218	175	238	-43			




36)

CONCLUSIÓN

RED DE SERVICIOS DE SALUD	TURNO		OBSERVACIONES
	I	II	
Sur	4	7	
Este	9	3	I turnos (2 de ellas solo anestesia, 6 requieren equipos y RRHH)
Noroeste	2	12	I turno (3 de ellas solo anestesia)
	15	22	
Total		37	

Costeo de equipos quirúrgicos 7,400 mil millones



37) **SITUACIÓN ACTUAL**
LISTA DE ESPERA CONSULTA EXTERNA
 Corte agosto, 2014.

38)



39)

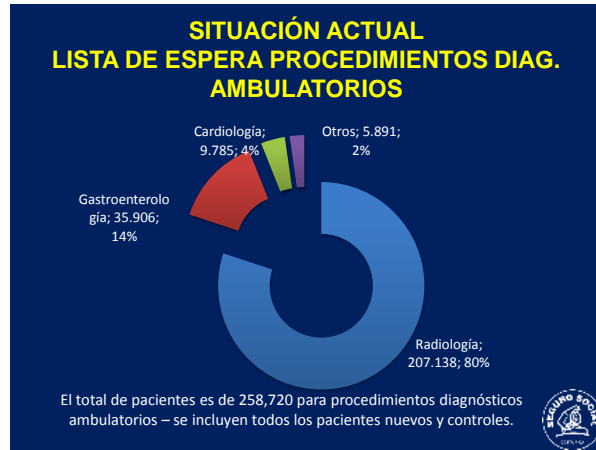


40)



41) **SITUACIÓN ACTUAL**
LISTA DE ESPERA PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS AMBULATORIOS
Corte agosto, 2014.

42)



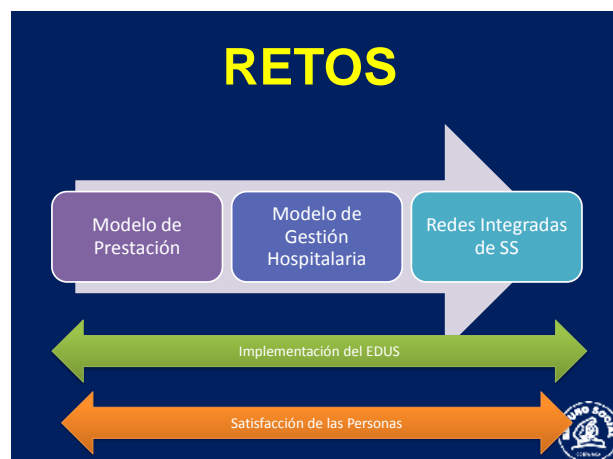
43)

SITUACIÓN ACTUAL
LISTA DE ESPERA CONSULTA EXTERNA

Especialidad / Procedimientos	Registros de citas
Radiología	207.138
Ultrasonidos	185.140
Mamografías	21.399
Otros	599
Gastroenterología	35.906
Gastroscoopia	29194
Colonoscopia	5960
Rectoscopia	752
Cardiología	9.785
Ecocardiograma	6169
Prueba de Esfuerzo	1119
Holter	2497
Otros	5.891
Total de citas	258.720

44) Retos.

45)



46)



47) *“Una seguridad social más eficiente en beneficio de nuestros pacientes”.*

El Director Gutiérrez Jiménez comenta que en lista de espera es muy marcado el tema de las quejas. Considera que ese tema se debe objetivizar mejor, porque a los Directores lo que les interesa es conocer, que se debemos de hacer para producir impacto en las listas de espera. Más que patologías, le produciría más satisfacción conocer, en este tema tan importante, cuáles son las propuestas concretas y los números reales.

El Director Alvarado Rivera manifiesta su preocupación dado que de acuerdo con la información que maneja, actualmente, existen 21.770 pacientes y el tiempo que llevan esperando ha sido muy prolongado.

Al respecto, señala la Gerente Médico que en esa Especialidad, existe mucha traumatología y los médicos que realizan guardias, no están operando todos los casos que se les presentan, porque los Anestesiólogos informan que no son emergencias. En ese sentido se está trabajando porque las emergencias, deben ser definidas por el médico y no por el Anestesiólogo.

Sobre el particular, indica la doctora Sáenz Madrigal que es una práctica que debe ser revisada, a modo de ejemplo, se presenta un caso de un paciente que tiene una fractura, denomínese de cadera, brazo o pierna, entre otros, y es una emergencia. Solo se le inmoviliza o se estabiliza y no se opera, sino que se programa para que la persona sea operada en la mañana, con las consecuencias que genera, como ejemplo, que las cirugías programadas no se pueden realizar. El paciente pasó cerca de ocho o más horas con fracturas. Se conoce que si la operación se realiza en el menor tiempo, se tendrán menores complicaciones y no se puede olvidar que, además, ese personal tiene una remuneración por esa labor que están dejando de atender. No obstante, considera que esa situación se presenta, porque existe alguna disposición de que el personal de guardia atiende la emergencia, de ahí que se estabiliza el paciente y para ellos desaparece la emergencia. El tema es muy importante, por lo que se debe revisar y ponerle mayor atención, dado que esa práctica permite el incremento de la lista de espera.

Aclara la doctora Villalta Bonilla que está para revisión el Reglamento de Disponibilidades Médicas, para luego presentarlo a la Junta Directiva. En cuanto a la práctica comentada por la doctora Sáenz, realmente no se encuentra documentada, pero se están tomando las acciones respectivas.

El licenciado Alvarado Rivera propone que se gire una directriz de tal manera, que cada Especialista asuma la responsabilidad; asimismo, la necesidad de revisar y / o cambiar los reglamentos en el menor tiempo y dar la solución de forma más oportuna, y en un término de ocho días, se presente la revisión de los reglamentos o la normativa. Anota que tiene la lista de espera y de cómo ha crecido en las diferentes patologías, de manera que, personalmente, considera que si al término de los cuatro años de ésta administración, se logra producir impacto en lo correspondiente a la lista de espera, será un éxito para la Institución, dado que viene a devolver la confianza al asegurado, en el sentido de que, efectivamente, se le está atendiendo y de que su aporte a la Seguridad Social es válido.

