

Jueves 26 de marzo de 2015

Nº 8769

Acta de la sesión ordinaria número 8769, celebrada por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, a las nueve horas del jueves 26 de marzo de 2015, con la asistencia de los señores: Presidenta Ejecutiva, Dra. Sáenz Madrigal; Directores: Dr. Fallas Camacho, Licda. Soto Hernández, Dr. Devandas Brenes, Lic. Barrantes Muñoz, Sr. Loría Chaves, Lic. Gutiérrez Jiménez, Lic. Alvarado Rivera; Auditor, Lic. Hernández Castañeda; y Lic. Edwin Rodríguez Alvarado, Subdirector Jurídico. Toma el acta Emma Zúñiga Valverde.

La Directora Alfaro Murillo informó que retrasará su llegada a esta sesión.

El licenciado Gilberth Alfaro Morales, Subgerente Jurídico, se encuentra de vacaciones.

ARTICULO 1º

Comprobación de quórum, según consta en el encabezado de esta acta.

ARTICULO 2º

No habiendo observaciones, se aprueba agenda conforme con el documento distribuido.

ARTICULO 3º

Meditación a cargo del Director Fallas Camacho.

ARTICULO 4º

En relación con el acta de la sesión número 8761, **se dispone** incluirla en la agenda de la próxima sesión ordinaria, en virtud de que en el día de ayer fue distribuida en horas de la tarde (a raíz de una situación técnica), lo cual dificultó su lectura por parte de los señores Directores.

ARTICULO 5º

Se tiene a la vista el oficio N° 04545 (DJ/0331-2015), fechado 24 de marzo del año 2015, suscrito por la doctora Rosa Fallas Ibáñez, Gerente Asociada, y la licenciada Karen Susana Zamora Gallo, Fiscalizadora, que está dirigido a la Junta Directiva de la Caja y al doctor Arnoldo Matamoros Sánchez, Director Médico a.i. del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, que literalmente se lee de este modo:

“Se refiere este Despacho al oficio número HDRACG-DM-1486-03-2015, de fecha 11 de marzo de 2015, presentado por la dirección del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y recibido en esta Contraloría General el día 13 de marzo del mismo año; mediante el cual la Dirección del mencionado Hospital realiza consulta sobre el plazo de recepción de ofertas en licitaciones abreviadas.

I. CONSIDERACIONES PREVIAS.

En el oficio mencionado anteriormente, la Administración consultante solicita criterio en relación al plazo de recepción de ofertas en las licitaciones abreviadas, “...esto debido a que ha sucedido que se le otorga a este tipo de licitaciones desde el inicio un plazo de recepción de las plicas de 30 días hábiles, pese a que la normativa a (sic) en la materia de contratación administrativa señala que el plazo de recepción es de mínimo 5 días y máximo 20 días hábiles, el cual podrá ser ampliado de forma excepcional por situaciones puntuales./ Por lo que se genera duda en el tanto existe una diferencia de criterio entre lo gestionado por la Sub-área de Contratación Administrativa y el criterio de la Asesoría Legal...”.

II. CONSIDERANDOS.

En virtud de cómo ha sido presentada la consulta ante este Órgano Contralor, resulta necesario de primer orden, indicar que de conformidad con el artículo 29 de la Ley Orgánica de la Contraloría General de la República No. 7428, del 07 de setiembre del año 1994, el órgano contralor ejerce la potestad consultiva en el ámbito de sus competencias, de manera que atiende las consultas que al efecto le dirijan los órganos parlamentarios, los diputados de la República, los sujetos pasivos y los sujetos privados no contemplados en el inciso b), del artículo 4, de la indicada ley.

En este sentido, el “Reglamento sobre la recepción y atención de consultas dirigidas a la Contraloría General de la República”, R-DC-0197-2011 de las ocho horas del trece de diciembre de 2011, establece las condiciones que rigen el trámite y la atención de las consultas ingresadas como parte del ejercicio de la competencia consultiva.

Al efecto, el artículo 8 del reglamento de referencia establece algunos **requisitos de obligatorio cumplimiento** para la presentación de las consultas que ingresen para su atención conforme al artículo 29 de la Ley No. 7428. Sobre este particular, en lo conducente y que interesa para el presente caso, dispone la norma de cita en los incisos 4) y 6):

“Artículo 8º—Requisitos para la presentación de las consultas.

Las consultas que ingresen para su atención conforme al artículo 29 de la Ley No. 7428, deberán cumplir los siguientes requisitos:

(...)

4. Plantearse por los sujetos consultantes definidos en el artículo 6, párrafo primero de este reglamento, de acuerdo con los siguientes parámetros:

- El jerarca administrativo del ente u órgano público en el caso de la administración activa; cuando el jerarca sea un órgano colegiado deberá acompañarse del acuerdo que adopte la decisión de consultar.

(...)

6. Incorporar el criterio jurídico que deberá contener la posición jurídica del sujeto consultante en relación con los aspectos sometidos a consideración del órgano contralor. En casos excepcionales, en los que se acredite que no se cuenta con la asesoría legal, se podrá presentar la consulta sin el estudio legal debiendo fundamentar la posición del consultante.

(...)”

De acuerdo con ello se advierte que la solicitud planteada no cumple lo prescrito en los incisos 4) y 6) del artículo 8 indicado, en razón de lo siguiente se debe hacer ver que:

En primer lugar, la consulta no se encuentra planteada, avalada o delegada por el jerarca de la Caja Costarricense del Seguro Social, en este caso, La Junta Directiva de dicha institución.

En segundo lugar, tampoco se incorpora la posición jurídica de la institución consultante sobre la situación que se está sometiendo a conocimiento de la Contraloría General, pese a que se hace una breve referencia de este criterio en el oficio de consulta; no obstante, al no ser aportado de manera física no puede tenerse por satisfecho dicho requerimiento, a fin de conocer de forma íntegra la posición jurídica de la institución consultante.

III. CONCLUSIONES.

Así las cosas el Órgano Contralor dispone:

PRIMERO: Considerando el interés que reviste el tema sobre el cual se solicita la emisión de un dictamen a esta Contraloría General y, en el ejercicio de nuestra potestad consultiva, se resuelve conceder audiencia a la **Junta Directiva de la Caja Costarricense** por el plazo de **10 días hábiles a partir de la notificación del presente oficio**, con el fin de obtener la información y la posición de dicho órgano colegiado en su condición de jerarca de la Institución consultante que enfrenta las circunstancias antes descritas. Se integra la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social al presente procedimiento consultivo, de modo que se refiera por escrito al tema consultado sobre el cual se requiere de la emisión de un dictamen vinculante por parte del órgano contralor.

SEGUNDO: Se previene al consultante para que dentro del término de **5 días hábiles a partir de la notificación del presente oficio**, subsane los requisitos omitidos - aportar el criterio jurídico de dicha institución-, bajo apercibimiento de archivar su gestión en caso de incumplimiento, tal y como lo prevé el numeral 10 de la normativa reglamentaria vigente”.

Respecto de la consulta realizada por la Dirección Médica del Hospital Calderón Guardia a la Contraloría General de la República, en relación con una consulta sobre el plazo de recepción de ofertas en licitaciones abreviadas, al Director Barrantes Muñoz le parece que la respuesta del Ente Contralor, es un llamado de atención a un Órgano de la Institución que genera una consulta sin seguir los procedimientos establecidos. No solo es atender lo que indica la Contraloría General de la República, sino que sería importante aprovechar la oportunidad, para que la respuesta sea común a la Institución y generar una circular, para todas las instancias que tengan una situación similar.

La señora Presidenta Ejecutiva considera importante que se traslade el oficio a la Dirección Jurídica, para que emitan el respectivo criterio y cuando se presente a la Junta Directiva, se tomaría la decisión de la circular.

Menciona la señora Zúñiga Valverde que en el caso de las consultas a la Procuraduría General de la República, la Junta Directiva a raíz de situaciones un poco parecidas a ésta, emitió un acuerdo en que se establece que toda consulta a la Procuraduría General de la República, debe ser tramitada por medio del Órgano Colegiado.

El Director Devandas Brenes es de la idea que el mismo procedimiento se debe aplicar, en relación con la Contraloría General de la República.

Al respecto, señala la doctora Sáenz Madrigal que el procedimiento en la Contraloría General de la República existe, pero no se acató.

Por lo tanto, la Junta Directiva –por unanimidad y mediante resolución firme- **ACUERDA** solicitar el criterio y recomendación de la Dirección Jurídica, para la sesión del 9 de abril próximo, a efecto de atender el requerimiento dentro del plazo establecido.

Ingresa al salón de sesiones el licenciado Ronney Adrián Solano Díaz, Abogado de la Dirección Jurídica.

ARTICULO 6º

“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22835-15, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.

Se retira del salón de sesiones el licenciado Solano Díaz.

Ingresa al salón de sesiones la licenciada María Isabel Albert y Lorenzana, Abogada de la Dirección Jurídica.

ARTICULO 7º

“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22835-15, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.

La licenciada Albert y Lorenzana se retira del salón de sesiones.

Ingresan al salón de sesiones los doctores Fernando Montenegro, del Departamento de Desarrollo Humano del Banco Mundial, y Julián Pérez Gil, consultor Banco Mundial.

ARTICULO 8º

Conforme con lo previsto, se recibe a los doctores Fernando Montenegro, del Departamento de Desarrollo Humano del Banco Mundial, y Julián Pérez Gil, consultor Banco Mundial”, a cuyo cargo estará la presentación "CAMBIOS EN EL MODELO DE ATENCION ASISTENCIAL DEL PAIS VASCO".

El doctor Pérez Gil, con el apoyo de las siguientes láminas, se refiere al asunto en consideración:

1)



CAMBIOS EN EL MODELO DE ATENCION ASISTENCIAL DEL PAIS VASCO

Estrategia para la atención al paciente crónico

Julían Pérez Gil
Ex Director General de Osakidetza- Servicio Vasco de Salud
San José. Costa Rica, 24 de Marzo 2013

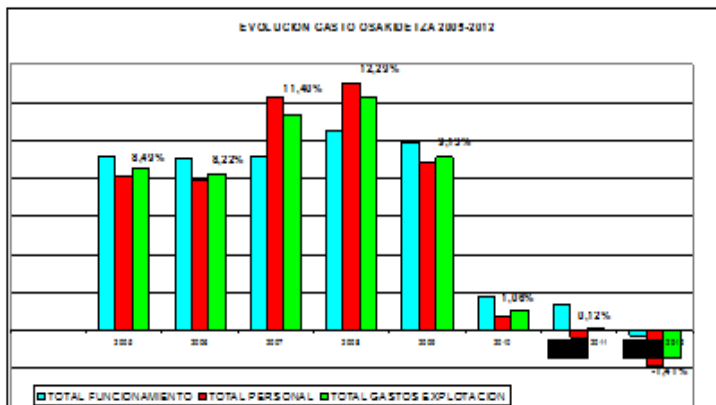


2) LA GESTIÓN DE LA SANIDAD DEL PAIS VASCO 2009-2012.

3)

SOLIDEZ

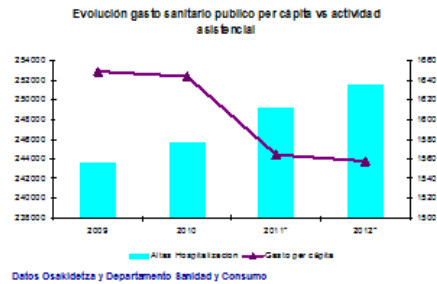
Evolución Gasto Explotación 2005-2012



4)

1 HACER MÁS CON MENOS Y MEJOR

1. Garantizar los servicios de salud a pesar de su demanda creciente:



LA MEJORA DE PRODUCTIVIDAD NOS PERMITE COMPENSAR EL AUMENTO CRECIENTE DE LA DEMANDA EN EL SECTOR

5)

	2008	2012	Dif Absoluta	Variación
Nº DE CAMAS	4308	4071	-237	-5,5
ALTAS	193.835	196.402	2.567	1,3
ESTANCIA MEDIA	5,55	5	-0,55	-9,9
INDICE OCUPACIÓN	82,06	79,35	-2,71	-3,3
PARTOS	15.822	14.935	-887	-5,6
CESÁREAS	12,19	12,83	0,64	5,3
IQP	66.187	75.847	9.660	14,6
IQE	17.757	16.160	-1.597	-9
CMA	49,44%	54,94%	5,50%	11,1
URGENCIAS	739.693	719.798	-19.895	-2,7
CONSULTAS PRIMERAS	1.047.425	923.022	-124.403	-11,9
TOTAL CONSULTAS EXTERNAS	3.207.757	3.304.755	96.998	3
L.E.Q. Nº PACIENTES	15.233	18.072	2.839	18,6
DEMORA MEDIA QUIRÚRGICA	50,51	50,74	0,23	0,5
CONSULTAS EXTERNAS Nº PACIENTES	77.983	88.935	10.952	14
DEMORA MEDIA CCEE	25,19	23,48	-1,71	-6,8
MEDICINA AP CONSULTAS DIA	23,81	22,92	-0,89	-3,7
HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO	5.305	9.120	3.815	71,9
HOSP DIA MEDICO	212.021	251.749	39.728	18,7

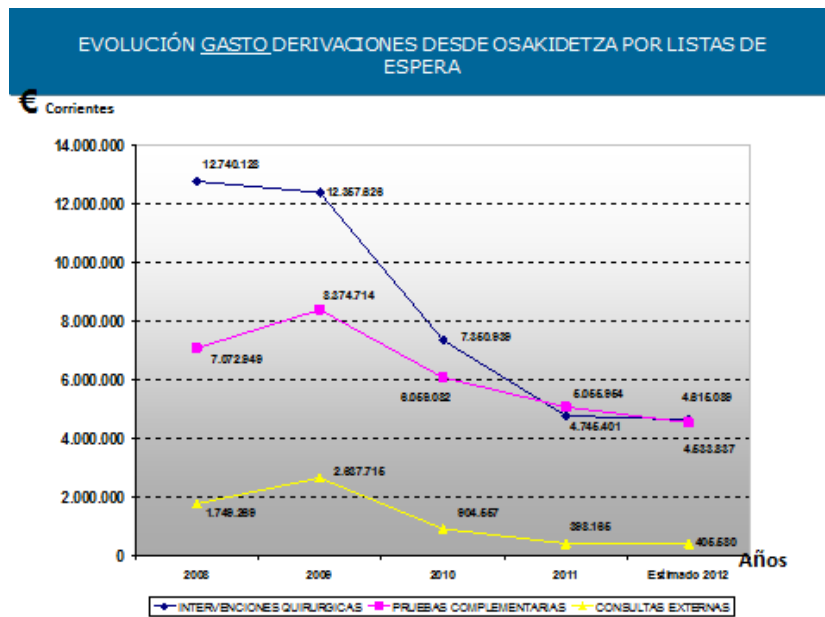
6)



7)



8)



9)

EUSKADI LA COMUNIDAD MÁS SOLVENTE: 40 EUROS DEUDA/ PERSONA FRENTE A MÁS DE 240 EUROS (MEDIA ESPAÑA) Y EN EL ÚLTIMO AÑO LA HA REDUCIDO UN 25%

EUSKADI NO HA NECESITADO DEL RESCATE DE LA DEUDA SANITARIA DE 16.000 M€ RECIBIDO POR LAS OTRAS QUINCE CCAA EN 2012

PERIODO MEDIO DE PAGO 2011 Y REDUCCIÓN DEUDA SANITARIA (2011/2010) DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS



10)

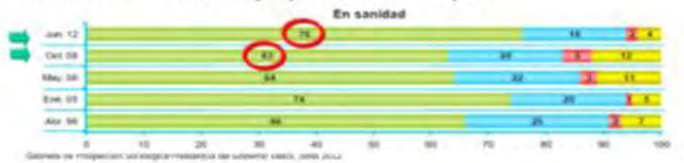
LA MEJOR APRECIACIÓN DIFERENCIAL POR LA POBLACIÓN DE LA SANIDAD VASCA RESPECTO A LA ESPAÑOLA DESDE QUE HAY REGISTROS

El 76% de los ciudadanos vascos considera que la sanidad pública de Euskadi es mejor a la del resto de España

EN COMPARACIÓN CON EL RESTO DE ESPAÑA, ¿DESADE QUE EN EL PAÍS VASCO LOS SERVICIOS QUE SE OFRECEN EN LAS SIGUIENTES ÁREAS SON MEJORES, IGUALES O PEORES?

		TOTALES
EN SANIDAD	Mejores	76
	Iguals	18
	Peores	2
	No/No	4

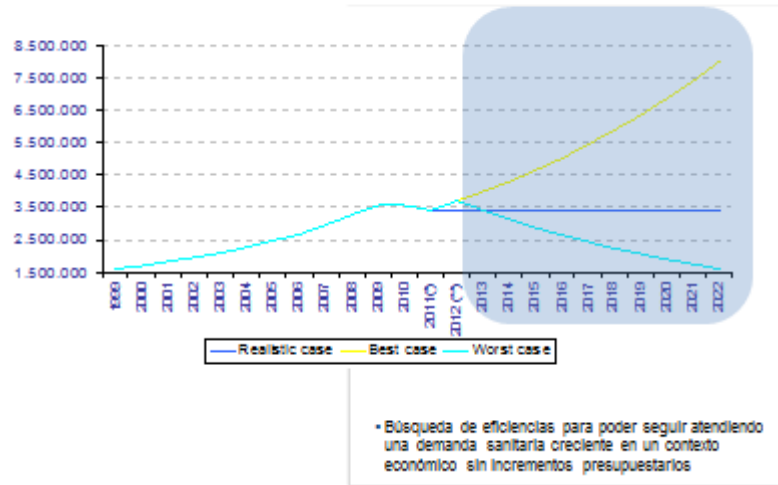
Desde 2008 se ha elevado en 13 puntos el porcentaje de personas que creen que la sanidad en Euskadi es mejor que la del resto de España



11) EL MODELO SANITARIO VASCO FRENTE A LAS OTRAS OPCIONES.