A continuación, doctor Navarro Correa se refiere a la Gestión de lista de espera quirúrgica, para lo cual se apoya en las láminas que se especifican:

- i) Caja Costarricense de Seguro Social
Gerencia Médica
Gestión de lista de espera quirúrgica
Agosto 2014
- ii) Hernias y vesículas.
- iii)

**LISTA DE ESPERA DE HERNIAS POR CENTRO MEDICO Y AÑO DE REGISTRO
CORTE 31 DE AGOSTO DEL 2014**

CENTROS MEDICOS	AÑO DE REGISTRO							TOTAL GENERAL
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
<u>TOTAL GENERAL</u>	<u>1</u>	<u>6</u>	<u>87</u>	<u>505</u>	<u>1.490</u>	<u>3.928</u>	<u>4.836</u>	<u>10.853</u>
Hospital México	--	--	--	5	85	438	318	846
Hospital San Juan de Dios	--	--	67	359	391	525	666	2.008
Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia	--	--	3	31	120	652	541	1.347
Hospital Max Peralta Jiménez	--	--	--	--	12	130	461	603
Hospital Enrique Baltodano Briceño	--	--	--	--	1	187	341	529
Hospital de La Anexión	--	--	--	--	7	92	140	239
Hospital San Carlos	--	--	--	--	--	1	101	102
Hospital Los Chiles	--	--	--	--	--	--	28	28
Hospital Monseñor Sanabria	--	--	--	27	108	318	191	644

Hospital Max Terán Valls	--	--	--	--	3	9	32	44
Hospital San Rafael de Alajuela	--	6	17	41	137	392	328	921
Hospital San Vicente de Paúl	--	--	--	40	454	551	445	1.490
Hospital Carlos Luis Valverde Vega	--	--	--	--	16	85	116	217
Hospital Fernando Escalante Pradilla	1	--	--	2	129	207	147	486
Hospital Ciudad Neily	--	--	--	--	--	--	79	79
Hospital Golfito	--	--	--	--	--	5	44	49
Hospital Tomás Casas	--	--	--	--	--	--	0	0
Hospital San Vito	--	--	--	--	--	--	6	6
Hospital San Francisco de Asís	--	--	--	--	--	--	131	131
Hospital William Allen Taylor	--	--	--	--	--	55	128	183
Hospital Tony Facio	--	--	--	--	27	156	327	510
Hospital de Guápiles	--	--	--	--	--	125	264	389
Clínica de Coronado	--	--	--	--	--	--	2	2

Fuente: Unidad Técnica de Listas de Espera, C.C.S.S.

iv)

LISTA DE ESPERA DE VESICULAS POR CENTRO MEDICO Y AÑO DE REGISTRO CORTE 31 DE AGOSTO DEL 2014

CENTROS MEDICOS	AÑO DE REGISTRO						TOTAL GENERAL
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
<u>TOTAL GENERAL</u>	<u>10</u>	<u>118</u>	<u>519</u>	<u>907</u>	<u>3.142</u>	<u>3.788</u>	<u>8.484</u>
Hospital México	--	--	2	27	405	334	768
Hospital San Juan de Dios	--	54	300	312	428	622	1.716
Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia	--	7	38	93	669	631	1.438
Hospital Max Peralta Jiménez	--	--	--	--	46	291	337
Hospital Enrique Baltodano Briceño	--	--	--	--	157	248	405
Hospital de La Anexión	--	--	--	16	80	142	238
Hospital San Carlos	--	--	--	--	3	74	77
Hospital Los Chiles	--	--	--	--	--	26	26
Hospital Monseñor Sanabria	--	--	52	124	218	144	538
Hospital Max Terán Valls	--	--	--	1	12	54	67
Hospital San Rafael de Alajuela	9	57	124	202	339	222	953
Hospital San Vicente de Paúl	--	--	--	--	212	128	340

Hospital Carlos Luis Valverde Vega	--	--	--	15	115	161	291
Hospital Fernando Escalante Pradilla	1	--	2	103	162	124	392
Hospital Ciudad Neily	--	--	--	--	--	3	3
Hospital Golfito	--	--	--	--	11	75	86
Hospital Tomás Casas	--	--	--	--	--	0	0
Hospital San Vito	--	--	--	--	--	5	5
Hospital San Francisco de Asís	--	--	--	--	--	88	88
Hospital William Allen Taylor	--	--	--	--	22	78	100
Hospital Tony Facio	--	--	1	14	115	135	265
Hospital de Guápiles	--	--	--	--	148	202	350
Clínica de Coronado	--	--	--	--	--	1	1

Fuente: Unidad Técnica de Listas de Espera, C.C.S.S.

v) **Movimiento de la lista de espera**
Red de Servicios
Agosto 2014.

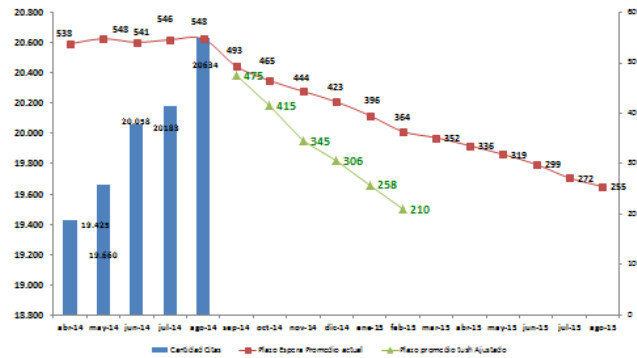
vi)

Movimiento de listas de espera quirúrgica - Red Sur Enero – Agosto 2014

Establecimientos / Años	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total general
Hospital San Juan de Dios					90	1522	2619	3497	5875	7031	20634
				10	233	375	459	708	2182	1166	6133
				0%	4%	8%	7%	12%	42%	26%	
Hospital Fernando Escalante Pradilla				26	182	387	625	1.781	2.536	2.289	7.626
		10	57	89	71	24	84	225	456	462	1589
		1%	4%	6%	4%	2%	5%	21%	28%	28%	
Hospital Tomás Casas Casajus										21	21
								1	27	236	264
								0%	10%	89%	
Hospital Golfito								2	64	289	355
									196	212	408
									48%	52%	
Hospital Neilly										309	310
								1	213	432	646
								0%	33%	67%	
Hospital San Vito										40	40
									42	362	404
									10%	90%	
Cantidad total de registros	0	0	26	272	1909	3244	5080	8476	9979	28986	
Resueltos por años Red Sur	10	57	99	304	599	543	1045	3516	3271	9444	
	0,1%	1%	1%	3%	6%	6%	11%	37%	35%		

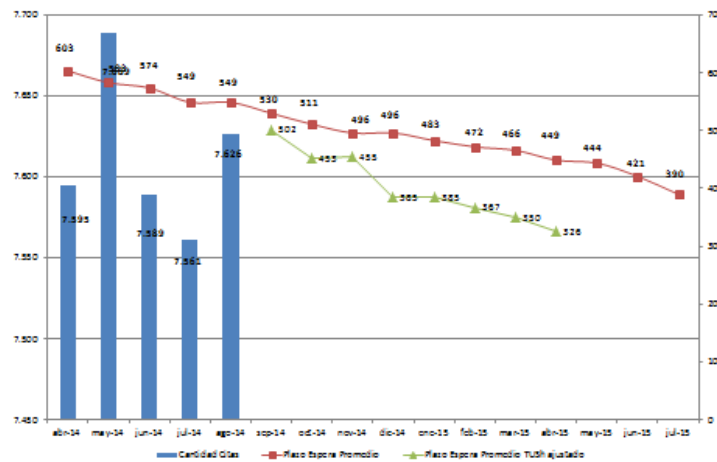
vii)

Simulación de gestión quirúrgica TUSH actual y ajustado Hospital San Juan de Dios



viii)

Simulación de gestión quirúrgica TUSH actual y ajustado Hospital Fernando Escalante Pradilla



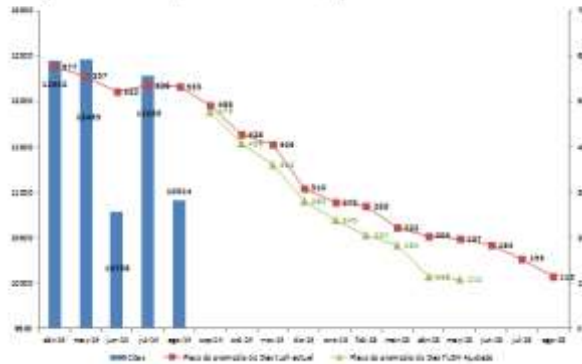
ix)

Movimiento de listas de espera quirúrgica – Red Este
Enero – Agosto 2014

Establecimientos / Años	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total general		
Hospital Dr. Rafael Ángel Caderón				43	329	880	1070	1238	2929	4445	10914		
Guardiá		6	62	131	497	624	801	1266	8831	12018			
		0%	1%	1%	4%	5%	5%	11%	73%				
Hospital Max Peralta Jiménez						20	481	854	2.731	3.316	7.322		
						13	80	181	1076	2854	4204		
						0%	2%	4%	26%	68%			
Hospital Tony Facio Castro								17	744	2823	3016	6630	
					1	4	116	1113	909	217	2362		
					0,0%	0,2%	5%	47%	38%	9%			
Hospital Guápiles									41	632	1269	1942	
									29	97	441	337	904
									3%	11%	48%	37%	
Hospital William Allen Taylor									2	314	1003	1319	
									18	600	263	881	
									2%	68%	30%		
Cantidad total de registros	0	0	0	43	329	880	1516	2879	9461	13049	28157		
Resueltos por años Red Este	0	6	62	132	514	849	2012	4292	12502	20369			
		0,0%	0,0%	0,3%	0,6%	2,5%	4,2%	9,9%	21,1%	61,4%			

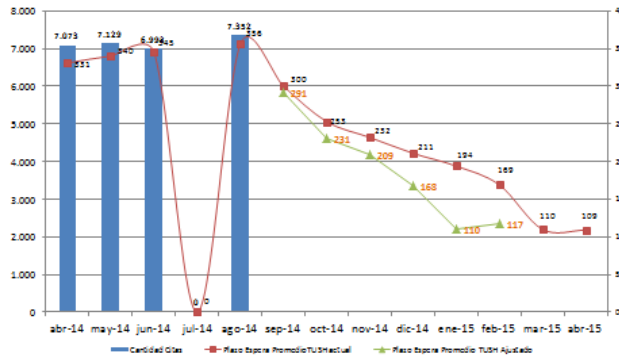
x)

Simulación de gestión quirúrgica TUSH actual y ajustado Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia



xi)

Simulación de gestión quirúrgica TUSH actual y ajustado Hospital Max Peralta Jiménez



xii) Movimiento de listas de espera quirúrgica – Red Noroeste Enero – Agosto 2014.

xiii)

Establecimiento/Año	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TDRF general	
Hospital México		1	3	108	168	302	603	1368	2388	3792	8717	
		0%	0%	0%	0%	0%	1%	3%	20%	51%	7024	
Hospital San Rafael de Alajuela				59	428	1157	2342	4900	9004	12793		
	1	1	2	38	70	72	184	600	1032	788	3794	
	0%	0%	0%	1%	3%	3%	7%	21%	37%	28%		
Hospital San Vicente de Paul								177	1790	4949	9974	
								0%	100%	100%	5102	
Hospital San Francisco de Asís												
Hospital Carlos Luis Velasco Vega												
Hospital Monsenor Sarabia												
Hospital Max Torres yalls												
Hospital San Carlos												
Hospital Los Chiles												
Hospital Enrique Ballarín Escobedo												
Hospital La Ampinón												
Hospital Usulután												
Cantidad total de registros	0	0	108	225	754	2239	7008	13567	21949	47848		
Registros por años Red Noroeste	2	3	44	114	778	1424	6602	12138	11719	32827		
			0,0%	0,0%	0,1%	0,3%	2,4%	4,3%	20,1%	37,0%	35,7%	

xiv)



xv)



xvi)

Movimiento de listas de espera quirúrgica – Centros Especializados Enero – Agosto 2014