12)

ESCENARIOS DE EVOLUCION DEL PRESUPUESTO SANITARIO



13)

TRES LÍNEAS DE TRABAJO

1. Estrategia para la atención del paciente crónico
2. Racionalización de las estructuras para la atención sanitaria convencional
3. Mejora de la productividad interna. Hacer más con menos.
 - Más actividad
 - **Menos gasto**

14)



- 15) Signos de Identidad de Osakidetza.
- Ente Público de Derecho Privado.
 - Contrato Programa.
 - Contabilidad Financiera.
 - Tesorería propia.
 - Contabilidad Consolidada.
 - Auditoría Externa:
 - Informe Auditoría.
 - Informe de Presupuesto y Legalidad.
 - Código de buenas prácticas.

16)



17) ESTRATEGIA PARA AFRONTAR LA DEMANDA SANITARIA- *Pacientes Crónicos.*

18)



19)

Actualmente consumen el 70% del gasto Sanitario del País Vasco

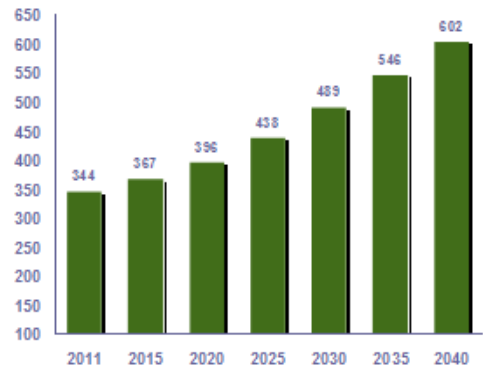
Desglose por concepto:

- 84% del total ingresos de Osakidetza
- 75% de Recetas de Atención Primaria
- 63% de las Consultas a Especialista
- 58% de las Consultas a Primaria

20)

En el 2040 se duplicará el número de pacientes crónicos mayores de 65 años

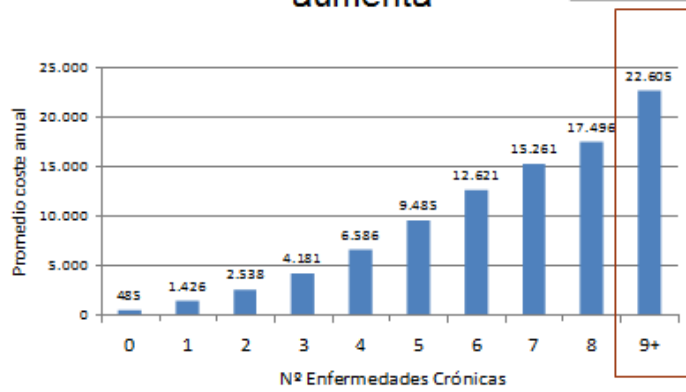
Previsión de la evolución de enfermos crónicos mayores de 65 años en el País Vasco



21)

A medida que aumentan las enfermedades crónicas el coste para el sistema sanitario aumenta

Consumo 47 veces más que un paciente no crónico



Fuente: Base de Datos Estratificación. Osakidetza 2011

22)



23)



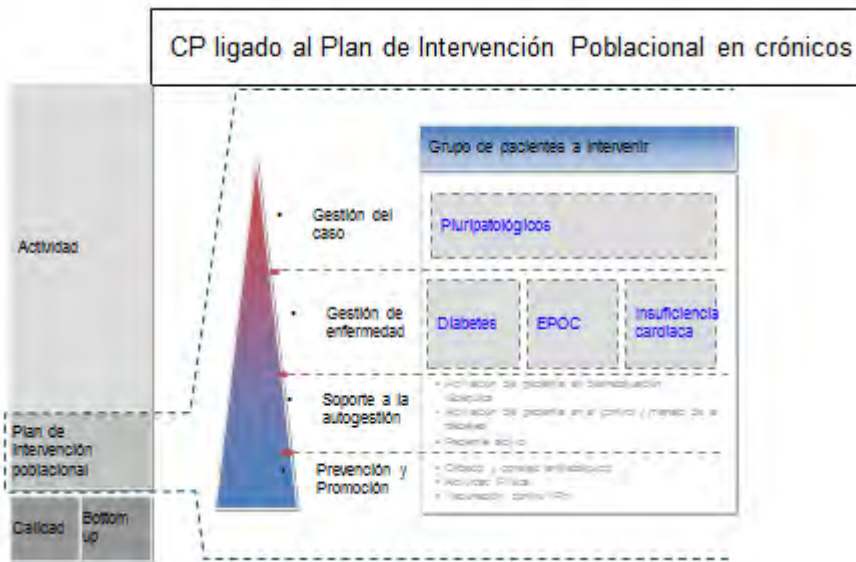
24)



25)



26)



27) Conclusiones.

28) Los argumentos que avalan nuestra reforma del modelo sanitario son que...

- El gasto para los enfermos Crónicos se **va duplicar** en los próximos 10 años.
- Cualquier esfuerzo serio de reducción del gasto y de sostenibilidad del sistema de salud pasa por **gestionar de forma diferente a los enfermos Crónicos**.
- Sabemos que podemos a la vez **atenderles mejor y ahorrar**.

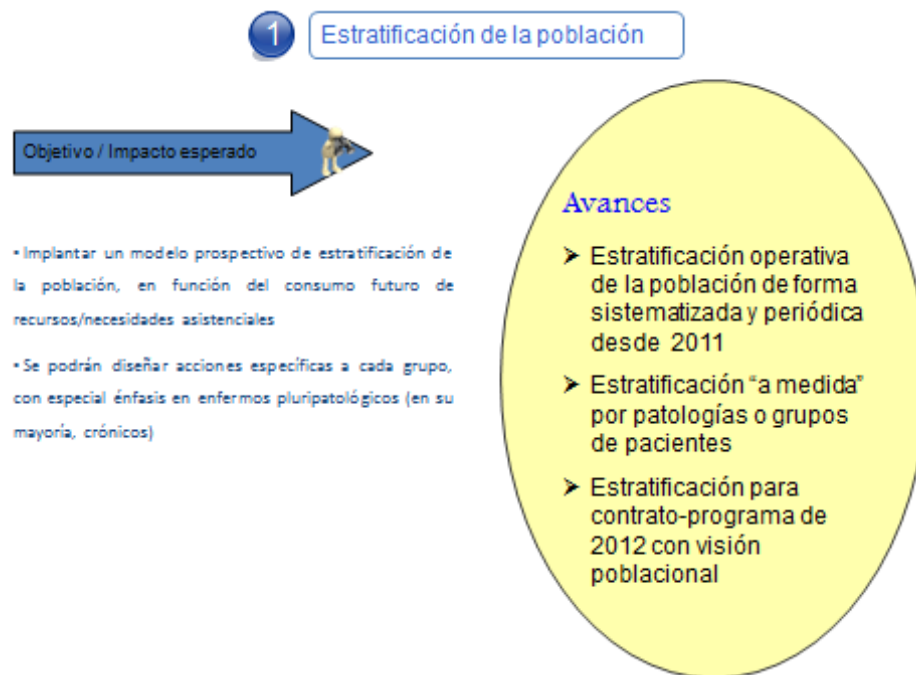
- La mayor parte de esos ahorros vendrán de **menos hospitalizaciones** y de **menos re-hospitalizaciones, menos gasto en medicamentos, menos frecuentación a urgencias, menos necesidad de camas.**
- Si se hacen los cambios que se hicieron en Euskadi se pueden ahorrar millones.
- Este es **un modelo**. El otro es más injusto, menos eficiente y más caro a LP.

29) La estrategia del País Vasco.

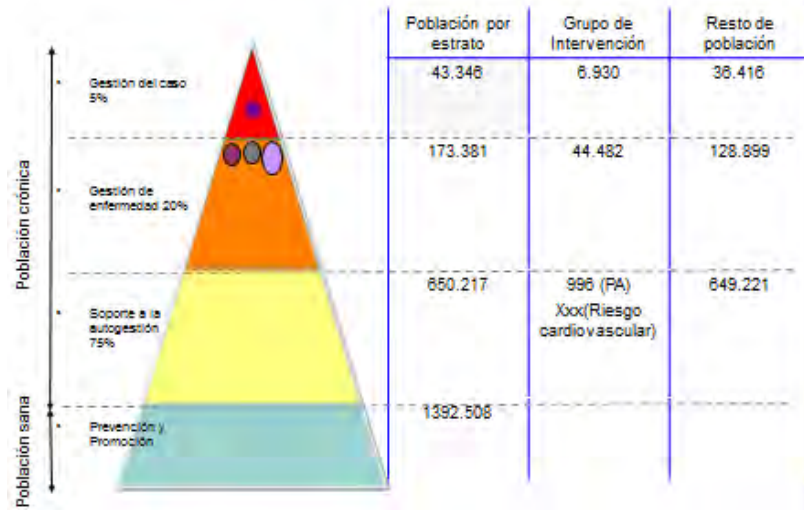
30)



31)



32)



33)

2 Prevención y Promoción

Objetivo / Impacto esperado

- Construir un marco común de Prevención y Promoción de la Salud, actuando sobre los principales factores de riesgo:
- Promoción de la salud en el ámbito local con experiencias piloto de innovación abajo-arriba : proyecto De_Plan: Prevención del desarrollo de la diabetes tipo 2 en sujetos no diagnosticados.
- Impacto: prevención de aparición y desarrollo de enfermedades crónicas.

Avances

- Plan de Salud y Ley de Salud Pública
- Prevención tabáquica
- Prescribe vida saludable 82.898 Hab
- De Plan (captados 547 para el estudio. Para el 2013 se actuará en 2500 personas.
- En redacción en Plan de actividad física. AKTIBIL
- Actuación corporativa en HTA, Diabetes y dislipemias en contrato-programa; impacto en 300.000 h)
- Programas de screening:
 - Colon
 - Mama
 - Sind. Down
 - Det. Precoz metabolopatias

34)

3 Autocuidado y educación al paciente



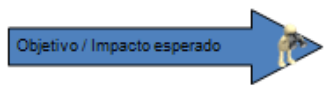
- Estudiar la efectividad de un programa de autocuidado en diabéticos tipo 2 en variables clínicas relacionadas con la enfermedad y en su calidad de vida (sesiones de fomento del ejercicio, nociones de nutrición, uso apropiado de la medicación...)
- Extensión del programa en relación a resultados

Avances

- > (2011: 500 pacientes formados.
- > Inclusión en CP. 2012: 1000 pacientes previstos)

35)

4 Creación de una red de pacientes activados Asociación de pacientes



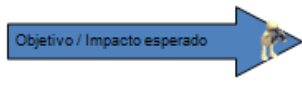
- Apoyo y fortalecimiento de las asociaciones de pacientes mediante ayudas para aprovechar las nuevas tecnologías (web 2.0).
- Crear sistemas basados en TICs : mejorar la calidad de vida de los pacientes.
- Contribuir a la innovación en las entidades o asociaciones

Avances

- > 2011: 44. A. pacientes; 22 A. Profesionales
- > 2012: Incorporación de 50 nuevas asociaciones
- > En funcionamiento KRONET: Comunidad Vasca de Pacientes

36)

5 Historia clínica unificada Osabide global



- Crear y desplegar Osabide Global para todos los niveles asistenciales y profesionales
- Visión integral y global del paciente/usuario que constituye el centro de la información. Comunicación e intercambio de datos del paciente, entre los distintos profesionales y niveles asistenciales

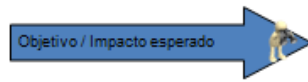
Avances

- > Implementación en 16 hospitales, 10 centros de Salud Mental y 50 ambulatorios (impacto sobre 770.000 evolutivos.
- > Implantación total Mayo 2012.
- > Continuando integración AP-AE y potenciando las Consultas No Presenciales



37)

6 Atención clínica integrada



- Desarrollar experiencias de integración asistencial (organizativas y/o clínicas) entre Atención Primaria y Atención Especializada y en Salud Mental mediante la creación de microsistemas
- Impacto esperado :
 - Eficiencia y efectividad clínica
 - Continuidad de cuidados
 - Satisfacción de pacientes y profesionales

Avances

Mediante normativa:

- 4 Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI) y la RSMB.
- Mediante Procesos de integración clínica AP-AE por patologías.: 147 experiencias

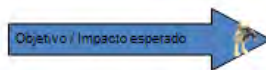
38)

Elementos de integración en gestión del caso y de la enfermedad

<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación entre profesionales sanitarios • Identificación y marcaje <ul style="list-style-type: none"> • Validación de pacientes por médico AP • Incorporación de nuevos pacientes al circuito asistencial • Coordinación organizativa <ul style="list-style-type: none"> • Coordinación entre niveles: centralizar en una única consulta la visita a múltiples especialistas, sesiones clínicas de análisis de casos (AE-AP) • Aplicación de canales de comunicación eficaces (p.e. Interconsulta no presencial, videoconferencia) • En gestión del caso: <ul style="list-style-type: none"> • Asignación de profesionales de referencia a cada paciente en AP (MF) y en AE (médico especialista o internista) • Desarrollo de nuevos roles de enfermería • Pactos de voluntades entre cuidador y niveles asistenciales • En gestión de la enfermedad: <ul style="list-style-type: none"> • Médico de AP como referente y Médico Internista consultor. • Ruta asistencial <ul style="list-style-type: none"> • Diferenciación de rutas clínicas según tipología del caso (p.e. control proactivo de AP para reducción de paso por urgencias) • Criterios de derivación unificados entre organizaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Foco en paciente • Formación autocuidado <ul style="list-style-type: none"> • Activación del paciente: autoevaluación del estado físico y protocolos de reacción ante sintomatología de desestabilización • Formación al paciente y al cuidador • Atención integral <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación global del grado de fragilidad funcional, mental y dependencia del paciente • Actuación en la totalidad del pathway: prevención (p.e. vacunación antigripal), visión global del tratamiento (p.e. conciliación farmacológica) y minimización de agudizaciones (p.e. seguimiento de adherencia al tratamiento)
--	---

39)

7 Desarrollo de Hospital de de Subagudos



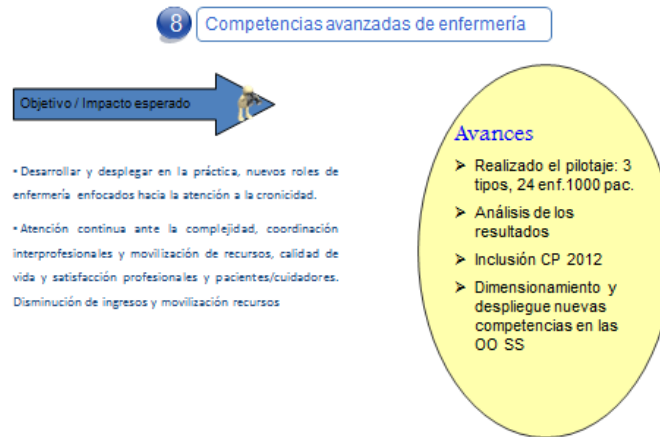
- Consolidar un nivel intermedio de asistencia entre la atención especializada y la atención primaria para la atención específica a pacientes crónicos
- Diseñar e implementar planes de atención coordinada entre las comarcas, los H subAg y los H. Agudos para la atención a las personas con enfermedades crónicas complejas

Avances

- Adecuando los hospitales: Gorliz, Santa Marina, H. Leza
- Creada UGC del H. Donostia
- Nuevos: Eibar, HUA



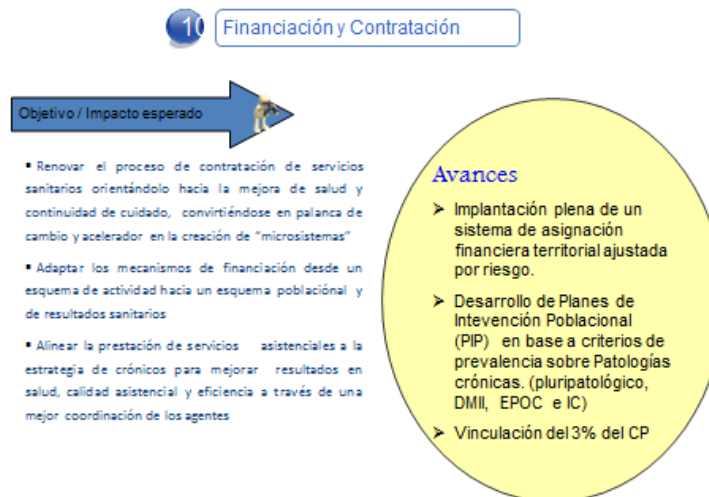
40)



41)



42)



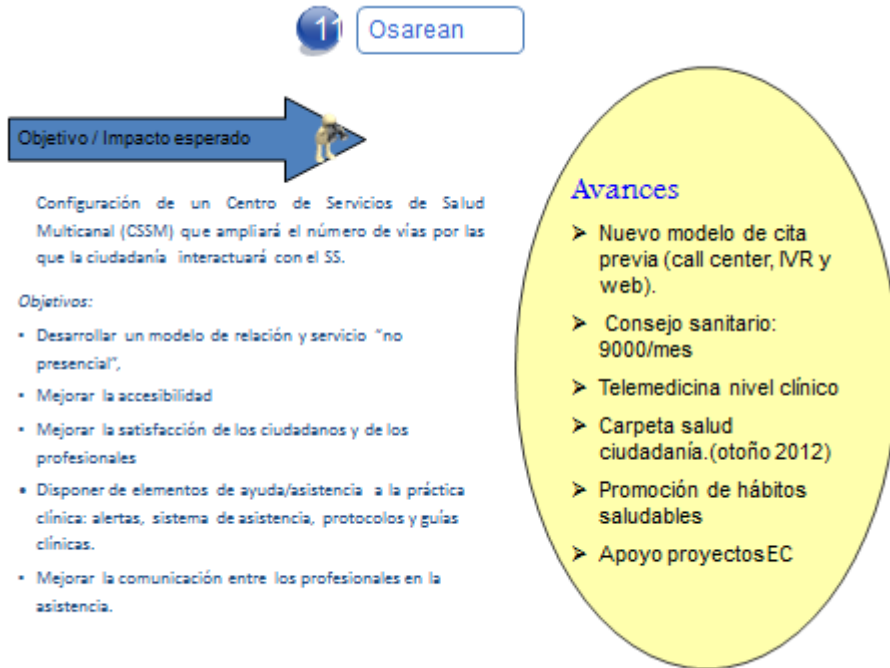
43)



44)



45)



46) Nuestros pacientes están cambiando.