Establecimientos / Años	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total general	
Hospital Nacional de Niños					239	892	1260	921	2112	1830	7254	
				6	36	61	140	151	669	467	1540	
				0%	2%	4%	9%	10%	43%	30%		
CENARE								4	137	392	533	
								3	180	180	363	
								1%	50%	50%		
Hospital de Las Mujeres								17	57	235	309	
								1	78	401	1277	
								0,1%	6,1%	31%	62%	
Clínica Oftalmológica								6	32	15	557	610
								3	0	6	406	2479
								0%	0%	0%	16%	83%
Hospital Nacional de Geriátrica								57	49	444	550	
								32	166	349	547	
								6%	30%	64%		
Cantidad total de registros	0	0	0	239	892	1266	1031	2370	3458	9256		
Resueltos por años Red Sur	0	0	6	36	64	141	270	1822	3857	6206		
			0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,3%	0,7%	1,3%	8,9%	18,9%	

xvii) Redes de servicios.

xviii)

PROPUESTA DE NECESIDADES: LA OFERTA Y LA DEMANDA
RED SUR

Establecimientos	Listas de Espera	TUSH	Ingreso diario	Capacidad de intervenciones quirúrgica	Capacidad Corregida TUSH ajustado	Brecha
Red de Servicios de Salud Sur						
Hospital San Juan de Dios*	20.634	79	53	47	59	6
Hospital Fernando Escalante Pradilla	7.626	84	18	16	19	1
Hospital Tomás Casas Casajus	21	45	2	2	4	2
Hospital Golfito	355	46	3	4	9	6
Hospital Neilly	310	37	5	4	11	6
Hospital San Vito	40	82	3	2	2	-1
	28.986		84	75	105	21

xix)

PROPUESTA DE NECESIDADES: LA OFERTA Y LA DEMANDA
RED ESTE

Establecimientos	Listas de espera	Tush	Ingreso diario	Capacidad de intervenciones quirúrgica	Capacidad corregida tush ajustado	Brecha
Red de Servicios de Salud Este						
Hospital Dr. Rafael Calderón Guardia*	10.914	76	85	43	57	-28
Hospital Max Peralta Jiménez*	7.352	72	45	28	39	-6
Hospital Tony Facio Castro	6.630	72	20	11	15	-5
Hospital Guápiles	1.942	80	10	6	8	-3
Hospital William Allen Taylor	1.319	80	8	8	10	2
Clínica de Coronado	27	12	2	9	NA	7
	28.184		170	105	128	-42

xx)

PROPUESTA DE NECESIDADES: LA OFERTA Y LA DEMANDA
RED NOROESTE

Establecimientos	Listas de Espera	TUSH	Ingreso diario	Capacidad de intervenciones quirúrgica	Capacidad Corregida TUSH ajustado	Brecha
Red de Servicios de Salud Noroeste						
Hospital México	8.728	88	56	42	48	-8
Hospital San Rafael de Alajuela*	12.733	83	30	25	30	0
Hospital San Vicente de Paúl*	9.974	55	31	16	29	-2
Hospital San Francisco de Asís	1.199	48	12	10	21	9
Hospital Carlos Luis Valverde Vega	1.618	84	10	13	15	5
Hospital Monseñor Sanabria	3.263	77	14	14	18	4
Hospital Max Teráns Vals	380	44	2	4	9	7
Hospital San Carlos	2.989	73	30	18	25	-12
Hospital Los Chiles	72	41	1	2	5	1
Hospital Enrique Baltodano Briceño	4.265	96	22	23	24	1
Hospital La Anexión	2.866	57	10	8	14	-2
Hospital de Upala	114	NA	NA	NA	NA	NA
	48.201		218	175	238	-43

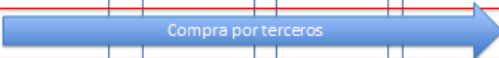
xxi) Alternativa de abordaje en cirugías
Cirugías Ambulatorias
2015 – 2018.

xxii) Condiciones para el cumplimiento de la meta

- Se deberá mantener la dotación de RRHH de quirófanos, en los 143 sala de operaciones habilitadas.
- Para la sostenibilidad de la meta en el tiempos, anualmente se deberá formar RRHH para 36 quirófanos en I y II turno como se detalla en el cuadro correspondiente.
- Se recomienda suspender cualquier acto de reducción de jornada o revertir los permisos otorgados.
- Se debe actualizar el estudio de brecha para el resto de especialidades quirúrgicas.

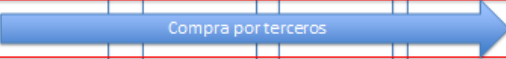
xxiii)

Escenario Inicial

	2015	2016	2017	2018
Metas Disminución del 40% del plazo de espera CMA (228 días a 137 días)	<ul style="list-style-type: none"> • Condiciones para el cumplimiento, mantener el mismo número de horas contratadas en los 143 quirófanos habilitados, en jornadas ordinarias. • Establecimientos atendiendo pacientes de la lista, con mayores plazos y dando prioridad a la patología oncológica y cardiovascular. • Apertura paulatina de 36 quirófanos entre el año 2015 y el 2018 en I y II turno. • Suspensión de reducciones de jornadas. 			
Presupuesto Total: 69,6 millones	15,9 mil millones 40,000 Cx y 80,000 CEPT	16,9 mil millones 40,000 Cx y 80,000 CEPT	17,9 mil millones 40,000 Cx y 80,000 CEPT	18,9 mil millones 40,000 Cx y 80,000 CEPT
Instrumento de compra				
Riesgos	Ausencia de oferentes. Fuentes de financiamiento Incremento en el ingreso de la prescripción de CMA.			

xxiv)

Escenario Inicial - modificado.

	2015	2016	2017	2018
Metas Disminución del 40% del plazo de espera CMA (228 días a 137 días)	<ul style="list-style-type: none"> • Condiciones para el cumplimiento, mantener el mismo número de horas contratadas en los 143 quirófanos habilitados, en jornadas ordinarias. • Establecimientos atendiendo pacientes de la lista, con mayores plazos y dando prioridad a la patología oncológica y cardiovascular. • Apertura paulatina de 36 quirófanos entre el año 2015 y el 2018 en I y II turno. • Suspensión de reducciones de jornadas. 			
Presupuesto 69,6 mil millones	0 millones	17,4 mil millones 30,000 Cx y 60,000 CEPT	26,1 mil millones 45,000 Cx y 90,000 CEPT	26,1 mil millones 45,000 Cx y 90,000 CEPT
Instrumento de compra				
Riesgos	Ausencia de oferentes. Fuentes de financiamiento Incremento en el ingreso de la prescripción de CMA.			

xxv)

Escenario 2
Recursos propios CCSS – jornada de producción

	2015	2016	2017	2018
Metas Disminución del 40% del plazo de espera CMA (228 días)	<ul style="list-style-type: none"> • Condiciones para el cumplimiento, mantener el mismo número de horas contratadas en los 143 quirófanos habilitados, en jornada ordinaria. • Establecimientos atendiendo pacientes de la lista, con mayores pisos y dando prioridad a la patología oncológica y cardiovascular. • Apertura paulatina de 38 quirófanos entre el año 2015 y el 2018 en I y II turno. • Suspensión de reducciones de jornadas. 			
Presupuesto 84 mil millones	21,0 mil millones 40,000 Cx y 80,000 CEYT	21,0 mil millones 40,000 Cx y 80,000 CEYT	21,0 mil millones 40,000 Cx y 80,000 CEYT	21,0 mil millones 40,000 Cx y 80,000 CEYT
Instrumento de compra	Modelo de pago de jornada quirúrgica de producción – Condicionada que se atienda exclusivamente pacientes de la lista			

xxvi)

Escenario 2
Recursos propios CCSS y Terceros

	2015	2016	2017	2018
Metas Disminución del 40% del plazo de espera CMA (228 días)	<ul style="list-style-type: none"> • Condiciones para el cumplimiento, mantener el mismo número de horas contratadas en los 143 quirófanos habilitados, en jornada ordinaria. • Establecimientos atendiendo pacientes de la lista, con mayores pisos y dando prioridad a la patología oncológica y cardiovascular. • Apertura paulatina de 38 quirófanos entre el año 2015 y el 2018 en I y II turno. • Suspensión de reducciones de jornadas. 			
Presupuesto 46,5 mil millones	10,1 mil millones 20,000 Cx	15,6 mil millones 30,000 Cx	13,0 mil millones 25,000 Cx	7,8 mil millones 15,000 Cx
75,6 mil millones	Recursos Propios CCSS Consulta control lo asume la Institución Recursos por Terceros			
29,1 mil millones	4,2 mil millones 10,000 Cx y 20,000 CEYT	6,2 mil millones 15,000 Cx y 30,000 CEYT	8,4 mil millones 20,000 Cx y 40,000 CEYT	10,3 mil millones 25,000 Cx y 50,000 CEYT
Riesgos	Ausencia de oferentes. Fuentes de financiamiento Incremento en el ingreso de la prescripción de CMA.			

xxvii)

Apertura de quirófanos para cirugía mayor ambulatoria en jornada ordinaria 2015 - 2018

Año de Implementación	2015	2016	2017	2018
Anestesia I	4	2	4	4
Anestesia II	6	7	5	4
I turno				
II turno				
Costo de los equipos anuales	€2.085.415.706	€1.876.874.136	€1.876.874.136	€1.668.332.565
Producción proyectada	2015	2016	2017	2018
I turno	6250	7625	12175	17525
II turno	7500	14900	19575	23450
Total	13750	22525	31750	40975

xxviii)

**Apertura de quirófanos para cirugía mayor
ambulatoria en jornada ordinaria
2015 - 2018**

Año de Implementación	2015	2016	2017	2018	
Anestesia I	4	2	4	4	
Anestesia II	6	7	3	4	
I turno					
II turno					
Costo de los equipos anestésicos					
Producción proyectada	2015	2016	2017	2018	
I turno	6250	7625	12175	17525	
II turno	7500	14900	19575	23450	
Total	13750	22525	31750	40975	
Producción proyectada		2016	2017	2018	2019
I turno		6250	7625	12175	17525
II turno		7500	14900	19575	23450
Total		13750	22525	31750	40975

xxix) Monitoreo y control
Gerencia Médica – UTLE

- Jornada ordinaria
 - Continuidad de Indicadores de Gestión Quirúrgica.
 - Programación de la lista de espera.
 - Programación de registros de pacientes más antiguos.
- Jornada Extraordinaria o por terceros
 - Programación de la lista
 - En el caso de jornadas de producción, no se cancela la jornada en la cual algún paciente no sea de la lista.

A propósito de una inquietud, el doctor Navarro Correa señala que la Normativa para el pago del tiempo extraordinario de la Gerencia Administrativa, define que la guardia es, exclusivamente, para la permanencia del médico y la atención de emergencias.

En atención a una consulta de la señora Presidenta Ejecutiva, refiere la doctora Villalta que en el Hospital de Puntarenas existe la dotación de camas. No obstante, la mayor parte de la lista de espera de ese Hospital, es de cirugía ambulatoria.

Comenta el Director Fallas Camacho que se debe considerar que son muchos los elementos que se requieren para la atención de los pacientes, cada centro tiene su propio nivel de competencia. En este momento, se tienen identificadas una serie de dificultades tales como: faltan los arcos en C, lámparas, especialistas, salas de operación, se deben tener las camas apropiadas para los pacientes que requieran de recuperación o de cuidados intensivos. Se pregunta, si con la estructura actual, se puede enfrentar el crecimiento de pacientes que ingresan cada día.

A modo de pregunta, el licenciado Alvarado Rivera comenta que sí se atiende más rápidamente a un paciente, el tiempo de uso de cama es mucho menor.

Sobre el particular, contesta la Villalta que sí.

Continúa don Renato Alvarado y señala que la visión de la Caja debe ser garantizar la eficiencia de la producción para acortar la estancia hospitalaria, por ejemplo, conoce el caso de un paciente de ortopedia que lo operaron y se le cayeron los tornillos de la cirugía y en lugar de intervenirlos quirúrgicamente con una orden de urgencia, fue incluido en la lista de espera y hace seis meses está a la espera de que se le realice la cirugía.