47)

En el diseño del CSSM se debe tener en cuenta que es necesario dar respuesta a las necesidades de distintos colectivos, principalmente, los ciudadanos y pacientes, los profesionales, los gestores y otros agentes que de algún modo intervienen en el buen funcionamiento de los servicios sanitarios públicos.



48)



49)



50) No estamos solos

Hay evidencias.

51)

MICROSISTEMAS

Irlanda Norte:	“Integrated Care Partnerships”
Escocia:	“Managed clinical networks”
Holanda:	“Care Groups”
U.S.A:	“Accountable Care Organizations” (ACO)
Kaiser Permanente	Modelo referente de gestión crónicos
Inglaterra:	“Integrated care pioneers”
Nueva Zelanda:	«Locality clinical partnerships» (LCP)
CCAA:	“organizaciones integradas locales ; microsistemas” ...

52) “Ningún camino de flores conduce a la gloria”.
Santiago Ramón y Cajal.

53) Muchas Gracias
Ekerrik Asko
www.osakidetza.euskadi.net

El doctor Pérez Gil agradece haber sido invitado a la sesión de la Junta Directiva, dado que se le dio la oportunidad de presentar un trabajo desarrollado durante cuatro años. El estudio se inició en el año 2009, en una situación económicamente difícil, por un lado, los gastos estaban creciendo de forma significativa, dado que a finales del año 2008, empezó una crisis económica importante en Europa, los ingresos tributarios del país Vasco estaban cayendo sustancialmente, por lo que a partir del año 2009, se dio inicio a la implantación de estrategias, para obtener resultados en el corto plazo. En los cuatro años del trabajo, el crecimiento de la actividad siguió de forma importante, la demanda continuó creciendo, sin embargo, los gastos bajaron y, por tanto, los costos del sistema. Además, se produjo un incremento muy importante del 11% en la Cirugía Mayor Ambulatoria, alcanzando casi el 60% de todas las cirugías y la hospitalización a domicilio, otra de las nuevas formas de atención creció más del 70%, de manera que la estancia hospitalaria disminuyó. Otro de los aspectos que logró incidir en el sistema fue la implantación de las consultas no presenciales, en el primer nivel de atención y mejoraron sustancialmente la productividad, se logró dar más de dos millones de consultas de esa naturaleza. Hay consultas en la atención primaria, donde la presencia del paciente no es necesaria y de esa forma, se logra atender un 20% de las consultas de adultos, por medio de la vía telefónica, con lo que se mejora la atención al paciente, porque la atención es de mayor calidad; además, si se tiene que desplazar se produce un ahorro. Por otra parte, de esos dos millones de consultas, se realizaron más de trescientas mil consultas no presenciales, tanto especializadas como en interconsulta. Lo que se plantea es que el paciente deje de ser transmisor y correo, entre el médico del primer nivel y el médico del segundo o tercer nivel de atención, es decir, que lo que viaja en los datos, no sea a través del paciente, sino de las nuevas tecnologías y, por tanto, las interconsultas que se dan

entre el primer nivel y el segundo nivel de atención, se realicen de forma no presencial, por ejemplo, vía correo electrónico, por teléfono y se parte de las consultas que se realizan por el médico especialista con el paciente. El Sistema Vasco de Salud es público y quizás sea de las diecisiete comunidades autónomas, que realmente necesitan menos del sistema privado; aunque en algunas ocasiones, el sistema público tiene que enviar al sistema privado algunas intervenciones, para lograr dar cobertura y cumplir la lista de espera y la demora. Destaca que se ha logrado que esa necesidad del sistema privado, sea cada vez menor, dado que las intervenciones quirúrgicas se redujeron casi en una tercera parte, así como las pruebas complementarias y las consultas externas, prácticamente, quedaron en su mínima expresión. Por otra parte, el objetivo de las listas de espera es que sea de 55 días, en la de espera quirúrgica máximo, de demora media y con dos salvedades, tanto la cirugía cardiaca como la oncológica, en la cual ningún paciente, debe esperar un tiempo superior a los 30 días de espera. Aclara que no se trata de batir record de demora media, sino se trata de cumplir un objetivo razonable, que es una demora media menor de 55 días, teniendo en cuenta que discriminar, lógicamente, como se indica, determinar las intervenciones sobre otras y lo mismo en el caso de consultas externas, el objetivo era 30 días y lo mismo en pruebas complementarias. Por lo cual cumpliendo esos objetivos, determinar cuál es el apoyo necesario por el sector privado.

El Auditor solicita se amplíe el uso del teléfono, en relación con las imágenes y cómo se podría eliminar las referencias del nivel local al hospitalario y disminuir la lista de espera.

Sobre el particular, señala el doctor Pérez Gil que luego se tratará el tema, dado que se está haciendo referencia únicamente a las conclusiones y, después, se hará referencia al Proyecto. Continúa y en cuanto a los días del período medio de pago, que se tiene a los proveedores en el país Vasco, señala que estaban muy por debajo, en período medio de pago, había una situación realmente de crisis y, además, el Estado tuvo que inyectar dieciséis millones de euros, de los cuales, ninguno se destinó al país Vasco, porque no fue necesario. Las encuestas que se hacen a nivel nacional de cómo está la Sanidad en España, se determinó que el 76% de los ciudadanos Vascos, consideran que la Sanidad Pública en el país Vasco, estaba mejor que en el resto de España y, además, se superó el nivel de satisfacción del año 2008 que era del 73%. En otro apartado, comenta que en España se han implementado acciones a partir del año 2003, debido a que, efectivamente, los gastos y la demanda sanitaria crece y va a crecer en los próximos años, debido al envejecimiento de la población y a la mayor incidencia de enfermedades crónicas; sin embargo, los ingresos tributarios y los presupuestos sanitarios, se van a mantener como mínimo constantes. En otras comunidades se optó por unas políticas de privatización, en algunos casos y unas políticas de recorte de prestaciones sociales, pues están todos los inmigrantes, así como los jubilados. En Europa, sobre todo en los países Nórdicos, estaban trabajando en estrategias de atención al paciente crónico. La primera línea de trabajo fue poner en marcha la estrategia. La segunda, fue analizar las estructuras para la atención sanitaria convencional, es decir, ahí estaban anteprevistos a ser hospitales, hacer nuevas estructuras para ir atendiendo al paciente de forma convencional. El paciente agudo se atiende muy bien; sin embargo, el paciente crónico no se atendía tan bien; entonces, se trató de parar ciertas estructuras y sustituirlas por otras que apoyaran la estrategia del paciente crónico y el tercer punto, es mejorar la producción interna de los servicios sobre todo la de los hospitales, a través de hacer más actividad con menos gastos; o sea, incorporando nuevas formas de hacer. Por ejemplo, realizar procedimientos ambulatorios y mejorando las economías de escala, entre hospitales, principalmente, para ellos se hizo un plan de reducción del gasto importante. El mapa futuro que actuaría en este momento, era la creación de

once organizaciones, las que se denominaron Organizaciones Sanitarias Integradas (OSIS), compuestas por Hospitales Subagudos, Centros de Salud, como Hospitales de Subagudos de referencia, redes de salud mental, como referencia emergencia centralizada, entre otros. El servicio Vasco en Salud, es un ente público de derecho privado diferente al resto de comunidades autónomas, por lo tanto, tiene una autonomía de gestión importante como lo tiene la Caja. Tomando el 2% de la población diana (aquella población a la que se quiere generalizar los resultados) a través de estratificación, se consiguió unos ahorros de veinte millones de euros el primer año, solamente con el 2% de la población de más consumo de recurso sanitario. La estrategia para enfrentar la demandas sanitaria, por medio de la estrategia Cronicidad del país Vasco, es como Costa Rica y como en todos los países desarrollados y en desarrollo, en el cual las patologías crónicas tienen una alta incidencia en la población y en el país Vasco, así como en todos los sitios. Actualmente, los pacientes crónicos consumen el 70% del gasto sanitario y, desglosándolo, por concepto se determina que el 84% del total del ingresos de Euskadi Osakidetza (Servicio Vasco en Salud), los producen los pacientes crónicos con los ingresos, reingresos, entre otros. Consumen el 75% de las recetas, el 63% de las consultas de especialista y el 58% de la consulta del Primer Nivel de Atención. En el año 2040, la previsión es que se duplicará, el número de pacientes crónicos mayor de sesenta y cinco años y el costo de un paciente, con cinco enfermedades se acerca a los diez mil Euros, en comparación con los quinientos Euros, que tiene un paciente sin patología crónica al año. El modelo general en la mayoría de los países, está enfocado en el paciente agudo y al paciente que va a tener un episodio en su momento, sin embargo, no está enfocado para el paciente crónico. Se tiene un modelo que es reactivo, significa que actúa a demanda del paciente principal y se relaciona con el paciente de forma episódica. Se conoce que sucede con el paciente en determinados momentos, pero no que ha ocurrido con su tensión arterial, o con su enfermedad diabética, durante un proceso continuo y se conoce de forma exclusivista, está muy enfocado al hospital, muy poco desarrollada en general, la atención primaria y el paciente con un enfoque social, ha creado un paciente poco preocupado con su enfermedad, y muy acostumbrado a que se le resuelvan los problemas y como lo indicó, la enfermedad no la tiene Osakidetza, no la tiene la Caja, la enfermedad la tiene el paciente y es una faena, tener esa enfermedad, pero la tiene el paciente y lo que va a hacer el Servicio Vasco de Salud, es ayudarle a resolver su enfermedad. Por lo tanto, tiene que dejar de ser un paciente pasivo, como es en la actualidad y se necesita un informe integrador y coordinador de todo el sistema de salud, por lo cual, se pasaría a un modelo que sea proactivo; significa actuar antes que lo demande el paciente crónico y de esa forma se evita mucho consumo de recursos. El modelo debe estar centrado en el médico y la enfermera, es decir, en el equipo del primer nivel de atención. Deben de informar al paciente para su autocuidado sobre su actividad, para que se cuide en todos los aspectos de su vida cotidiana y el modelo de ser integrador y de esa forma coordina, entre todos los profesionales y para ello también es importante que tengan habilidades y estén motivados para el cambio. Además, que la enfermería pase a ser un activo muy importante en todo este proceso, que desempeñe mayores papeles. Enfatiza en que el paciente crónico lo que necesita son cuidados, mucho más que diagnósticos y tratamientos médicos y esos cuidados los da la enfermería. De modo que se tiene que basar mucho más este asunto en la enfermería. Es un poco repetitivo pero lo que se quiere, es que los profesionales sanitarios, pasen más tiempo en tareas de valor añadido y con menos burocracia y los pacientes crónicos, tengan un sistema que se preocupe por ellos y sean más activos, de manera que el ciudadano, haga un uso más eficiente de los recursos, así como que participen en los programas de prevención y promoción de salud. Hace referencia a la Business School, Universidad de Deusto, que participa con el Servicio Vasco de Salud, está ubicada en Bilbao,

para observar como las estructuras que tiene de forma separada, se integren en microsistemas, en microredes, en OSIS, o como se quiera denominar, pero que se integren de forma con una triple meta, con una gestión poblacional, con mejores cuidados y mejorar los costos, mejorar las duplicidades y las economías de escala.

Respecto de una pregunta del Director Devandas Brenes, tendiente a conocer si lo señalado es una aspiración o ya se logró, responde el Dr. Pérez Gil que ya está en microsistemas y en redes.

En cuanto a una consulta del Dr. Devandas Brenes, en términos de cómo se definen los niveles jerárquicoautoridad en esa Red, señala el doctor Pérez Gil que las redes, están formadas por un equipo directivo y dirigidas por un Gerente, su perfil no tiene que ser médico. Por ejemplo, él no es médico, es economista y ha sido Gerente de un gran hospital, además, de otros hospitales y es el Director General del Servicio Vasco de Salud. En España, no es común que para ser Gerente de un hospital, una persona tenga que ser médico, sino que hay ingenieros, economistas y abogados, entre otros. Lo que se buscan son las competencias, lo importante es tener habilidades directivas y rodearse de un buen equipo base, el cual consiste en un Director Asistencial que es un médico, de un Director de Enfermería que es Licenciada en Enfermería, un Director de Recursos Humanos y un Director Económico. Este es el equipo que conforma una OSIS. Ese equipo gobierna tanto el Hospital de Agudos de Referencia, como toda la red de atención primaria.

Interviene el Dr. Fernando Montenegro y abona que no es importante que los Gerentes de los hospitales sean médicos. Lo significativo es la función que desempeñan y tengan las competencias. En España funciona por las competencias y si es médico mejor. Rescata que hay un equipo detrás del Gerente, el cual es el de la red, se determina la red en toda la dimensión, administrativa, financiera y de recursos humanos. En España hay un trabajo muy importante con el talento humano, pero además con el trabajador, existe mucha preocupación por el bienestar del trabajador, pero no acontece de manera reactiva, hay una función de gestión, no del talento humano en términos de la profesión, sino de cómo está satisfecho el trabajador, cuál es su ambiente laboral y ese aspecto es importante. Además, todo ese equipo determina cómo funciona la red. La estrategia se basa en la Pirámide Kayser, en la cual en la vértice están especificados los pacientes más frágiles, o pacientes que hacen mayor consumo de recursos, a los que se les trata a través de la gestión del caso; es decir, paciente a paciente. Por otro lado, el tema de la prevención, se desarrolla desde la Dirección de Salud Pública, no desde las Redes, porque actúan en función con criterios de autonomía, pero siempre dentro de la estrategia general de la prevención, que se desarrolla por parte de la Dirección de Salud Pública y las actividades de promoción de Salud Pública y las actividades de prevención como pueden ser Programas de Tamizaje. Los cuales se desarrollan por parte de la Dirección del Servicio Vasco de Salud, son políticas de prevención transversales y, en ese sentido, es la Dirección la que decide qué programas iniciar, por donde y en qué medidas. Para implementar las estrategias para la sostenibilidad del sistema, se formularon catorce proyectos, que están desglosados en cinco líneas políticas: el enfoque poblacional, la prevención, la promoción, la autonomía, el paciente, la continuidad en la atención e intervenciones adaptadas a los pacientes y, una transversal que es la innovación de los profesionales.

Definición de los Proyectos:

1. Estratificación de la población. Se inició su parte operativa a partir del año 2011, de los dos millones trescientos mil habitantes del país Vasco, se analizó su morbilidad, su edad, su sexo, todos los consumos de recursos que habían tenido hasta ese momento y se estratificaron, en función de seis niveles de consumo de recursos. En un 5% están aquellas personas que tenían un mayor consumo de recursos que no había traído. El 33% de los habitantes, consumen los ingresos que se producían en el país Vasco. Al mismo tiempo, se determinó que un tercio del gasto se produce en los ingresos, con lo cual se entiende que es donde hay que actuar. Entonces, se hace esa estratificación pero es una foto de un momento determinado. Luego, se va actualizando y el médico de atención primaria, se va incorporando pacientes que se cree deben estar en el vértice de la pirámide y, por tanto, gestionar caso a caso o retirar otros pacientes, que se piensa que no tienen por qué estar en ese control. En cualquier caso, es un aspecto muy importante, conocer los clientes y cómo cualquier empresa, en este momento quiere conocer el consumo de recursos de sus clientes, para adaptar la oferta a esas necesidades porque, además, la estratificación se hace por áreas, se hace por OSI y por el médico de atención primaria que conoce con nombres o apellidos, qué personas están en un nivel u otro. El código de complejidad se incorpora en su histórica clínica.
2. Prevención y promoción. Son programas transversales realizados por la Dirección de Salud Pública y por la Dirección de Servicio Vasco de Salud. Por ejemplo, estaba la prevención del tabaco, partiendo desde la Ley de Salud Pública, el Plan de Diabéticos, los Programas de Tamizaje, Colón, Cáncer, Síndrome de Down y de Detección Precoz de Metabolopatías. El programa de colon es el único en toda España que está ejecutado al completo, incluye toda la población y ha pasado por el tamizaje de sangre en heces e, incluso, están en la tercera ronda, porque se hace cada dos años a algunos pacientes. El programa de cáncer de mama, se inició desde el año 1989.
3. Autocuidado y educación al paciente. En el año 2011, se incorporaron 500 pacientes al programa y se ha continuado, de manera que en el año 2015, se han formado pacientes diabéticos, que controlan su enfermedad e, incluso, pacientes formados y con capacidades como, por ejemplo, un periodista que ha establecido una empresa, está al margen de forma privada, forma a pacientes crónicos, es decir, que se va extendiendo el programa y las personas con las enfermedades crónicas, van teniendo la responsabilidad de su enfermedad.
4. Red de pacientes activados y lo que se necesitaba era pasaran de ser Asociaciones de Pacientes muy reivindicativas, a que colaboren con el Sistema de Salud, se les daba unas pequeñas ayudas para que crearan Redes de Salud, de manera que, entre ellos y los pacientes se comuniquen. Actualmente, la tecnología está a disposición y el costo no es elevado.
5. La historia clínica única y digital, la experiencia es que cuando se inició el sistema, se tenían dos historias clínicas diferenciadas, una para atención primaria y otra especializada. Lo que se hizo fue tomar una decisión de mantener las dos historias, pero creando lo que se denomina una estación clínica, que engloba las dos historias por debajo, pero que el médico y el usuario solamente la observan en una pantalla, una estación clínica y contiene desde la historia clínica completa del paciente, como especializada hasta los artefactos que tiene que se relaciona con alarmas. Si un paciente ingresa por urgencias en cualquier hospital, a su médico de cabecera le llega la alarma que ha ingresado y tiene, incluso, la posibilidad de consultar bibliografía y sobre todo el hacer la interconsulta con el médico especialista. Lo que se trata es que el médico de atención primaria es el “propietario del

paciente” y el médico internista. Los Centros de Salud tienen un médico de referencia para ese paciente, con lo cual tiene una continuidad y ese Médico Internista es un médico consultor, no es un médico que se queda con el paciente.