Refiere la doctora Sáenz Madrigal que una vez que se fortalezca la Red de Servicios de la Central Sur y una vez que esté funcionando con todos los elementos señalados por el Dr. Fallas Camacho, sería muy importante analizar si la estrategia que se está implementado y la directriz indicada, cumple con la expectativa que se espera.

Interviene el Director Loría Chaves y comenta que este tema no es tan sencillo y narra el siguiente ejemplo; un paciente con una hernia de baja complejidad se traslada a la Clínica de Coronado, el paciente produce una cardiopatía en la Clínica, por lo que no lo operan porque si se complica se requiere que esté en un hospital, lo menciona porque son varios factores los que inciden. Además, se ha deliberado suficiente de que la baja complejidad, no debe de estar en hospitales del tercer nivel, porque los costos son más elevados, así como tampoco la solución es que las áreas de salud cuenten con salas de operaciones, porque no todas tienen las mismas necesidades. Considera que se deben de analizar las patologías de las listas de espera, con el fin de determinar cuáles son incapacitantes y atender los pacientes de inmediato, para evitar pagar recursos económicos en subsidios e, incluso, podría ser pagar, por ejemplo, en Coopesaín para que se realicen las cirugías a un costo más cómodo. Estima que es importante que se revise el tema de los médicos de empresa, medicina mixta y el de las cooperativas, con el propósito de dar solución concreta a esta situación.

La señora Presidenta Ejecutiva señala que en este momento se tienen dos problemas, el primero, las listas de espera que se existen desde el año 2009 y el segundo, como evitar que los nuevos ingresos sean más que la capacidad que se tiene para resolver.

Respecto de lo comentado por la doctora Sáenz, recuerda el licenciado Gutiérrez Jiménez una experiencia parecida que se tuvo en la Comisión del Consumidor, todos se cuestionaban como adelantar las resoluciones de los casos que venían desde el año 2007 - en su momento-, ya que está comprobado que no existe manera de que el sistema absorba y suprima la lista, así que si se tiene esa variable, se debe proceder diferente, porque cada vez es mayor la demanda, las necesidades, la falta de gestión, la depuración de la lista, eventualmente, la irresponsabilidad de algunos funcionarios que no hacen lo correspondiente. Le parece que una opción podría ser, por ejemplo, conformar equipos de profesionales ortopedistas, al que se les facilite los medios requeridos y se desplacen al Hospital San Juan de Dios con lineamientos específicos, como ilustración, deben operar a los pacientes de los años 2009 al 2010 y así, sucesivamente. Por otro lado, solicita que se presente un informe que contenga un detalle de lo que tenían antes, todo lo que se ha realizado y lo que falta por atender.

El licenciado Alvarado Rivera coincide, parcialmente, con lo señalado por don Adolfo Gutiérrez y alude al refrán “estos son los bueyes que tenemos y con ellos tenemos que arar”, o sea, no es construir determinado número de salas de operaciones, porque no se tienen los recursos, ni el

equipo, ni los especialistas, en otras palabras no se soluciona el problema. Sin embargo, se podría comprar un equipo especial, por ejemplo, para que se atiendan los segundos turnos en ese Hospital. En ese sentido, se podría producir impacto en la lista de espera. Por otro lado, indica que le gustaría tener un proceso como el mencionado con fechas y nombres de los responsables, en el que se indique que deben de atender y la capacidad instalada que se tiene, para resolver.

Ante una duda, por parte de don Adolfo aclara el doctor Navarro que de los 10.000 pacientes que ingresan por mes (suma que se ha incrementado en los últimos meses), 4.600 corresponden a cirugía ambulatoria, el resto son electivas, o sea, se atienden de manera que no se produzca impacto en la consulta externa, puede variar por cantidad pero, generalmente, las patologías más altas son cirugías, ortopedia, oftalmología y ginecología.

La doctora Sáenz solicita aclaración sobre lo que señaló el doctor Navarro, en el sentido de que electivo y ambulatorio, no son excluyentes.

Al respecto, el Dr. Navarro indica que lo comentó porque la estrategia es para atender cirugías ambulatorias, sin embargo, el compromiso no es solo monitorear cirugías de esa naturaleza, sino ambas, incluye las electivas hasta donde se logre con el giro cama y en un segundo turno, atender la cantidad de pacientes por año y de esta manera, disminuir el plazo en un 40% de 228 a 137 días por año y que se mantenga. Aclara que con ese procedimiento no se disminuye la lista de espera, si no el plazo de espera porque, efectivamente, continúa el ingreso de 10,000 nuevos pacientes por mes. Por otro lado, en relación con los costos de los diferentes escenarios, están realizados con el modelo tarifario en el que, el más frecuente, así como el costo de la cirugía ambulatoria es más elevado en un monto de trescientos diez mil colones del segundo semestre de este año. El uso de la cirugía vespertina para atender a toda la población de los 40.000 pacientes, trabajando en 22 salas los 365 días, con la desventaja de que el costo es excesivamente alto, la ventaja de cerrar la reducción de jornada, es que se recupera el recurso humano que está fuera y eso aumentaría la producción. No obstante, el riesgo de vender por terceros puede generar una migración masiva de los especialistas con que cuenta la Institución.

En cuanto a una pregunta del licenciado Alvarado Rivera tendiente a conocer si se tiene el dato de cuántos de los cirujanos funcionarios de la Institución, laboran también en el sector privado responde la doctora Villalta que casi todos.

Continúa don Renato Alvarado y manifiesta que esa situación no le satisface, porque es muy riesgosa. Le parece que la propuesta debe indicar que se va a repartir los pacientes de la lista de espera, entre los sectores público y privado y son los mismos cirujanos los que practican las cirugías. No lo considera sano, así como que la preocupación del Dr. Devandas Brenes acerca de la privatización de la salud pública del país, y mucho menos que sea la Caja, la que realice la propuesta de participación a la empresa privada que vende salud. Le parece que, eventualmente, podría ser un negocio como el que, en apariencia, se dio anteriormente con el tema de Radiología, no le parece que se ponga en riesgo el concepto de Seguridad Social, porque además no se ha discutido a fondo si la Caja va a querer tener un servicio mixto de prestación de salud, donde se participe a la parte privada y que la Institución decida pagar, por esa parte de servicios privados.

Por su parte, la Gerente Médico manifiesta que estos escenarios son solamente un ejercicio. La propuesta original es ir abriendo las salas por cada uno de los años, en este momento, no se tiene

conocimiento, acerca de si el sector privado tiene la capacidad de sacar la lista de espera que tiene la Institución y que esperarían que no sea así. La idea es dejar claro que la lista de espera no ha sido posible que avance y las medidas que se han tomado, son solo medidas paliativas sino que se han priorizado algunas patologías, pero para producir impacto sobre este tema, se debe de contar con más recursos y abrir más salas de operaciones.

Comenta el doctor Navarro que el recurso que se dota en un año se forma en sala de operaciones. El escenario presentado está depurado, inclusive, las vacaciones profilácticas de los Anestesiólogos, de manera que se atenderían las 40.000 consultas hasta el año 2019. Sin embargo, en el ejercicio realizado del año 2016 al año 2019, se ahorrarían diecisiete mil millones de colones netos, de la propuesta de recursos propios que era de, aproximadamente, ochenta y dos mil millones de colones. También se puede medir y detener la estrategia en el momento indicado, si se produce un aumento en la formación de anestesiólogos.

Aclara la doctora Sáenz Madrigal que este es un tema de fondo, no obstante, la presentación de hoy es solo para discusión y no para la toma de decisiones. Solicita el envío del documento completo que respalde la presentación, para el análisis de la Junta Directiva y que la Gerencia Médica lo presente, nuevamente, con propuestas u opciones concretas. Entre ellas la revisión de la normativa, uso del segundo turno y otras acciones.

El Director Alvarado Rivera menciona que de acuerdo con la información, se tienen en espera las siguientes patologías; cirugía general 27,000, en ginecología 12.900, en oftalmología 15.700, en ortopedia 21.700 y en urología 11.700 pacientes. En la línea de don Adolfo se podrían tomar dos decisiones para producir un impacto en la especialidad que se tienen menos pacientes en lista de espera, tales como cardiología que son 115 y en Cardiovascular 845 personas. Son niveles de complejidad más altos y para producir impacto se deben dedicar mayores recursos, a cirugías de esa naturaleza; a lo mejor se puede rescatar, a modo de ejemplo, unos diez pacientes que están próximos a fallecer, definitivamente, es muy valioso, pero que a su vez puede afectar a una masa de población que se debe atender, casi de un 60% ó 70%. Análisis de esta naturaleza son los que le determinar en las propuestas. Con este informe, la Junta Directiva podría realmente analizar y tomar decisiones que produzcan impacto, definitivamente, en la atención al usuario del servicio y recuperar la confianza que se ha perdido en la Institución. De tal manera que cuando la Caja le indique al usuario que debe de aportar una suma mayor, lo haga con gusto, porque es un paciente satisfecho con la atención que recibe por parte de la Institución. Asimismo, manifiesta que si esta administración logra producir impacto efectivo y eficaz, en este tema se dará por satisfecho su paso por la Caja, al determinar que la sostenibilidad financiera de la Caja es reforzada por la satisfacción del usuario y no, como el día de hoy que se escucha la inconformidad por la no atención. Le preocupa, por ejemplo, que la lista de espera en cirugías tiene catorce años y aún más, que un paciente tenga un documento donde el médico indica que su operación es urgente y tiene seis u ocho meses esperando la operación y no se le atiende, es inhumano, se pierde el rostro humano del que tanto se ha esforzado en imponerse en la Institución. Reconoce que una mega tarea, pero será insistente con este tema, que a su parecer si se corrige, se logrará resolver muchos otros problemas de la Caja.

El Director Fallas Camacho comenta que se existen 143 salas de cirugías disponibles a nivel nacional, 10.000 pacientes que ingresan mensualmente a la lista de espera, haciendo uso de las matemáticas, en forma simple se puede indicar que trabajando los 30 días del mes, se operarían

2.8 pacientes por cada sala, si se trabaja 22 días al mes, se intervendrían quirúrgicamente 4.2 pacientes por sala, estos aspectos lo hacen pensar en la distribución y la racionalidad del uso del recurso. Observa que, incluso, faltan algunas especialidades que no se tocan como cáncer y corazón, de manera que le parece “que con los recursos que se tienen, la Institución no está en la capacidad de resolver los problemas que enfrenta”, con los datos que presenta la Gerencia Médica acerca de los nuevos ingresos que hacen fila para una cirugía. No obstante, no se preocuparía por dar atención a la totalidad de la lista, sino que se concentraría en los graves problemas y quizás son los de un costo más elevado, como ejemplo, una cirugía de ortopedia, de cáncer, de corazón y agrupar las otras patologías, para atender fuera de la Institución, si es que se aprueba por parte del Órgano Colegiado. A manera de recomendación, solicita a la Gerencia Médica que presenten una propuesta con opciones de soluciones y que a su vez, sea por grupos de patologías, cuáles se pueden hacer en los sectores privados y cuáles no, así como el costo de la racionalidad, la procedencia del paciente y no del hospital donde está.

El Director Loría Chaves manifiesta que después de la presentación y la amplia deliberación, se tiene una mayor claridad acerca de cuál es la situación actual en este tema, sin embargo; es necesario ordenar algunas cosas antes de impulsar nuevas acciones y considera importante iniciar definiendo desde la Gerencia Médica que tipo de cirugías debe de atender un hospital nacional, regional, local, y cuáles un Áreas de Salud” de acuerdo a sus capacidades y competencias. Es importante, definir normas para que por ejemplo; un hospital nacional se limite a realizar las cirugías complejas y a su vez de alto costo económico, y así sucesivamente con los demás hospitales. Además, en el diagnóstico de lista de espera el 70% como dijo el Lic. Renato se encuentra en procedimientos (ultrasonidos, mamografías, rayos x, gastroscopias, etc.) y cirugías ambulatorias, si ya se tiene claro que esas atenciones se pueden realizar fuera de un hospital nacional, entonces se debe direccionar hacia esas unidades, por otra parte una vez que se determine de acuerdo a la capacidad institucional que se puede atender y que no; pensar en contratar fuera de la Caja, y aclara que sea fuera de la Caja porque la experiencia le dice, que se presenta algo así como un carrusel entre los médicos que ellos mismos hacen extras, trabajan en tiempo vespertina, turno normal, atiende en lo privado regresa el día siguiente, esos médicos al final no da un buen rendimiento o se incapacitan y no es lo más rentable para la Caja.