6. Atención Clínica Integrada. En este tema es donde se inicia con el de las OSIS, mediante la cual se integra tanto del Primer Nivel de Atención, con el Tercer Nivel y se crean los microsistemas. Esa organización se empezó a crear con cuatro OSIS y se ha extendido a once. El primer año se creó una sola OSIS y se evaluó. Una de las preocupaciones del Consejero y el Viceconsejero era que las OSIS surgieran de abajo, es decir, que los profesionales empezaran a trabajar de manera conjunta el Primer y Segundo Nivel de Atención. En estas primeras OSIS, se crearon grupos en los cuales trabajaran para los GPS, que son las rutas de la enfermedad y, por otro lado, se creó otro grupo para trabajar en cómo se iban a organizar las OSIS. Entonces, se plantearon propuestas que fueron las que se indicaron anteriormente. Las OSIS que mejor han funcionado, son aquellas cuyo perfil del Gerente de esa Institución Sanitaria, gestiona un Hospital y gestiona los Centros de Atención Primaria. El que mejor ha funcionado es aquel perfil que había trabajado en ambos niveles y sobre todo, era una persona que no conocía la atención primaria. El mejor perfil es aquel que procede de la atención primaria y si conoce la atención especializada, gestiona mucho mejor, pero que tenga un cierto sesgo hacia la primaria, puesto que del hospital centrismo se había tenido suficiente. Las organizaciones han trabajado, se han creado unidades de referencia, en cada una de ellas de forma que el médico de atención primaria, tiene un internista de referencia, existe una continuidad de cuidados y los resultados han sido un menor reingreso de los pacientes, disminución de las urgencias y un mayor incremento de toda la atención, a través de las nuevas tecnologías. Es un poco repetitivo, es simplemente en el caso de los pacientes más frágiles, se hace una validación por parte del médico de atención primaria y, luego, se van incorporando los nuevos pacientes al circuito asistencial o los más frágiles, de modo que se va realizando la coordinación entre los diferentes niveles.
7. Hospital de Subagudo. Convirtieron los Hospitales Geriátricos y de larga estancia en Hospitales de Subagudos y la diferencia, en primer lugar, por su cartera de servicios y segundo por la tipología de pacientes que se atienden. Un hospital de esta naturaleza, Subagudos tiene Urgencias 24 horas, Hospital de día y un proceso de rehabilitación muy potente, además, con hospitalización de 24 horas. Los pacientes que asisten son conocidos, crónicos y cuando en la atención primaria tienen una descompensación o una agudización de su enfermedad, el médico de atención primaria, en lugar de enviarlo a urgencias del Hospital de Agudos, dado que están saturados por otros procesos, los envía directamente a las Urgencias de Subagudos, la ventaja que son pacientes conocidos, se conoce su enfermedad y es atendido por un Médico Internista de ese hospital, en subconjunto.

Respecto de una inquietud del Director Fallas Camacho, el Dr. Pérez Gil responde que el paciente subagudo es el crónico. Los hospitales subagudos son donde se atiende al paciente crónico, o sea, con varias enfermedades. Es un intermedio entre la atención primaria y el Hospital de Agudos, en el que se atiende a pacientes que no necesitan mucha tecnología, pero tampoco pueden estar en su casa, porque necesitan más cuidados y en el caso de que el paciente se agrave se puede referir al Hospital de Agudos.

Interviene el Dr. Montenegro y señala que cuando se diseña el nuevo Hospital, hay que pensar que esté diseñado para integrarse al sistema. En Costa Rica, no es necesario construir un Hospital de Subagudos sino crear Unidades de Subagudos dentro del hospital. Lo importante es hacer la ruta del paciente. Por ejemplo, en el Hospital San Juan de Dios, se crea una Unidad de Subagudos y cuando llega el paciente que no tenga que esperar, sino que vaya directamente a esa Unidad. Hay otro tipo de pacientes, que son mayores y, por ejemplo, se operan de la rodilla, o de cadera y a los tres días, en lugar de seguir evolucionando en ese hospital de agudos, se le envía al Hospital de Subagudos y es donde se le inicia la rehabilitación. Ahí permanece alrededor de once días, aproximadamente y, luego, se va a su casa y de forma ambulatoria hace la rehabilitación. La diferencia es que una Unidad de Subagudos, necesita menos médicos y más enfermería; por lo tanto es de mayor cuidado.

Respecto de una inquietud, indica el Dr. Pérez Gil que en el país Vasco, hay una especialidad de médico internista, que es el que tiene una concesión global de la enfermedad. Hay otras especialidades como, por ejemplo, Cardiología, Neumología, Neurología, entre otras. El internista es el que mejor asume este tipo de estrategia, porque es lo que mejor se integra. El internista atiende toda la patología del paciente.

Interviene el Director Fallas Camacho y señala que en este momento, el Médico Internista atiende poca patología, dado que las enfermedades cardíacas las atiende el Cardiólogo, lo correspondiente a neumología, es atendido por el Neumólogo, entre otros.

Señala la doctora Sáenz Madrigal que se deben aclarar dos aspectos. Cuando se hace esa clasificación del paciente en el primer nivel de atención, son las personas que tienen tres o cuatro patologías, por ejemplo, son diabéticos, hipertensos, cardiopatas y otras enfermedades, por lo que son las que van a sufrir, más rápidamente descompensaciones, complicaciones, progresividad de la enfermedad, entonces, se colocan ahí para que se les realice ese seguimiento nominal, para un eventual traslado a la unidad de subagudos. Comenta que en una reunión que se realizó se planteó, que a nivel de EBAIS, si son cuatro mil habitantes los que se atiende, cuántos pacientes por EBAIS van a tener en esa categoría de rojo, posiblemente, trescientos cincuenta y representan un 5%. Además, se determinó que toda la red de atención primaria, comprendida por un segundo nivel, son las Clínicas, de manera que ahí se podría ubicar el tema de los pacientes subagudos, pero con el concepto de que un paciente de esa naturaleza, tiene que recibir atención integral, para compensar su atención subaguda y, luego, tendrá que consultar con el Cardiólogo o en otras valoraciones, es un concepto diferente al que se tiene ahora. El sistema de Costa Rica es ajustable, porque se tiene atención primaria, las fichas, la información de la población, hay una red de servicios, hospitales de día, algunos hospitales son como híbridos pero, entonces, el hospital de día, a veces no se integra a esa visión del resto de la población y funciona como un hospital paralelo.

El Dr. Fernando Montenegro comenta que el Médico Internista en América Latina, desafortunadamente, es muy parecido a lo que sucede en Estados Unidos, no a lo que acontece en Canadá y no solo se involucra la formación que puede ser a largo plazo, sino los incentivos económicos, tanto el nivel de atención primaria en Canadá, como el internista son atractivos económicamente, no es como en Costa Rica, donde el internista lo que quiere es un salto para ser el Cardiólogo mañana o especialistas en cuidados críticos. No es solo Costa Rica, sino en

América Latina, es el problema que los Médicos Internistas, siempre están proyectando en ser Cardiólogos y es un paso intermedio.

Ante una pregunta del Director Devandas Brenes, tendiente a conocer en esa red cómo funcionan los partos y los cuidados paliativos, responde el Dr. Pérez Gil que en el caso de los cuidados paliativos, por un lado, en los Hospitales Subagudos están las unidades de paliativos; sin embargo, en todos los hospitales y en todas las Organizaciones Sanitarias, existen unidades específicas de hospitalización domiciliaria. Comenta que cuando dejó el país, aproximadamente, había 500 pacientes que estaban egresados y se les atiende en su domicilio, ese aspecto no evita tener en un hospital de 600 pacientes, un 90% de ocupación, a esa situación se le denomina hospital sin muros. El problema es que esa estrategia, políticamente no se logra mercadear, un hospital a domicilio por lo menos en España, no tiene mercadeo. Por ejemplo, cuando se inauguró una Unidad de Hospitalización a Domicilio, en un área que fue oficial, había dos periodistas y se indicó que en esa área se iba a atender 150 pacientes en casa, de haberse tratado de un hospital, en la inauguración habrían participado gran cantidad de periodistas, es decir, que el problema es que el mercadeo político, a veces riñe con aspectos de esa naturaleza y no produce satisfacción, porque se trata de hacer mucha pedagogía por parte de la administración. Dedicarse menos a la construcción y mucho más a nuevas formas de atención.

En otro capítulo, el Dr. Montenegro se refiere al tema de la mejora en la calidad de la atención de los pacientes, por ejemplo, cuidados paliativos, no solamente tiene una relevancia para todos y, además, para los pobres. La Caja se acerca al paciente, si el paciente tiene un problema, porque los hijos están trabajando para tratar de ganarse el sustento, cuidados paliativos significa llevarle la atención a la casa y apoyar la familia, asegurar que la Caja llega hasta el hogar y mejorar la calidad de la atención, así como para la satisfacción de la vida. Dado que son pacientes de mayor complejidad, inclusive, en algunos casos se aplica quimioterapia y el sistema digital contendrá su historial.

Interviene la doctora Sáenz Madrigal y señala que el Sistema de la Caja es muy importante, porque se desligó de una práctica que se tiene en la Institución, por ejemplo, el paciente es atendido en el EBAIS, se presenta una necesidad de especialización y, rápidamente, se les da una referencia para el siguiente nivel, ya sea para el segundo o tercero. Sin embargo, el médico de atención primaria, pierde el control de ese paciente y en la Caja no sucede, porque es responsabilidad de ese equipo primario el seguimiento.

El Director Fallas Camacho señala que, en Costa Rica el médico de empresa, es un médico que contrata la empresa para atender los pacientes. Le parece que en España obligaban a tener el Servicio de Salud en las Fábricas y en las Empresas, pero la Caja le da apoyo a ese médico, en términos de medicamentos, de laboratorio, entre otros. Existe una especie de nexo entre ese médico de empresa y la Institución, lo mismo sucede con la medicina mixta, el paciente busca a un especialista o médico, pero la Caja le facilita los medicamentos, le brinda apoyo de laboratorio, entre otros. Hay una relación, por lo cual se piensa que de una u otra manera, el médico debe tener la información del paciente. Considera que la historia clínica no es del médico, es del paciente y se le da al médico, en el momento en que la requiere y la carga con su clave.

Sobre el particular, el doctor Pérez Gil indica que en España la situación es un poco distinta, porque la historia clínica debe estar depositada en el Servicio de Salud, la puede solicitar, únicamente, el paciente y el juez. Continúa y hace referencia al tema de las OSIS, en el sentido de que existe un Servicio de Obstetricia y Ginecología y no se diferencia el segundo y el tercer nivel de atención. Cada Organización Sanitaria como ha indicado, tiene 11 Hospitales de Subagudos y 11 de Hospitales de Agudos en todo el país Vasco, pero no todos los hospitales tienen la misma cartera de servicios, por ejemplo, hay una sola Unidad de Quemados que está en Cruces, hay cuatro Centros que tienen Hemodinamia, Neurocirugía y hay tres, que tienen el servicio de Hemodiálisis. En el país Vasco no existe un servicio que se encargue de Trasplantes de Corazón, esos casos se envían a la comunidad que se denomina Santander. En el caso de los trasplantes y las patologías difíciles, existe un fondo de compensación que se paga en función del Grupo Relacionado de Diagnóstico (GRD). Por otro lado, en un solo sitio está concentrado lo que corresponde a trasplante renal de donante vivo y donante fallecido, trasplante de Córnea, de Médula y Trasplante de Hígado. No tienen trasplante de Pulmón, por lo que el procedimiento se realiza en Santander. En cuanto al tema pediátrico, para que se les brinde la atención a los pacientes con enfermedades delicadas, se envían al Hospital de la Paz de Madrid, porque tiene un nivel de Pediatría excelente.

Intervine el Director Loría Chaves y señala que la resolutiveidad, de los médicos del Primer Nivel de Atención es muy importante y pregunta cómo se hace la adscripción del paciente al médico. Si es un médico de familia, le correspondería atender todo el núcleo familiar o no. Es importante, porque se ha hecho referencia de que el médico de cabecera, es el que le da el seguimiento al paciente, pero quiere conocer si es un médico que atiende toda la familia o no. Como segunda pregunta cuál es el perfil de ese médico, si es un médico general o si tiene ciertos énfasis, que la permitan atender más patologías. Como tercera pregunta, si ese médico una vez que ha referido a su paciente a médicos especialistas con algunas patologías, como médico general puede prescribir los medicamentos de esas especialidades, porque el paciente ha sido atendido por un especialista.

Responde el Dr. Pérez Gil que la adscripción al médico de familia, es por ciudadano, no tiene por qué ser por familia. El médico de familia es una especialidad más, por ejemplo, en España la carrera de medicina tarda seis años, después hay un examen general a nivel nacional que se implementó hace poco, entonces, cada profesional elige las especialidades y dentro de ellas está la de médico de familia, con lo cual es un especialista más.

En cuanto a una consulta del señor Loría Chaves, señala el doctor Pérez Gil que la prescripción electrónica de los medicamentos, se hace tanto por el médico de familia, como por el médico hospitalario. El médico especialista prescribe y queda reflejado en el programa de prescripción automática. Como ejemplo, si él tuviera prescripción y toma medicamentos para fibrilación auricular, entonces, cada cierto tiempo, cada año suele ir al médico cardiólogo. Normalmente, ese medicamento lo prescribe, el médico de atención primaria mensualmente o bimensual, pero si va a consulta cada año al médico cardiólogo y si le cambia la prescripción, aparecerá en el sistema y a partir de ese momento, el médico de atención primaria modifica la prescripción.

Abona el doctor Fernando Montenegro que hay países, donde se les impide a los médicos que den la prescripción de los medicamentos correspondiente a especialización, solo pueden prescribir

medicamentos para un mes y los medicamentos de los meses siguientes, son prescritos en el Primer Nivel de Atención.

Al respecto, don José Luis Loría señala que en Costa Rica el proceso se realiza a la inversa, el médico general de atención primaria, no puede prescribir medicamentos que hayan sido recetados por un especialista.

El doctor Pérez Gil indica que el médico de Atención Primaria prescribe exámenes de laboratorio, exámenes de radiología simples y en alguna OSIS, como experiencia, algunos médicos generales pueden prescribir TAC, Escáner, Tomografía.

8. Competencias Avanzadas de Enfermería: dado que se crearon tres papeles para que desempeñe la enfermería. Primero, la enfermera gestora del caso, es decir, para aquellos pacientes frágiles que estaban ubicados en el vértice de la pirámide. Una enfermera es la que le lleva el seguimiento individualizado a cada paciente. La enfermera planifica los cuidados de ese paciente de forma individual, por ejemplo, que la persona tiene que realizar ejercicio todos los días, además, si se tiene que tomar la presión semanalmente y la enfermera, vía telefónica o presencialmente, cada cierto tiempo interactúa con el paciente, para determinar si ha seguido esa ruta que le marca. Esa es la enfermera gestora del caso.

Respecto de una consulta del Director Fallas Camacho, tendiente a conocer si la enfermera es la que asume la responsabilidad del paciente, responde el Dr. Pérez en forma positiva y, además, asume la responsabilidad del paciente y el médico, le presta la atención médica cada cierto tiempo y si se descompensa, entonces, le solicita al médico que lo atienda. La primera enfermera a la que se hizo referencia, está en Atención Primaria y la Enfermera de Continuidad Asistencial está en los hospitales y es la que se responsabiliza de que el paciente sea visto de forma continuada, de manera que es la que llama al paciente, para conocer cómo está y lo contacta con la atención primaria. El alta al paciente la da el médico y, luego, la enfermera llama al paciente al día o a los dos días, o a los tres para indicarle que se ha pedido una cita para un determinado día, con el médico de atención primaria o que tiene una cita con el especialista, porque otra función importante que realiza la enfermera, es recordarle las citas a los pacientes.

9. Colaboración sociosanitaria. Se trata aquí de que el Sistema de Salud Vasco, está en contacto con el Sistema Social, tanto en el aspecto que se refiere a domiciliario y está ahí, pero no es competencia del Servicio Vasco de Salud, sino de otros departamentos, pero debe existir una coordinación, tanto con ayuntamientos como con las residencias, para tener pautados como se les tiene que dar seguimiento a los pacientes. Por ejemplo, si el médico de la residencia visualiza la historia clínica y existe la telemedicina con las residencias, es un poco la coordinación, para que el paciente no se quede en los hospitales, si no que pueda tener salida, es decir, reducir la estancia media y los hospitales puedan ingresar a las residencias.
10. Financiamiento y la contratación. Cada OSIS tiene un contrato de gestión, en el cual, anualmente, se negocia con las OSIS y se le asigna la financiación que va a tener y los recursos que va a disponer, además, la producción que se espera, objetivos de producción, objetivos de calidad y objetivos vinculados a la estrategia de cronicidad que se va a tener. Estos objetivos de producción están medidos tanto en GRDs para la

Hospitalización como población, la cual está estratificada en función del riesgo y como lo ha indicado en objetivos de calidad, objetivos de implantación de programas y se le asigna un financiamiento que va correspondiendo con esa producción que va a realizar, de tal forma que, mensualmente, la Organización Sanitaria presenta la factura de lo que ha realizado en Atención Primaria, el número de pacientes y el número de personas que cubre. En el caso de Atención Primaria por personas, porque es por cápita. En el caso de Hospitales va por GRDs, por consultas y pruebas complementarias que se hayan realizado. A partir de ahí, se presenta la factura y se hace una transferencia monetaria.

Interviene el Director Gutiérrez Jiménez y señala, en primer lugar, que el Seguro Social debe ser considerado una empresa y es uno de los aspectos que algunos Directores, han venido tratando de promover hace muchos años en una Institución Pública, porque en el momento en que se determine la Institución como empresa, se va a exigir calidades de empresas de esa naturaleza y no burocracias de tipo público. Por otro lado, coincide mucho con el doctor Pérez en que hay que atacar los problemas crónicos, porque la pirámide se ha invertido y, entonces, hoy se tiene mayor cantidad de Adultos Mayores, con enfermedades crónicas y con un elevado peso económico por esas enfermedades. La mayoría de los Miembros de la Junta Directiva, han indicado que no son solo los Especialistas los que requiere el Sistema, sino el Médico de Familia atendiendo, por no indicar el médico general, como lo que hacía don Oscar Fallas unos años atrás. El Dr. Fallas Camacho atendía los partos y una serie de aspectos que al día de hoy, los médicos generales podrían estar atendiendo, principalmente, en la zona rural y que no, necesariamente, tienen que ser atendidos por especialistas. Sin embargo, considera que ha habido una desnaturalización del médico general, donde todo lo refiere, cuando en el tiempo de don Oscar Fallas y más cerca, el médico general tiene la capacidad para resolver algunas de esas situaciones. De modo que si no se modifican las estructuras, los modelos de atención, las necesidades imperiosas que tienen hoy los usuarios del servicio, sobrepasará al tema financiero; es decir, las estructuras actuales, por ejemplo, el 66% del presupuesto de la Caja, se destina a los temas salariales, más otro poco en indirectos y correspondería al 74% del presupuesto de la Institución y si se suma el 10% de los costos fijos, se alcanza un presupuesto del 84% y un 16% se destina a la compra de equipo, desarrollo, mantenimiento de estructuras y esa situación no es sostenible. Le preocupa el tema de los salarios, porque se indexan cada seis meses, de manera que sigue siendo una variable muy peligrosa, en ese sentido, lo ha indicado en muchas ocasiones que la Caja no es viable, si no se modifican los modelos. Como ilustración, ha indicado que sería muy interesante que cuando el paciente egrese de un hospital, aquellos pacientes que han tenido una atención muy importante o de ese significado hacia arriba, se le debería elaborar una factura con el costo de su tratamiento, no para cobrárselo, pero si para que esa persona entienda que su tratamiento de cáncer costó treinta mil dólares por sesión o por ciclo, porque las personas no lo miden. Por otro lado, le preocupa que el 65% de las emergencias que llegan a los centros de la Caja no son emergencias, entonces, se producen largas filas y los Servicios de Emergencia, están colapsados. Le gustaría que todos estos temas de derechos, pero que no son conscientes en las obligaciones, como ilustración, una persona va al médico a consulta siete veces, independientemente, que se sienta mal o no porque es parte de su cultura. Le produciría satisfacción conocer cómo se han abordado esos temas, porque tiene seguridad que no es un tema propio de Costa Rica, sino de los Sistemas de Salud, porque no se hace nada con solucionar las facturaciones y pagarlas, si el tema de fondo es que tampoco existe en el usuario, la conciencia de modificar su cultura y ese aspecto se relaciona con la prevención y con hábitos de conducta, en términos de cuidar la salud.

Destaca el Dr. Pérez Gil que en Costa Rica se tiene una ventaja significativa, en el sentido de que la personas se sienten muy identificadas con la Caja y con las pocas personas que ha podido conversar, así lo ha determinado. El resto de las comunidades autónomas de España están mucho menos identificados que con la Caja; es decir, en Barcelona todavía existen taxistas a los que se les solicita que les preste un servicio al Instituto Catalán de la Salud e indican que es al Seguro, no se identifican con el provisor. Repite esa es una ventaja que se tiene en Costa Rica, pero es muy importante, porque se identifican con un aspecto propio y es muy significativo, porque cuando cree que no le pertenece, se deshace de él y si lo considera que es de su propiedad lo quiere conservar y luego, culturalmente, se debe realizar una labor de pedagogía pero, incluso, dentro de la propia administración, la pedagogía debe ser en el sentido de que el paciente sea mucho más responsable de sus obligaciones y sus derechos, pero se parte de una situación, no de cero, sino casi de menos dos, de que los pacientes en Europa son muy adolescentes, en términos de que son muy demandantes y se les tiene que hacer todo, esa es una labor cultural que hay que hacer con todos los estamentos. Recuerda la conversación que sostuvo con el defensor del pueblo del país Vasco, inició con el Dr. Rafael Bengoa y se está empezando a hacer referencia de los derechos de los pacientes y, lo primero, a lo que hizo referencia don Rafael, es lo concerniente a las obligaciones; es decir, que es un cambio cultural. Con respecto de lo que mencionó don Adolfo Gutiérrez, sobre enviar al paciente la factura con lo que ha consumido, en el país Vasco, se hizo una carpeta de salud con la historia clínica del paciente, de manera que el paciente, por medio de un teléfono o de la página web, puede consultar. Ingresa con una clave al sistema, dado que están aprobadas por la Ley de Protección de Datos, e ingresa su carpeta de salud y esta tiene sus informes médicos, toda su historia de consultas, sus urgencias, las pruebas de laboratorio, sus radiografías y aparte, puede consultar sus dudas al médico y sus costes de la atención. No se demanda un papel, una factura, porque al usar el ordenador, no se usan los papeles y, por tanto, se establece la posibilidad de que se pueda visualizar en la carpeta de salud.

Al respecto, señala el Director Gutiérrez Jiménez que el problema de la Caja, es que todavía no tiene un expediente electrónico.

Sobre el particular, indica el Dr. Pérez Gil que está en marcha

Interviene el Director Barrantes Muñoz y señala que en ese nivel primario, se enfatizó mucho sobre la población con muchas patologías, la crónica, pero su pregunta se dirige más, en el sentido de que se señalaba el médico, la enfermera, pero hay otras series de temas, que a ese nivel pueden ser y son, evidentemente, necesarios como temas relacionados con Odontología, Nutrición, Rehabilitación, Asistencia de Terapias diversas, los problemas propios de la mujer en temas de prevención y de embarazo, porque se hizo referencia al parto. Le gustaría conocer sobre todos esos temas a ese nivel.

El doctor Pérez Gil señala que cada mujer y cada niño menor de 14 años, tiene un Pediatra asignado, de manera que hay un profesional de esa especialidad, en cada centro de salud, el cual se encarga de controlar y le da seguimiento a los programas del niño sano, así como toda la patología pediátrica, a nivel de ese pediatra y cuando es un tema mayor, el paciente se deriva a un especialista. Por ejemplo, si es un problema neurológico, lo deriva al Neurólogo Infantil. En el caso de la mujer, tiene un médico de cabecera, correspondiente a un médico de atención primaria; por ejemplo, hay programas que se ocupan anualmente, de realizarles una revisión ginecológica a

todas las mujeres y, luego, están los programas de cáncer de mama. Además, de los relacionados con programas de fertilidad, para cada caso se destina un día para la atención de fertilidad, dado que tienen dos unidades de fertilidad, en el país Vasco y por tanto, se atiende de forma más o menos igual que en Costa Rica.

El Director Loría Chaves indica que el tema lo ha seguido con mucha atención, porque es muy importante, pero cuando se hace referencia de que es una Institución Pública sometida a derecho privado, le preocupa y pregunta si todos los empleados son públicos.

Responde el doctor Pérez Gil que cuando se indica que esas instituciones están sometidas a derecho privado, significa que tienen herramientas de derecho privado, de tal forma que se lleva una contabilidad presupuestaria, tienen la obligación de llevar una contabilidad financiera al igual que las empresas; por otro lado, cada organización sanitaria tiene su propia tesorería. Por ejemplo, hay dos tipos de compras y cada año se definen cuáles son estratégicas y cuáles son las inversiones estratégicas y cuáles no. Las inversiones estratégicas las gestiona la Unidad Central del servicio Vasco de Salud, en la Unidad Central, la organización central se realiza directamente, de forma que saca los concursos, los cuales son de obligado cumplimiento para el resto de hospitales y redes y las que no son estratégicas. Todo equipamiento importante y aquel equipamiento pequeño, pero que sumado puede producir una línea de escala, son todas aquellas compras masivas, que también producen una economía de escala y, en su mayoría, son todas las farmacias y todos aquellos servicios que producen economía de escala. Como ilustración, un servicio de seguridad, puede producir economía de escala, así como un servicio de electromedicina. El tema de Cataluña es muy diferente, porque tiene muy privatizada la sanidad y cada centro tiene su modelo. Es un gobierno muy diferente al resto y tienen esa organización, en que cada uno tiene lo que necesita, pero tienen muchos problemas.

Respecto de una inquietud del señor Loría Chaves, en términos de conocer si los empleados son públicos, anota el Dr. Pérez Gil que, generalmente, los servicios privados son los de seguridad y limpieza, incluso, los de cocina y lavandería son por medio de contratos con la empresa, hay competencia y se hace un contrato.

El Director Devandas Brenes pregunta cómo se distribuye el costo entre los diversos niveles, por ejemplo, cuánto consume el primer nivel de atención o el agudo o el subagudo.

El Dr. Pérez Gil indica que no se determina de esa manera, es decir, se asigna un presupuesto a una organización sanitaria y tiene que intentar ajustarse a ese presupuesto. De manera que se tienen estadísticas, en términos de que un 50% del presupuesto, se invierte en lo que se relaciona con los servicios hospitalarios, el 23% en farmacia, aunque el costo disminuyó, con la incorporación de los medicamentos genéricos, de modo que el gasto está en alrededor de un 20%, en atención primaria la inversión es del 25% ó 30% y un 5% son gastos de administración.

Agrega el doctor Fernando Montenegro que el costo de atención primaria, puede ser muy bajo pero altamente rendidor, no hay que incorporarle más recursos financieros. Siempre termina siendo la atención primaria de un costo más bajo, en comparación con el costo a nivel hospitalario. En ese sentido, se debe potenciar la Atención Primaria. Por otra parte, refiere que la información que mensualmente se tiene de los GRDs, funciona como un cuadro de mandos, que maneja tanto las Gerencias de las Redes, como la Dirección General del Servicio Vasco de Salud.

Por otro lado, se tiene la hoja de listas de espera de la demora media, la cual se usa para la gestión, de manera que cada mes o dos meses, por medio de la lista de espera que funciona como un cuadro de mando, se examina a cada una de las organizaciones.

11. Centro de servicios multicanal. En este servicio se trata de introducir las nuevas tecnologías en el sistema sanitario, las nuevas tecnologías están en Hacienda y poco introducidas en sanidad. Considera que las nuevas tecnologías ahorran muchísimo y hoy en día, por ejemplo, los pacientes mayores la están utilizando por medio del teléfono para leer. El Centro Multicanal tiene catorce proyectos, no los puede explicar todos, pero se ha explicado la carpeta de salud, que va desde la cita previa, hasta el Consejo Sanitario, que es un pool de enfermeras, a las cuales cualquier persona puede llamar y consultar, por un determinado problema sanitario que tenga o problema farmacéutico. Se tienen unos algoritmos validados por el Consejo de Médicos, con lo cual la enfermera va indicando lo que tiene que hacer y si no puede hacerlo, se le indica al paciente que tiene que trasladarse a Urgencias. El 85% de las consultas las resuelve la enfermera. El tema de telemedicina, se produce desde la telemedicina con los Centros de Atención Primaria. Por ejemplo, la Dermatología está muy desarrollada, las residencias en las cárceles, han evitado el desplazamiento de muchos presos a las consultas, por lo que eso conlleva, se hace con el médico de la cárcel y el médico especialista en el otro lado del ordenador. Lo que es un Centro de Servicio Multicanal y como se indicado partiendo desde la cita previa.
12. La receta electrónica, es un programa en el cual, desde la prescripción hasta la dispensación, se hace de forma electrónica. Los pacientes van con la tarjeta a la Farmacia y le dispensan la medicación que necesitan, sobre todo para los pacientes crónicos, porque evita muchas consultas de repetición. Además, el paciente no tiene que ir a que le hagan la receta, porque el sistema la contiene. Como ejemplo, el Dr. Pérez Gil va por sus medicamentos cada mes y, entonces, directamente el farmacéutico lo ve y el médico lo atiende cuando así lo indique o el paciente se descompense.
13. El Centro de Investigación de Innovación y de Investigación de Cronicidad, que al final no se llegó a poner en marcha, con lo cual ese fue un incumplimiento.
14. Hay profesionales en cualquier Centro de Salud que están trabajando crónicos y están haciéndolo bien. Se trata de compartir esas experiencias. Además, hay profesionales que realmente introducen mejoras, para esa atención y lo que se trata es de colocar herramientas que puedan compartir entre los profesionales y se puedan trasladar a otros centros. Entre esas herramientas está el organizar foros y talleres. En algunas OSIS son redes, foros por internet, en los cuales se comparten experiencias de esta naturaleza. Anualmente, se promovía un premio para la mejor innovación, con lo cual esto se acumulan aspectos que se desarrollan debajo de la pirámide y se trasladan para arriba.

Como conclusión señala que ese sistema es exclusivo del país Vasco, no se ha inventado, simplemente, lo que se ha hecho, es ponerlo en práctica con mucho trabajo y, además, casi completarlo. Se tienen experiencias de esta naturaleza en Irlanda del Norte, Escocia, Holanda, Estados Unidos y es el modelo referente de todos. En Inglaterra, en Nueva Zelanda y en otras

comunidades autónomas, como lo indicó en Cataluña, en Valencia y Castilla León, son las más representativas de cronicidad, junto con lo que se ha hecho en España, con otros modelos un poco más diferentes. En Valencia, por ejemplo, han optado mucho por la privatización y se entiende que no han sido buena experiencia. Comenta que tuvo la fortuna de trabajar cinco años, en la Fundación de Investigación de Enfermedades Neurodegenerativas, dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo de España y aprendió mucho con todos los investigadores que ahí estaban.

El Director Fallas Camacho agradece la presentación y le parece que se debe realizar un gran esfuerzo para tomar tantos elementos, porque no es fácil, sin duda alguna les quedan muchas dudas. Hace referencia a aspectos fundamentales, por los cuales no se ha podido iniciar, apropiadamente, con todas las ideas. Primero, se carecen de elementos básicos para poder iniciar con un Sistema de Información, porque la información que se tiene no está, completamente, segregada por grupo etéreo o por patologías, es un elemento que se tiene que trabajar y es uno de los retos que se están planteando, a efecto de poder definir responsabilidades de las unidades de asistencia sanitaria. Además, todavía no se cuenta con la clasificación de los pacientes agudos o subagudos, porque los hospitales se confunden, dado que se tienen hospitales de primer, segundo, y tercer nivel, o tienen los seis niveles. Sin duda alguna, el gran esfuerzo es fortalecer ese primer nivel de atención médica, con un objetivo muy claro, en el sentido de determinar, cómo evitar que el paciente se enferme y tenga que consultar, esa es la gran preocupación. Se conoce que los recursos financieros son escasos y no se puede producir más, en función de la economía nacional. El gasto que se produce en el Seguro Social, lo paga toda la población y no se puede comprimir más al pueblo, solicitándoles más recursos financieros, por lo que se tiene que limitar el gasto, así como el desarrollo en general. La idea es poder fortalecer todo lo que corresponde a la atención primaria, fomento la prevención a la salud, para determinar en cuánto se puede producir impacto en las enfermedades crónicas. El otro elemento fundamental, se relaciona con los sistemas de información de la Caja, a pesar de que la Institución tiene setenta y tres años, son deficientes y tardíos. Se tiene mucho dato que se recopila, pero la información no se convierte en real para la gestión. La eficiencia básica es que cada quien al sentir necesidades, ha ido creando sus propios esquemas de información, para entrelazarlos y tener un sistema único, es un problema que existe y se está tratando de resolver. El hecho de tener la producción, ya sea por costos asociados o por finales, para poder asignar un costo y no se tiene un sistema de costos, para poder asignarle el costo a la atención médica, no se le puede suministrar a un paciente, lo que costó la consulta, sería un aspecto adicional y, además, cree que sería bueno, pero no tanto, porque hay muchos pacientes que les cuestan varios miles de dólares, individualmente, al año y se podría crear problemas de equidad o pensamiento. Otro elemento es que se tiene toda la productividad, pero no la pueden tener en línea. Para el proyecto de presupuesto del año 2016, cómo se van a distribuir esos recursos financieros, se continua usando de una u otra manera, el esquema tradicional de asignación presupuestaria. La idea es que se convenga, no un contrato que en algún momento se trató de implementar y no se logró, pero asignarle a cada unidad un presupuesto en función de una carga de responsabilidad. Además, que el Órgano Colegiado al que le corresponde aprobar los presupuestos, tenga la posibilidad de visualizar, exactamente, cuándo le está asignando recursos financieros a una unidad, qué es lo que va a hacer y qué es lo que se espera, no solo en producción, si no en el impacto que se produce en la población, porque no se logra un resultado positivo si solo se conoce qué está sucediendo con la salud de la comunidad. El sistema de costos es un elemento fundamental, pero se tienen problemas con otras instituciones del Gobierno, a las que se les dan

los servicios y, ahora, se le debe cobrar e indican que se les demuestre lo que se les está cobrando, para conocer si está sustentado en un costo real. Otro problema que se tiene es la formación de especialistas médicos, porque tienen una limitada formación de especialistas médicos; además, existe desorden porque los grupos, van creando las subespecialidades y no el sistema; dado que la Ley les permite a los médicos, definir aspectos de esa naturaleza en el país. En el caso de especialidades, significa inmediatamente presión para el sistema y no se pueden cerrar, porque existe la Sala Constitucional, que indica que no se puede negar el servicio que demanda un paciente, si un médico le ha prescrito alegando incapacidad financiera. Lo que provoca que los escenarios sean distintos para poder actuar en función de las necesidades institucionales. De manera que se tienen que considerar esos elementos, para poder impulsar los cambios. La idea es poder fortalecer todos esos niveles y los pacientes no tengan que ser referidos al hospital. Lo otro es que hay una cultura que se ha creado a nivel nacional, cultura médica muy propia de Latinoamérica, por ejemplo, los pacientes indican que no quieren ser atendidos por un médico general, si no por un especialista. Esos aspectos se asocian a una disputa entre los hospitales, dado que todos quieren tener todas las especialidades y todos los equipos tecnológicos, entre otros. Existe una especie de cultura que quizás, es lo más difícil de poder modificar para que se produzcan los cambios. Son elementos con los cuales, también se tienen limitaciones, porque las personas reclaman excelentes servicios. En cuanto a la lista de espera, está compuesta por estudios de mamografías o de interpretación de Papanicolaou, aspectos que están superados. Otra situación que se visualiza es la referencia y la contrareferencia, porque el médico especialista no quiere dejar a sus pacientes, quiere seguirlos manejando y algunas personas, desde lugares lejanos tienen que asistir a la consulta. Entonces, son elementos un poco culturales y no solo lo tiene el paciente, sino la misma Caja.