El Director Barrantes Muñoz interviene y en la línea de definir un mecanismo de trabajo, que permita ser más productivos en la búsqueda de soluciones, le preocupa que el tema regrese, nuevamente, a la Junta Directiva y se alargue más la toma de decisiones. Propone que sea una mesa de trabajo con la participación de uno o dos Directores y que se incluyan las recomendaciones que se han hecho el día de hoy, al documento que le parece es muy valioso. De manera, que se presente a la Junta Directiva una propuesta más madura, en la que se indique dónde se quiere estar en seis meses o en un año, y evitar que las listas de espera superen los tres años. De manera que se definan acciones importantes de modificación permanente, aprovechamiento de recursos disponibles y de acciones contingentes, con la utilización de terceros, porque depende como se haga el uso de ese recurso, se podrían estar institucionalizando en el largo plazo y convirtiéndose en un problema permanente, que a su vez la lista de espera se puede convertir, eventualmente, en un negocio interesante para algunos. Situación que se debe evitar.

En la misma línea de don Rolando, el licenciado Gutiérrez Jiménez considera que ese planteamiento se debe dividir para la mesa de trabajo; uno es el impacto que se produciría en el

corto plazo y otro, es el modelo que pretende operativizar para la solución de mediano y largo plazo, porque es diferente dado que la lista de espera va a existir siempre, el cómo se quiere que existe y que tan larga sea, es la discusión de fondo o como producir impacto para que sean plazos razonables y que se le dé un rostro humano a esta lista, como ilustración, si se tiene un padecimiento de seis meses y se tenga que esperar otros seis meses, no es humano. En ese sentido, le parece que se debe hacer referencia a la gestión, propiamente de la lista de espera, e insistir con el personal que trabajan en este tema, para que las gestionen de manera que se depure en la medida de lo posible. Finalmente, adiciona que un tema que tiene un costo muy elevado es el de cirugías, porque el promedio de estadía de los pacientes que se internan en los hospitales es de, aproximadamente, ocho días y, dependiendo de la patología más bien es un riesgo para ellos mismos que estén hospitalizados, porque las enfermedades nosocomiales se encuentran ahí.

Anotaciones al margen:

- *Revisión del Reglamento Único de Disponibilidad.*
- *Rev. Instructivo para el pago de tiempo extraordinario.*
- *Que se presente el documento y no sólo las láminas.*

Finalmente y teniendo a la vista el oficio N° GM-SJD-5707-2014, del 08 de octubre del año 2014, firmado por la señora Gerente Médico, mediante el que se atiende lo resuelto en el artículo 20° de la sesión N° 8742 del 2 de octubre del año 2014, en relación con el informe referente a las listas de espera, la Junta Directiva –unánimemente- **ACUERDA** encargar a la Comisión de Salud el estudio de este tema, entre otros, según las inquietudes planteadas en la parte deliberativa.

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

Se fija para el 8 de noviembre próximo, de 8 a.m. a 11 a.m., la reunión de la Comisión de Salud para tratar este tema.

El doctor Navarro Correa se retira del salón de sesiones.

ARTICULO 48°

En vista de que se trata de un tema que demanda un tiempo considerable para su presentación, **se dispone** reprogramar, para la sesión del 6 de noviembre próximo, el oficio N° GM-SJD-5596-14, de fecha 08 de setiembre del año 2014, firmado por la señora Gerente Médico: atención artículo 10° de la sesión N° 8545: “*Informe del equipo de especialistas nacionales nombrado para el análisis de la situación del Seguro de Salud*”: recomendación 80: “*Evaluar la modalidad de “Médico de empresa” con miras a su fortalecimiento*”: propuesta reforma integral del Reglamento del Sistema Mixto de Atención en Salud.

Ingresa al salón de sesiones el Director Alvarado Rivera.

ARTICULO 49°

Por unanimidad, **se da la firmeza** a lo resuelto en los artículos de esta sesión que van del 3° al 46°.

Se disculpa y se retira del salón de sesiones el Director Alvarado Rivera.

ARTICULO 50°

Se dispone reprogramar para la sesión del 30 de los corrientes los asuntos que se detallan:

1) Gerencia Médica:

1.1 Proyectos de ley en consulta: oficios firmados por la señora Gerente Médico:

- i) *Expediente número 16887, Proyecto adición nuevo Capítulo III referente a los derechos en salud sexual y reproductiva al Título I del Libro I de la Ley General de Salud, N° 5395 del 30 de octubre de 1973.* Se traslada a Junta Directiva la comunicación del 22 de los corrientes, número PE.46.004-14, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: anexa el oficio número DH-108-2014, que firma la Jefa de Área de la Comisión Permanente Especial de Derechos Humanos de la Asamblea Legislativa. (8742). Externa criterio mediante el oficio N° GM-SJD-5678-2014 del 06 de octubre del año 2014.
- ii) *Expediente número 19105, Proyecto Ley de creación de la política pública nacional al primer nivel de atención en salud.* Se traslada a Junta Directiva la comunicación del 24 de los corrientes, número PE.46.029-14, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: anexa el oficio número CAS-586-2014, que firma la Jefa de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa. Se solicitó criterio con las Gerencias de Infraestructura y Tecnologías y Médica coordinar lo correspondiente y remitir el criterio unificado. Emite criterio mediante el oficio N° GM-SJD-5677-2014 del 06 de octubre en curso.
- iii) *Expediente número 18690, Proyecto Programa Integral de Desarrollo Educativo (PIDE).* Se traslada a 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: 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. Emite criterio mediante el oficio N° GM-SJD-5652-2014 del 25 de setiembre anterior.

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

- a) Oficio N° GIT-34107-2014 del 24 de octubre del año 2014, firmado por la Gerente de Infraestructura y Tecnologías: segundo Informe en relación con la intervención de la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones.

A las dieciséis horas con cuarenta y cinco minutos se levanta la sesión.