Interviene la señora Presidenta Ejecutiva y señala que sin aras de realizar un resumen, pero quiere rescatar algunos temas que le parece importantes, para que se fijen a nivel de la Junta Directiva. Primero, lo más claro de las redes que se planteó, es en el sentido de que están, prácticamente, el primer, el segundo y el tercer nivel, están fuera de ese concepto. Le parece muy importante, porque a nivel de la Caja, se había pensado que eran tres redes, dado que se partía de los hospitales nacionales y cree que está claro ese tema, de manera que esa situación se tendrá que revisar a lo interno. El otro tema, es en términos de que se le debe dar otro sentido a la atención primaria en salud, basada en tecnologías y estrategias multicanal y esa estrategia multicanal, muy sustentada en enfermería. Le parece que es un tema fundamental y que la implementación que se está visualizando, es una estrategia progresiva. Por otro lado, se indicaron tres aspectos relacionados con el direccionamiento político y es muy importante para esta Junta Directiva. Primero, la visión política tendiente a mejorar el uso de los recursos financieros y la lógica no es, ni incrementar, ni disminuir los recursos financieros y le parece que ese es un tema que se tiene que tener muy claro, a nivel de la Junta Directiva. Segundo, es pasar de una lógica aguda, a realmente atender a los pacientes crónicos y producto de esa atención, la lógica está en la vigilancia, supervisión y seguimiento del paciente, para asegurar la atención, no basada en los procedimientos, sino en el paciente que, obviamente, habrá que registrar los procedimientos para razones de producción, pero que hay un sistema que está centrado en el paciente a lo largo de la atención. Estima que esta presentación sirve para seguir reflexionando sobre el tema.

El Dr. Pérez Gil anota que la señora Presidenta Ejecutiva ha resumido excelentemente. Existe un tema que es la activación del paciente; es decir, la responsabilidad del paciente y el autocuidado, o sea, el paciente se responsabilice de su autocuidado.

Apunta la doctora Sáenz Madrigal que también en la presentación se plantea, implícitamente, que no se trata de limitar intervenciones, sino de conocer las necesidades del paciente, lo cual le parece es la otra lógica y muy potente, después de las tendencias que se tienen en América Latina. El otro tema, pensando en una posible visita, para tenerlo pendiente en el futuro y sería muy importante, ir visualizando la posibilidad contar con alguna persona, que esté en este momento, conociendo la aplicación del modelo en el país Vasco. Además, que una persona de las Asociaciones de Pacientes, observe la parte del gestor de redes. Considera que en otro momento para el modelo, para las personas que están revisando el modelo, hay una petitoria más operativa, que no es para la Junta Directiva. Le daría mucha riqueza a las personas que están impulsando la visión del Modelo de Atención. Agradece la presentación.

Se toma nota.

Los doctores Montenegro y Pérez Gil se retiran del salón de sesiones.

Ingresa al salón de sesiones la Directora Alfaro Murillo.

Ingresan al salón de sesiones los licenciados Héctor Maggi Conte, Gerente, y la licenciada Graciela Mora, Directora Financiera Administrativa de la Operadora de Pensiones Complementarias y de Capitalización Laboral de la Caja Costarricense de Seguro Social (OPC CCSS S. A.), y el licenciado Ricardo Montenegro, personero del Despacho Carvajal.

Se hace un receso, al final del cual se reinicia la sesión a las trece horas con veintisiete minutos; en el acto mismo y a la ya citada hora se suspende la sesión de la Junta Directiva de la Caja y ésta se convierte en asamblea de socios de la Operadora de Pensiones Complementarias y de Capitalización Laboral de la Caja Costarricense de Seguro Social (OPC CCSS S. A.), para celebrar la asamblea ordinaria número 61.

ARTICULO 9º

“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22835-15, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.

Ingresan al salón de sesiones el Gerente Financiero, licenciado Gustavo Picado Chacón; el licenciado Sergio Gómez Rodríguez, Jefe del Área de Formulación de Presupuesto, y la licenciada Martha Jiménez Vargas, del Área de Planificación Operativa de la Dirección de Planificación Institucional.

ARTICULO 10º

Se presenta el oficio N° GF-11.636-15, del 17 de marzo del año 2015, firmado por el Gerente Financiero, que contiene la propuesta para la revaluación N° 31 de los montos de las pensiones del Fondo de Retiro de Empleados de la Caja (FRE).

Al efecto, el licenciado Picado Chacón se apoya en las láminas que se especifican:

- 1) CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Presidencia Ejecutiva y Gerencia Financiera
Dirección Actuarial y Económica
Dirección Fondo de Ahorro y Retiro de Préstamo
Estudio actuarial
Revaluación N° 31 de los montos de pensiones del Fondo de Retiro (FRE).

2)

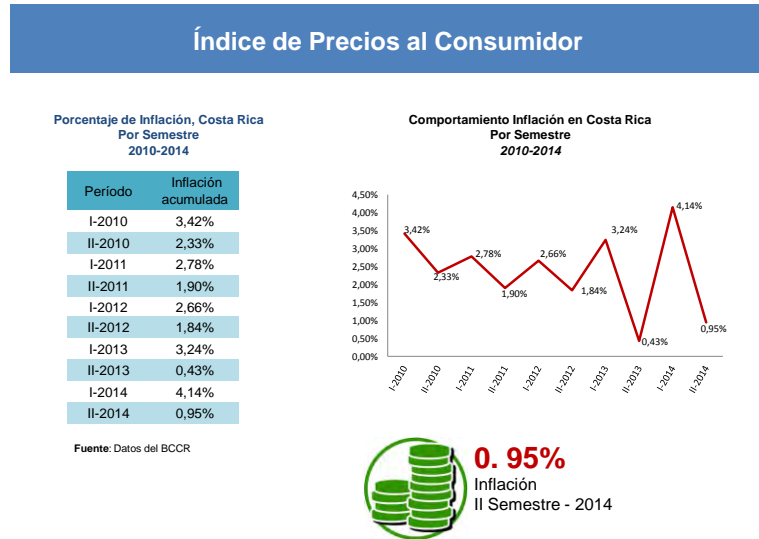


3)



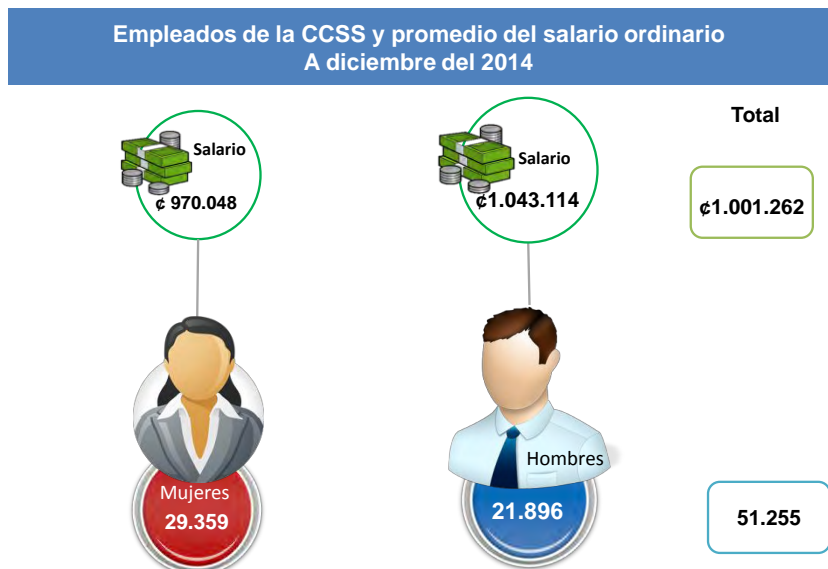
- 4) Aspectos técnicos.
- 5) Situación actuarial del fondo.
Revalorización montos de pensiones
Parámetros establecidos en el último estudio de la Valuación Actuarial del FRE, al 30 de junio del 2014

6)



7) Estadísticas de fondo.

8)



Fuente: FRE, Planilla de Empleados de la CCSS a diciembre del 2014. Datos depurados en la Dirección Actuarial y Económica

9)

**Empleados de la CCSS y promedio del salario ordinario
A diciembre del 2014**

Sexo	Número	Salario
Hombres	21.896	1.043.114
Mujeres	29.359	970.048
Total	51255	1.001.262

10)

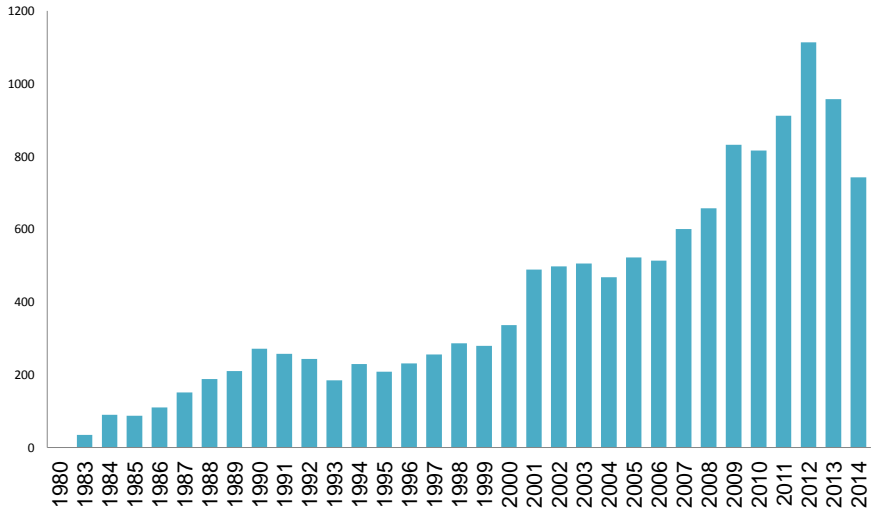
**Monto de pensiones promedio por riesgo y sexo
(En colones)**

Riesgo	Mujeres	Hombres	Total
Invalidez	41.427	61.040	46.471
Vejez	128.345	144.328	134.876
Viudez	48.726	35.739	46.778
Orfandad	23.924	23.619	23.768
Otros	13.225	19.154	19.154
Total	89.353	118.370	99.454

Fuente: Planilla de Pensionados a junio del 2014, FRE

11)

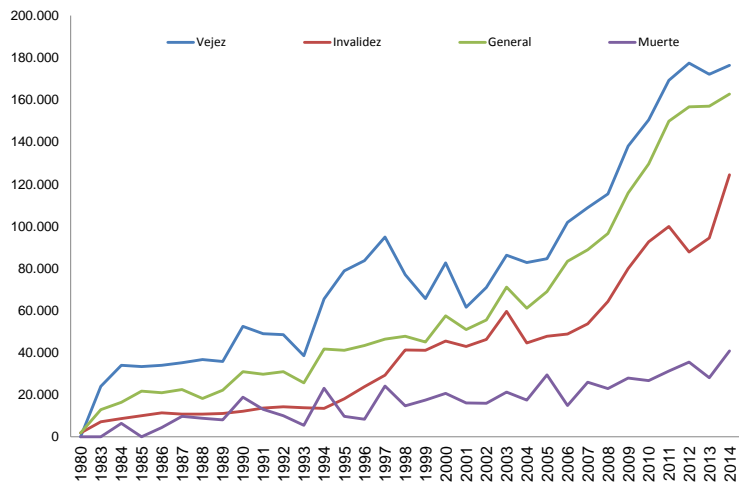
**Distribución de las pensiones, según su fecha de vigencia
A diciembre de 2014**



Fuente: Planilla de Pensionados del mes de diciembre del 2014, FRE.

12)

**Monto de pensión promedio, según fecha vigente
A diciembre de 2014**



Fuente: Planilla de Pensionados del mes de diciembre del 2014, FRE.

13)

Devaluación acumulada de la pensiones 2010-2014

Período	Devaluación	Devaluación acumulada
I-2010	1,71%	11,84%
II-2010	1,16%	10,13%
I-2011	1,39%	8,97%
II-2011	0,95%	7,58%
I-2012	1,33%	6,63%
II-2012	0,92%	5,30%
I-2013	1,62%	4,38%
II-2013	0,21%	2,76%
I-2014	2,07%	2,54%
II-2014	0,47%	0,47%

14)

Porcentaje de revaluación y montos máximos de pensiones por semestre

Período	Porcentaje Revalorización	Monto máximo
I-2010	1,71%	288.144
II-2010	1,17%	291.500
I-2011	1,39%	295.552
II-2011	0,95%	298.360
I-2012	1,33%	302.328
II-2012	0,92%	305.109
I-2013	1,62%	310.052
II-2013	0,22%	310.734
I-2014	2,07%	317.166
II-2014	0,47%	318.666

15)

Radio de soporte trabajadores afiliados y pensionados del FRE 2015-2013

Año	Trabajadores	Pensionados	Radio de Soporte
2005	37.723	7.175	5,26
2006	39.421	7.764	5,08
2007	41.944	8.279	5,07
2008	44.349	8.860	5,01
2009	47.341	9.445	5,01
2010	48.933	10.138	4,83
2011	49.185	10.805	4,55
2012	48.779	11.751	4,15
2013	49.592	12.559	3,95
2014	51.255	13.297	3,85

16) Propuesta de revaluación.

17)

Propuesta de revaluación

Con base en los aspectos técnicos planteados, se propone:



Señala el licenciado Picado Chacón que la pensión del Fondo de Retiro de Empleados (FRE), fue aprobada desde los años 80 y, básicamente, lo que se tiene dispuesto en el artículo 6° del Reglamento del FRE, es en términos de que estas revaluaciones se hacen semestralmente, con base en un estudio de la Dirección Actuarial y el objetivo es revalorizar los montos de las

pensiones, en el tanto las posibilidades financieras del fondo lo permitan. Desde hace algún tiempo, se estimó que lo que permitía darle sostenibilidad al FRE y que semestralmente las pensiones se ajustaran al 50% de la inflación, no al 100% como se aplica más para al Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM), sino que, desde hace unos semestres atrás, lo que se establece es el 50% de inflación para estas pensiones y, en este momento, la inflación del segundo semestre del año 2014 es de 0.95%, dado que la pensión se ajusta con un semestre de rezago. Destaca que el patrono asigna el 3% de los salarios ordinarios de todos los trabajadores de la Institución, sumando 51.254 funcionarios en total y el salario promedio de las mujeres, que son alrededor de 30.000, con novecientos setenta mil colones y el salario de los hombres de alrededor de 22.000, corresponde a un millón cuarenta y tres mil colones, el salario promedio institucional es de alrededor del millón de colones en total. Los montos de las pensiones para las mujeres están en ciento veintiocho mil trescientos cuarenta y cinco colones y para los hombres, en ciento cuarenta y cuatro mil colones, para viudez cuarenta y cuatro mil colones y para invalidez, cuarenta mil colones. En el caso de orfandad, la regla se aplica igual a la del IVM. En caso de que el trabajador fallezca, los hijos pueden optar por una pensión por orfandad y en el caso de la viudez, es exactamente igual. En el caso de la revaluación de las pensiones, para este semestre se propone un 0.47% que es la mitad del 0.95% e, implicaría, que el porcentaje de revalorización para todas las pensiones será de un 0.47% y el monto máximo de pensión es de trescientos dieciocho mil seiscientos sesenta y seis colones, es decir, un pensionado ex-trabajador institucional, podría tener una pensión por encima de ese monto, más allá de que los cálculos superen estos montos, funciona igual que el IVM, la revalorización será del 0.47% y el monto máximo de trescientos dieciocho mil sesenta y seis colones. Ese aspecto se refiere también de cuál es el radio de soporte, cuantos funcionarios están activos y cuantos están pensionados, hoy en día el FRE 13.297 pensionados y 51.255 trabajadores activos, de manera que el radio de soporte está en un 3.85%.

Ante una consulta de la doctora Sáenz Madrigal, tendiente a conocer a qué se refiere con radio de soporte, indica el Gerente Financiero que es la cantidad de funcionarios activos por pensionados, hay cuatro personas que se están trabajando y aportando para un individuo que está pensionado.

Interviene el Director Loría Chaves y manifiesta su preocupación por el tema de la sostenibilidad de este Régimen, porque el radio de soporte está en un 3.85%, o sea, por cada cuatro trabajadores, uno se pensiona, pero este que se pensiona, no es tan real porque la curva de personas va más acelerada que el radio de soporte y, tiene entendido, que la que corresponde a 1.300, significa que la sostenibilidad del FRE está, eventualmente, comprometida.

Sobre el particular, señala el Gerente Financiero que la velocidad con que las personas se pensionan, es mucho mayor en comparación con la que ingresan nuevos trabajadores, existen estudios actuariales, además, se han analizado las diferentes opciones, incluso, la Dirección Actuarial en su momento planteó, por ejemplo, la forma en que se calcula la pensión, que corresponde a los últimos doce salarios, se modifica la norma del IVM, correspondiente a los últimos doscientos cuarenta salarios ingresados, para que los últimos salarios no tengan un peso muy alto y es lo que sucedía con el IVM hace algunos años, porque antes se tomaban en consideración, los cuarenta y ocho salarios más elevados de los últimos sesenta y, posterior, se pasó a la suma de los doscientos cuarenta salarios, en el caso del FRE, aún funciona con los doce últimos salarios y la propuesta es que se aplique la norma del IVM, o sea, la pensión se calcule

con doscientos cuarenta salarios, pero la Junta Administrativa está analizando y el 2% que es lo que financia el FRE y la tasa del costo en el tiempo, es de alrededor de un 1.90%, de acuerdo con los cálculos actuariales, son proyecciones de 50 años pero se está en una línea, en la cual se debe discutir para realizar algunas variantes.

La doctora Sáenz Madrigal pregunta si la disminución de ese radio a 10 diez años, es similar a otros sistemas o existe una razón, porque le parece que la disminución, es una tendencia muy clara.

Responde el Gerente Financiero que el FRE cuenta con una particularidad, de ser un sistema cerrado, porque es como el sistema público de IVM, el cual está basado en la población económicamente activa, esta es una población cerrada, en términos de que depende de la generación de empleos que se tengan y, efectivamente, como lo plantea don José Loría, existe toda una generación de personas que se han jubilado, porque cumplió con su período. A lo anterior, se han realizado cálculos que en cinco años, aproximadamente, 7.500 personas se han logrado jubilar en la Institución y a cada persona, le corresponderá una de esas pensiones, alguna obtendrá la máxima. De modo que la Junta Administrativa, está realizando el análisis para determinar, cuáles ajustes se deben incorporar y se espera, que de ser necesario, el tema se presente a consideración de la Junta Directiva, en el sentido si se debe seguir con un esquema de beneficios o de financiamiento, porque trabaja con una lógica parecida al IVM, guardando la distancia.

El señor Loría Chaves manifiesta su preocupación por el cambio de un 1.40%, porque realmente representa un 30% ó 25%, el aceleramiento que tiene es grande, reitera, le preocupa porque es un Régimen, basado en el artículo 21° de la Ley Constitutiva de la Caja, en el cual se establece los beneficios económicos de los trabajadores de la Institución. Este artículo de la Ley Constitutiva de la Caja, da como resultado hasta un 3% del presupuesto de la Caja, para estos beneficios que corresponden a los trabajadores. Le parece que se deberían cuestionar si para sostener el régimen, es prudente mantener a la orfandad y a la viudez porque, realmente, es un Régimen de los trabajadores, en el tema de sostenibilidad preferiría que el trabajador, en vida reciba una mejor pensión.

El Director Barrantes Muñoz manifiesta que el FRE es una disposición odiosa, porque es un privilegio de los funcionarios y el Régimen del Seguro de Salud se califica de solidario, porque las demás personas contribuyen con él y se benefician solo unos, por estar detrás del comprador. Recuerda, por ejemplo, que hace algunos años existía una disposición, en términos de que los funcionarios de la Caja cotizaban menos. Los temas de sostenibilidad, le preocupan en el sentido de que producen impacto, en cuanto a la sostenibilidad de todo el régimen institucional de la Seguridad Social. Por otro lado, concuerda con don José Luis Loría, en el sentido de que cualquier esquema que contribuya a producir menos impacto, en la totalidad de la Institución, hay que buscar que se logre hacer e, incluso, determina la conveniencia de invitar a que haya una contraparte, compuesta por los mismos trabajadores y puede tener un esquema más sostenible, porque la sostenibilidad del FRE no se puede cargar más sobre la Institución y es un aspecto por el que no daría el voto positivo, para que ocurra aunque lo establece la Ley. Considera que son discriminaciones a favor de los empleados y no encuentra sentido, desde la perspectiva de la equidad y, le parece, que son disposiciones legales que se contraponen a un régimen solidario, siendo más bien lo contrario de la solidaridad, porque es beneficiarse unos a costa del aporte de

todos los demás, que nunca reciben un beneficio. Entonces, se presenta una propuesta en el marco de lo que la Ley dispone y así lo indica la Ley, resolver en el marco de la Ley.

La Directora Alfaro Murillo desea conocer cuánto le cuenta el FRE a la Caja y cuál es el monto en millones cada año.

Al respecto, señala el Gerente Financiero que el costo de esta revaluación es de treinta y cinco millones de colones y el costo total es del 3% de los salarios de los funcionarios de la Institución. Por otro lado, se financia el capital de retiro, que corresponde a otro beneficio de los funcionarios por siete salarios, los cuales están financiados con un 2% de salarios ordinarios, que oscilan en alrededor de setecientos mil millones de colones, o sea, catorce mil millones de colones, cada vez que se paga la nómina de los salarios ordinarios. Cuando se aprobó la Ley de Protección al Trabajador, la Caja se acogió a una excepción que tenía la norma y como se tenía un régimen de pensiones complementarias y laboral, para los trabajadores, la Caja no traslada el 4.5% a las operadoras, sino únicamente el 3%, dado la cláusula que establecía que si se tenía un beneficio laboral, la Institución como patrono, puede disponer no trasladar la totalidad que se le traslada al capital de retiro porque, efectivamente, tenía un nivel de financiamiento del 2%, pero hay parte del costo que, anteriormente, se tenía que enviar a la operadora de pensiones, se asumió por el mismo costo. Le parece que si así lo solicitan, se puede presentar un informe sobre el enfoque de sostenibilidad y las opciones que existen. Aclara que el 1% corresponde al capital de retiro, o sea, siete salarios para las personas se pensionan, cuando se cumplan diferentes requisitos y, posterior, un 0.20% quedó para una reserva denominada Fondo de Reserva Institucional, que sirve para contingencias del FRE. En caso que se requieran recursos adicionales, se toman de ese fondo, pero del 3%, correspondiente al FRE el cual es un 2% sobre salarios ordinarios, en alrededor de quince mil millones de colones al año.

La doctora Sáenz Madrigal señala al escuchar los comentarios y preguntas de los señores Directores, determina la conveniencia de que se presente una exposición a la Junta Directiva, de manera que estén presentes los funcionarios del FRE y el tema se analizaría en detalle y lograr definir las dimensiones del tema. Le parece que se podría agentar para mediados o finales del mes de abril próximo, dada la inquietud planteada.

Recuerda el licenciado Picado Chacón que la Junta Administrativa del FRAP, tiene cuatro trabajadores como representantes electos, por un sistema de elección abierto; además, se tienen estudios actuariales y hay una comisión que está trabajando ese enfoque, por lo cual no se logra determinar ningún problema. Asimismo, se plantea en la propuesta y con base en los criterios emitidos, revalorizar el monto de las pensiones en curso de pago, cuya fecha de vigencia es al 31 de diciembre del año 2014 o antes, en un 0.47% que en el caso de muerte, la revaluación se aplica al monto de la pensión del causante, que corresponderá al beneficio del monto de la pensión que determine el Reglamento del FRE, el cual establece como tope máximo mensual, trescientos dieciocho mil seiscientos sesenta y seis colones y rige a partir del 1° de enero del año 2015.

Respecto de una inquietud del licenciado Barrantes Muñoz, tendiente a conocer si este mecanismo de revalorización, es una creación propia de la Junta Directa, el Gerente Financiero responde que el diseño técnico, se basa en una reglamentación correspondiente al Reglamento de Fondo de Retiro de Empleados, es donde se definen los beneficios que se otorgan, los ajustes semestrales, por ejemplo, se planteaba que bajo el artículo 6° del FRE, establecen que estas

revaluaciones se realizarán semestralmente. Además, en algún momento se dispuso que estas revaluaciones no pudieran ser más del 50% de la inflación, dado que es la regla que le da, la sostenibilidad al Régimen en aquel momento y, en efecto, son discusiones normativas que la Junta Directiva ha definido ya en específico.

Ante una inquietud del licenciado Barrantes Muñoz, Indica el Gerente Financiero que ese 2% de financiamiento, debe financiar la totalidad de los gastos, por ejemplo, pagos que haya que hacer por el fondo. Destaca que este fondo tiene la particularidad que es regulado por la Superintendencia de Pensiones (SUPEN) y es el único fondo de la Caja regulado por esa institución, por lo que se deben aplicar una serie de recomendaciones y ajustes esa entidad solicita. Además, se aplica un manual de contabilidad propio del FRE, se tienen comités de inversiones, de acuerdo con la norma planteada por la SUPEN y es diferente a la del IVM, porque es únicamente supervisado y por el contrario, el FRE es regulado, tiene una estructura y una lógica con ciertos aspectos, como por ejemplo, la rigurosidad es diferente a la que se pueda manejar en el IVM.

Interviene la Directora Soto Hernández y le parece que el FRE se ha transfigurado a través del tiempo. Recuerda que nace alrededor del año 1971, en la época de don Rodrigo Fournier y don Laureano Echandi, con un espíritu de favorecer a los trabajadores de la Caja y, en esa época, aún no existían cooperativas como hoy, ni asociación solidarista, más bien fue un fondo creado al calor de poder ayudar, como lo indicó, a los trabajadores de la Institución, en el año 1982, si mas no recuerda, en la gestión del Dr. Guido Miranda, se separó el FRAP y se crea el FRE. Desconoce si el Auditor tiene un recuerdo de ese proceso, en ese momento es cuando nace el cómo está fundamentado y se hace crecer el FRAP y el FRE para los trabajadores de la Caja por más de 40 años, cómo lo indica don Adolfo Gutiérrez, para los que no estaban y como conoce que doña Marielos Alfaro, es quisquillosa en esos temas, es un beneficio que han tenido los trabajadores de la Caja.

Abona el señor Loría Chaves que esos fondos son muy antiguos, dado que fueron creados en varias instituciones, por ejemplo, en el Banco del Fondo de Bienestar Social, que hacen lo mismo, en épocas donde se daban otras condiciones. Adelante que votará a favor del aumento de la pensión en un 0.47% por dos razones. Primero, por cuanto está reglamentado así y, segundo, porque es un pago por treinta y cinco millones de colones. Por otro lado, considera necesario que el tema se analice a fondo, en otra sesión de la Junta Directiva, porque aunque don Gustavo Picado indique que el 2%, si se suma la parte del fondo del retiro laboral, el resultado es el 3% lo que corresponde a un monto de alrededor de veintidós y veinticuatro millones de colones. Aclara que no está negando los derechos de los funcionarios, sino por el contrario, es importante analizarlo y se tenga claridad del asunto.

La Directora Alfaro Murillo señala que los Miembros de la Junta Directiva, hacen referencia a una época en la que no estaba aprobada la Ley de Protección al Trabajador, ni demás. Lo que sucede, es que en este país, los beneficios se definen sobre otros, ninguna persona quiere renunciar a ellos, pero al final, cuatro millones y medio de costarricenses, por unos recursos financieros, para que con una pensión complementaria se beneficien 50.000 personas, que son funcionarios de la Caja, es una satisfacción a nivel de los funcionarios de la Institución, pero a lo externo de Institución, no se determina bien. Además, cuando don José Luis Loría mencionó que son alrededor de veintidós a veinticuatro mil millones de colones por año preocupa en mayor

grado, por cuanto son fondos que se deben dedicar a la atención de la salud. Hizo referencia a la Ley de Protección al Trabajador, entonces, no se trasladaron todos los recursos y, demás. Solicita una explicación exacta de cuantos recursos financiero se tenían que trasladar a la Operadora de Pensiones, se tenían que pasar, cuánto no se pasó y, ahora, cuanto suma entre uno y otro beneficio.

El Gerente Financiero aclara que la Ley, lo que obliga es al patrono a trasladar un 4.5% de lo que devengan los trabajadores, en aquel momento, se produjo una discusión en términos de si, básicamente, se cerraba el Fondo de Retiro y, entonces, al final se financiaba las pensiones que habían, pero que del 4.5% total, se tenía que trasladar a la operadora y se trasladara completamente, como no se llegó a ese acuerdo, lo que se indicó era que como ya se tiene un fondo complementario de pensión laboral, entonces, no se trasladara el 4.5% sino solo el 3%, por lo que el proceso se dejó híbrido, donde se tiene una pensión complementaria de empleados que es el FRE y hay una pensión complementaria de la operadora de pensiones, pero con un aporte disminuido del patrono.

El Director Devandas Brenes manifiesta su preocupación, porque es importante recordar que cuando se creó la Ley de Protección al Trabajador, a los empresarios y a las empresas; incluidas, las públicas, se les disminuyó la cuota que debían pagar al Instituto Nacional de Aprendizaje (INA), al Instituto Nacional de Seguros (INS) para que la Ley de Protección al Trabajador, no implicara una nueva erogación empresarial y, además, el número de prestaciones, ya no corresponde a un mes por año trabajado, sino aproximadamente 22 días por año trabajado. Es importante señalarlo, porque se hizo un esfuerzo para que el sector empresarial, público y privado no resultara afectado. Reitera su preocupación, porque siempre ha mantenido su oposición por los privilegios, no conoce si don José Luis Loria, recuerda cuando se dio una lucha, en el seno del movimiento sindical, para que los trabajadores de la Caja pagaran su cuota al Seguro, porque había una disposición donde los trabajadores de la Caja, estaban exentos de pagar y los trabajadores de la Compañía de Fuerza y Luz, también pagaban la mitad de la tarifa eléctrica, y a otros funcionarios, en los bancos se daban créditos especiales. Repite, en el seno del movimiento sindical, se produjo una lucha y los sindicatos pidieron que esos beneficios fueran derogados, de manera que los trabajadores de la Caja, pagaran la cuota completa, para tener la autoridad moral y los trabajadores de la Compañía de Fuerza y Luz también, fue una negociación bastante dura, pero al final los sindicatos así lo aprobaron. Por otro lado, le parece que este tema no se puede determinar desvinculado, de la administración general de los recursos humanos de la Institución y ha venido insistiendo en ese aspecto. En la Caja no existe un adecuado sistema de evaluación del desempeño, no existe una buena evaluación institucional de cumplimiento de cada unidad, no se tienen adecuados indicadores de éxito y estuvo conversando con los expositores Dr. Pérez Gil y el Dr. Montenegro y le indicaron, que la clave de éxito del país Vasto, era la administración de los recursos humanos y que esta tenía una fuerza extraordinaria, porque era la responsable del desarrollo de los recursos humanos, lo que incluye la evaluación por producción, porque una evaluación que no produzca resultados, es una evaluación que no funciona, es decir, debe producir resultados, premios no solamente materiales, reconocimientos, incluso, espirituales, emocionales y también castigos, el que no cumple tiene que aceptar responsabilidades. De igual manera cuando se ha planteado el tema salarial e, insiste, en que el tema de la administración de los recursos humanos, se debe de determinar de manera global, para tomar decisiones en la Institución. Sobre este aspecto que es medular, insiste que no está bien. Considera que es urgente, se realice una encuesta, de cómo sienten los trabajadores el clima laboral en la

Institución, tener un instrumento para medir que sienten esos 52.000 trabajadores y le parece que la encuesta, señalaría aspectos muy importante, si el personal de una Institución no se siente cómodo, es difícil que se puedan resolver otros aspectos. Si se hace un análisis global de la Administración de los Recursos Humanos, del sistema salarial entre otros temas y se llega a la conclusión de que no están bien, se deben buscar reajustes. De antemano no está en contra, pero considera que se debe analizar el tema en términos generales, porque conoce que no es la decisión y habría que reformar una Ley, pero el mensaje que se envía de eliminar un fondo de esta naturaleza y tomando en cuenta el clima organizacional que existe, sería totalmente contraproducente.

La doctora Sáenz Madrigal señala que ha comprendido, que se han externado preocupaciones de conocer más el detalle y a profundidad el tema del Fondo, cómo se construye, su utilización, que implicaciones reales tiene para la Caja para, posteriormente, analizar opciones, que no, necesariamente, podrían ser de reducción, si no por el contrario de fortalecimiento, si se visualiza en una dimensión distinta. Por lo cual, le parece que ese debería de ser el mensaje, porque el fortalecimiento no significa solo recursos institucionales, podrían ser de otra naturaleza, siempre en los procesos institucionales, hay oportunidades para hacer mejoras y, en este sentido, existen varias preocupaciones que se deben visualizar.

Anota don José Luis Loría que no cuestiona el Fondo, porque existe por la Ley, sinceramente, en los años 80s, luchó para que el Fondo se fortaleciera y lo que planteó fue por la sostenibilidad del Régimen, como ese radio de soporte y a la velocidad con que las personas se están pensionando, hay que determinar, a muy corto plazo que va a suceder, porque de igual forma, si el fondo no se sostiene, causará problemas con los trabajadores. Entonces, su tesis se enfoca en si es un fondo de pensiones complementarias para el trabajador, los recursos son destinados a beneficiar al trabajador y no a sus dolientes, de lo contrario el fondo se hace menos sostenible y desde ahí, se pretende mejorar la calidad de vida del trabajador, quien es el que realmente será beneficiario, el tema fue en términos de la sostenibilidad a mediano y largo plazo y respeta a los Directores, que no están de acuerdo con que el fondo exista.

Señala la Ing. Alfaro Murillo que después de la respuesta de don Gustavo Picado, el tema le queda claro, todos los costarricenses comparten la Ley de Protección al Trabajador, dado que se logró ese beneficio para esa pensión complementaria de un 4.5%; pero los trabajadores de la Caja tienen un 6%, dado por un 3% vía de Ley de Protección y el 3% vía FRE, o sea, 1.5% más que todo lo normado en la Ley de Protección al Trabajador, con asignación del presupuesto de la Caja Costarricense de Seguro Social y a cargo del presupuesto de salud de los costarricenses. Por otro lado, está de acuerdo con don José Luis Loría, en que es una Ley, pero ésta se generó en otro contexto diferente al actual y, posteriormente, se aprobó la Ley de Protección al Trabajador, la cual protege a los trabajadores en su conjunto y como bien, indicó don Mario Devandas, en lo público y lo privado, obviamente, ningún trabajador de una institución, va a indicar que le eliminen los beneficios que ha alcanzado de atrás porque, evidentemente, las instituciones están cargadas de ellos y, en ese sentido, los ejemplos pueden ser de los más adversos, como ilustración, el caso de RECOPE pero, además, se pueden dar casos de privilegios que han permanecido y, ahora, la lucha de los trabajadores, son para no perder esos derechos adquiridos, que por su puesto, son pagados por todos los costarricenses y, ese, es el punto donde empieza a incomodar a unas personas y a otras. Entonces, desde ese punto de vista, aun siendo un 1.5% que puede estar distribuido como don Gustavo Picado explicó, que puede ser al momento del cierre

de labores, los siete salarios adicionales, pero es un 1.5% de más, que usando la proporción que indicó don José Luis Loría, el costo es de alrededor de diez mil quinientos a doce mil millones de colones por año. Le indica a doña Rocío Sáenz que manifestó que la inquietud es presentar el tema a la Junta Directiva y discutirlo, en lo personal no le satisface, como Miembro de la Junta Directiva y en respaldo a los recursos que los asegurados esperan, se dediquen a la salud y, después, de tener la Ley de Protección al Trabajador como instrumento jurídico, para que se cree una pensión complementaria, para todos los trabajadores de este país, el que los trabajadores de la Caja tengan dos pensiones, es un tema que se debe plantear; ahora, en comparación a los derechos adquiridos, se podría pensar que continúe, pero como hoy también se tiene en agenda la reactivación de 33 plazas y todas las personas que ingresan a la Institución, empezarán a gozar de este beneficio. Entonces, tiene claro que no aprobará la reactivación de las 33 plazas, porque se continuaría en acciones de avanzar y aprobar aspectos, pero no se resuelven temas de previo y se deben resolver, los asuntos sobre cómo está funcionando en el ámbito financiero, este caso del FRE y todos los muchos otros temas financieros, que se han mencionado en la Junta Directiva y se deben corregir, si no se corrigen, se seguirán discutiendo. Además, se realizan exposiciones que en las presentaciones los Gerentes hacen con mucha destreza, pero no le satisfacen porque no está analizando el problema de fondo y no se está resolviendo y si aprueba la reactivación de las 33 plazas más, para que sigan sumando a este total de la planilla con esta proporción no, diría que al menos los 33 nuevos funcionarios o los que vengan, ingresen en un régimen normal acogidos a la Ley de Protección al Trabajador y ese 1.5% se empieza a dejar de lado, porque así se resolvería lo que indica don José Luis Loría, que parece es el tema de sostenibilidad no va. Entonces, hay que buscar una forma de resolver, porque a ese fondo se le debe ir dando un cierre, con los funcionarios que están y tienen el beneficio, pero hay que cerrarlo y le parece que no es solo una presentación lo que se debe analizar, sino se debe producir una discusión fuerte, en función de la sostenibilidad de la Institución en general. A pesar de ser un tema de legalidad y está planteado en la Ley Constitutiva de la Institución y como considera que de alguna manera se está analizando y a pesar que se está proponiendo, que se reconozca solo un porcentaje de la inflación, adelanta que va a votar en contra, porque ese es un tema de fondo y seguir votando sobre aspectos, que no se están dejando claro, porque se deben discutir y analizar y se sigue aprobando, asegura que si no se toman decisiones fuertes, en seis u ocho meses, se presenta don Gustavo Picado con la siguiente revaluación, se vota y realizan la misma perorata y no avanzan, aunque entiende que la Gerencias tienen mucho trabajo y lo que va a suceder, es que seis meses transcurren muy rápido y se va a tener lo mismo. Insiste en que el tema es de fondo, igual que todos los temas que se analizan y no puede ser que se tenga una sesión, para analizar cómo funciona el sistema, sino para determinar cómo se reforma el sistema, en comparación con lo que se tiene hoy, como garantía de los trabajadores para tener una pensión complementaria y, con base en esos aspectos, cualquier sistema interno que vaya más allá y genere algún privilegio, en relación con los trabajadores en general, a costa de los recursos financieros de los costarricenses y de la salud pública, evidentemente, hay que establecer un alto, en el corto plazo.

El Director Barrantes Muñoz señala que mientras el tema esté incluido en Ley, hay que aplicarlo. Sin embargo, le parece importante que en aras de quede claro el mensaje, no es enviar un mensaje en contra de los trabajadores, sino por el contrario, es un tema basado en la sostenibilidad de esta Institución. Considera que se dirige la misma Institución y se tiene que tomar decisiones sobre situaciones, en las que habrá que negociar para determinar cómo se lograr ese esfuerzo de sostenibilidad, con el aporte solidario de todos. Le parece que se tiene que hacer conciencia y honor a los principios básicos de esta Institución, solidaridad, equidad y esos principios

compromete a todos. En ese sentido, considera que llegará el momento que estos temas hay que analizarlos, en esta perspectiva no es sostenible y si se le suma el pago bisemanal y el régimen de cesantía a como se aplica actualmente, no lo indica él, sino que lo ha leído en las actas del mes de mayo del año 2012, las intervenciones de don Gustavo Picado, claramente indican que el Régimen no es sostenible, refiriéndose al tema de cesantía y ese aspecto se indica, a partir de analizar los estados financieros y la nota que viene relacionada con el tema de la cesantía. Además, existe un acuerdo de esta Junta Directiva en otra dirección, pero se sigue aplicando lo anterior, porque existe el planteamiento de juicios contenciosos administrativos pendientes e insiste, el Régimen no es sostenible. El mensaje es que como sociedad se necesita que todos aporten un esfuerzo, este sería el mensaje para que quede claro, por ser un tema anti-trabajadores, porque hay que buscar los mecanismos de premiarlos y compensarlos, adecuadamente, pero bajo la base de un criterio de sostenibilidad y de premiar el mayor esfuerzo, el trabajo de calidad y, en este sentido, que las valoraciones de desempeño sean los elementos que rijan un criterio de premio que, efectivamente, lo merezca, con el fin de que se tenga seguridad social para todos los costarricense por mucho tiempo.

El Gerente Financiero retoma la propuesta del acuerdo, en términos de revalorizar los montos de las pensiones en curso de pago, la que tengan vigencia del 31 de diciembre o antes del año 2014, en un 0.47%, en el caso de muerte la revaluación se aplica, al monto de la pensión del causante que corresponderá, al beneficio al monto de pensión que determine el Reglamento del FRE; es decir, se calcula sobre la pensión original, pero si le corresponde el 70% y es la proporción que le corresponda. Se establece el monto del tope máximo mensual de trescientos dieciocho mil seiscientos sesenta y seis colones y ninguna persona podrá tener una pensión del FRE que supere ese monto y hacer regir dicho aumento, a partir del 1° de enero del año 2015.

Se somete a votación el tema y se le da la firmeza.

Ante una inquietud, aclara el licenciado Picado Chacón que realiza la presentación, porque tiene la condición de Presidente de la Junta Administrativa y es por reglamento, por lo que presenta el tema en esa condición.

Aclara la doctora Sáenz Madrigal que se votó el acuerdo, pero quedó pendiente la discusión. Sugiere que en el acuerdo se indique que ante la preocupación de la Junta Directiva, por la sostenibilidad del Fondo e institucional, se solicita a la Junta Administradora del Fondo como al Gerente Financiero, que presente el informe general sobre las perspectivas y medidas, visualizadas para su operación y ser presentada para la tercer semana de abril. Una presentación más marco y más general que provoque una discusión de fondo.

Sometida a votación la moción, cuya resolución en adelante se consigna, es acogida por todos los señores Directores, salvo por la Directora Alfaro Murillo y por el Director Alvarado Rivera.

Por tanto,

ACUERDO PRIMERO: conocida la información que presenta el señor Gerente Financiero, que concuerda con los términos del oficio GF-11.636-15 de fecha 17 de marzo del año 2015 que, en adelante se transcribe, en lo conducente:

“El presente documento contiene el Estudio revaloración N° 31 de los montos de las pensiones del Fondo de Retiro (FRE), que rigen a partir del 01 de enero del 2015; se realiza con el propósito de ajustar conforme con el índice de precios al consumidor (IPC), al cierre de cada semestre los montos de las pensiones del Fondo de Retiro de Empleados de la Caja (FRE)

I Antecedentes

- El Fondo de Retiro de los Empleados de la Caja Costarricense de Seguro Social (FRE), fue creado conforme con el artículo 21 de ley Constitutiva con la finalidad de brindar protección a todos los trabajadores de la Institución que se encuentren en una plaza que pertenezca al presupuesto de los salarios ordinarios.
- El beneficio que otorga el FRE a los trabajadores, consiste en una pensión complementaria a la que ofrece el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, mediante un régimen solidario que es financiado exclusivamente por la Caja como patrono. De esta forma, el derecho de una pensión complementaria, aplica en caso de invalidez, vejez y muerte de un trabajador activo o pensionado de la Institución.
- Así mismo, los montos de las pensiones del FRE son ajustados semestralmente, según la recomendación de la Dirección Actuarial y Económica. Vale la pena destacar que la revalorización de los montos de las pensiones se plantea en este estudio como una propuesta o recomendación, según los parámetros que se determinaron en la valuación actuarial del Fondo que se encuentra vigente actualmente y le corresponde a la Junta Administrativa del FRE, la recomendación de dicho aumento, para su aprobación por parte de la Junta Directiva.
- En correspondencia con lo anterior, el presente estudio actuarial se realiza con el propósito de analizar la posibilidad de revalorizar los montos de las pensiones en curso de pago del FRE, debido a la pérdida de poder adquisitivo ocasionada durante el segundo semestre del año 2014, en tanto las posibilidades financieras del Fondo lo permitan.
- Para elaborar este estudio se utiliza principalmente la información de la planilla de pensionados en curso de pago al mes de diciembre del año 2015, la cual es suministrada por el Área de Beneficios de Retiro del FRE.
- Este estudio consta de una sección que describe brevemente el sustento legal del FRE y de la revalorización de las pensiones; posteriormente se detallan algunos aspectos técnicos requeridos para la revalorización de los montos de las pensiones, tales como el Índice de Precios al Consumidor y la situación actuarial del Fondo; en otra sección se describen brevemente algunos datos estadísticos del Fondo; seguido de la propuesta de la revalorización de los montos de las pensiones y de las recomendaciones del estudio..

1.1. ASPECTOS TÉCNICOS A CONSIDERAR

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

INDICE DE PRECIOS AL CONSUMIDOR

Para analizar el comportamiento del poder adquisitivo de los montos de las pensiones, se toma en cuenta el Índice de Precios al Consumidor (IPC) que se muestra en la página web del Banco Central de Costa Rica. De esta forma, la tasa de inflación acumulada durante el segundo semestre del año 2014, constituye un factor importante en la presente revalorización de pensiones.

El Cuadro N° 1 que se muestra a continuación, contiene los porcentajes de inflación acumulada por semestre en el país, del cual se puede destacar que el porcentaje de inflación acumulada para el segundo semestre del 2014 corresponde a 0,95

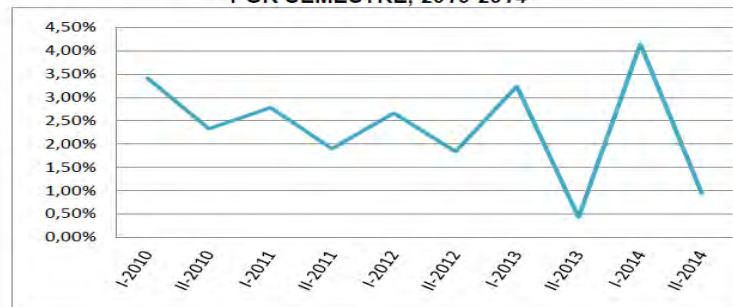
**Cuadro N° 1:
Porcentaje De Inflación, Costa Rica
Por Semestre
2010-2014**

Periodo	Inflación acumulada
I-2010	3,42%
II-2010	2,33%
I-2011	2,78%
II-2011	1,90%
I-2012	2,66%
II-2012	1,84%
I-2013	3,24%
II-2013	0,43%
I-2014	4,14%
II-2014	0,95%

Fuente: Datos del BCCR

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

**GRÁFICO N° 1:
COMPORTAMIENTO INFLACIÓN EN COSTA RICA
POR SEMESTRE, 2010-2014**



Fuente: Elaboración propia con datos del BCCR.

SITUACION ACTUARIAL DEL FRE

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

En este sentido, para considerar la situación financiera del Fondo se debe tomar como base lo indicado en la valuación actuarial del FRE que se encuentre vigente al momento de realizar el estudio y análisis de revaluación de los montos. Para este caso, se debe hacer referencia a lo que se establece en el estudio del año 2014 de esta Dirección, correspondiente a la Valuación Actuarial del FRE, con corte al 30 de junio del 2014.

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

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

II Dictamen Técnico:

Mediante el informe “Estudio Actuarial para la Revaluación N° 31 de los Montos de las Pensiones del Fondo de Retiro de Empleados de la Institución”, suscrito por la Licda. Evelyn Guzmán Solano, funcionaria del Departamento Actuarial Económica, se remite el dictamen técnico, el cual cumple con los aspectos técnicos y los lineamientos establecidos para la presentación del informe.

III Dictamen Legal:

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

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

IV Recomendación:

Con base en la aprobación emitida por la Junta Administrativa del Fondo de Retiro Ahorro y Préstamos de los Empleados, y las recomendaciones efectuadas por la Dirección de Actuarial Económica en la sesión N°297 del 06 de agosto del 2014 se recomienda a la Junta Directiva dar por conocido el “Estudio Actuarial para la Revaluación N°31 de los montos de las pensiones del Fondo de Retiro de Empleados de la Institución.

1. Revalorizar los montos de las pensiones en curso de pago, cuya fecha de vigencia sea el 31 de diciembre del 2014 o antes, en un 0,47%.
2. En el caso de muerte, la revalorización se aplica al monto de la pensión del causante y corresponderá al beneficiario el monto de la pensión que determina el Reglamento.
3. Establecer el tope máximo de pensión mensual en ¢318.666.
4. Hacer regir dicho aumento a partir del 1° de enero del año 2015”,

con vista en el citado oficio número GF-11.636, que es concordante con el acuerdo segundo de la sesión N°297, del 06 de febrero del año 2015, celebrada por la Junta Administrativa del Fondo de Retiro, Ahorro y Préstamo de la Caja y el informe “Estudio Actuarial para la revaluación N°31 de los montos de las pensiones del Fondo de Retiro de Empleados de la Institución”, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA:**

- 1) Revalorizar los montos de las pensiones en curso de pago, cuya fecha de vigencia sea el 31 de diciembre del año 2014 ó antes, en un 0,47%.
- 2) En el caso de muerte, la revalorización se aplica al monto de la pensión del causante y corresponderá al beneficiario el monto de la pensión que determina el Reglamento.
- 3) Establecer el tope máximo de pensión mensual en ¢318.666 (trescientos dieciocho mil seiscientos sesenta y seis colones).
- 3) Hacer regir dicho aumento a partir del 1° de enero del año 2015.

ACUERDO SEGUNDO: ante la preocupación de esta Junta Directiva por la sostenibilidad del Fondo de Retiro de los Empleados de la Caja (FRE), solicitar a la Junta Administrativa de ese Fondo que presente un informe general sobre las perspectivas y medidas visualizadas para su fortalecimiento.

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

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

ARTICULO 11°

El licenciado Picado Chacón presenta la nota N° GF-12.246 del 18 de marzo en curso, que contiene la solicitud para que el Lic. Luis Diego Calderón Villalobos, Director de Cobros, en su

condición de Vicepresidente Comisión Técnica de Recaudación y Cobranza de Cotizaciones, participe en el Noveno Foro Asociación Internacional de la Seguridad Social para las Comisiones Técnicas, en Ginebra, Suiza, el 18 y 19 de mayo próximo.

A propósito el Director Loría Chaves señala que la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS) tiene una mecánica, que le gusta mucho porque cuando se realiza una actividad importante, los costos los paga cada participante, si se realizara una actividad en Costa Rica, la Caja solo tendría que costear el lugar y el almuerzo, de manera que cada participante que vengan, pagan lo que le corresponde, incluso, Coopecaja podría colaborar en alimentación, Considera que de igual forma la Asociación Solidarita (ASECCSS), porque esta capacitación es importante y la mecánica del AISS, es que cada quien paga lo que le corresponde y no habría costo para la Caja.

La doctora Sáenz Madrigal indica que esa fecha, coincide con la reunión Mundial de la Salud. Hay un tema que se va a revisar, al cual asiste el Ministerio de Salud, pero a veces en los temas que son más de prestación de servicios de salud y Seguridad Social, no da tiempo de que las personas participe en las dos reuniones, por lo cual se comunicará con el Ministerio de Salud, para conocer cómo está la agenda, si coincide o hay reuniones, para potencializar la visita. Esa reunión siempre se realiza en el mes de mayo, son dos semanas de reunión, pero los Ministros, normalmente asisten a la última reunión y no, necesariamente, asisten las dos semanas. El Ministerio de Salud puede invitar a la Caja y se acredita para que asista a la Asamblea, por cuanto le parece un tema muy importante.

Por consiguiente, se tiene a la vista la comunicación N° GF-12.246 del 18 de marzo en curso, firmada por el señor Gerente Financiero que, en lo pertinente, literalmente se lee de este modo:

“RESUMEN EJECUTIVO:

Mediante acuerdo de Junta Directiva tomado en el artículo 23 de la sesión 8643, celebrada el 01 de junio 2013, se dispuso remitir a la Presidencia de la Asociación Internacional de la Seguridad Social AISS, la propuesta de postulación por parte de la CCSS para que el Lic. Luis Diego Calderón Villalobos, Director de la Dirección de Cobros, ocupara el cargo de vicepresidente de la Comisión Técnica que se abocaría al desarrollo de la temática relacionada con recaudación y cobranza de cotizaciones de la Seguridad Social.

Por su parte, la Presidencia Ejecutiva de la CCSS, recibió del Secretario General de la Asociación Internacional de la Seguridad Social AISS, señor Hans-Horst Konkolewsky, oficio ISSA/CTForum/2014 ISSA/COM-TECH2014-2016, en donde se propone al Lic. Luis Diego Calderón Villalobos, Director de Cobros, para que ocupe el cargo de vicepresidente de dicha Comisión Técnica de Recaudación y Cobranza de Cotizaciones, de la Asociación Internacional de la Seguridad Social AISS, durante un período de tres años, sea del 2014 hasta finales del 2016.

Como respuesta, a través de oficio PE-30.272-14, del 20 de marzo 2014, la Presidencia Ejecutiva comunicó a dicha Asociación que, en atención a lo resuelto por la Junta Directiva en el artículo 39 de la sesión 8701, del 13 de marzo 2014, se aceptó que el Lic. Calderón Villalobos, por un período de tres años, en representación de la CCSS, ocupara el cargo de Vicepresidente de la Comisión Técnica de Recaudación y Cobranza de Cotizaciones.

Dicha designación reviste un papel de importancia por cuanto implica la asistencia al presidente en la planificación y orientación, (de manera tal que las actividades propias de la Comisión se centren en torno a cuestiones prioritarias así como al cumplimiento de los objetivos de trabajo generales de la AISS), así como el aporte de sus conocimientos técnicos y su apoyo práctico a los proyectos específicos de la Comisión, y en forma conjunta con los presidentes, integran el Comité Directivo de las Comisiones Técnicas.

Adicionalmente, la Secretaría General de la AISS ha informado que durante los días 18 y 19 de mayo 2015, se llevará a cabo en Ginebra Suiza, el noveno Foro de la AISS, mismo que precisamente congrega a los presidentes y vicepresidentes de dichas Comisiones Técnicas, quienes tendrán deberán finalizar los planes de trabajo y ofrecer una oportunidad para el diálogo y la coordinación entre ellas.

Finalmente, considerando que la participación en los diversos eventos que en torno a este asunto lleve a cabo la AISS, le permitirán al Lic. Calderón Villalobos adquirir conocimientos con respecto a recaudación y cobranza de las cotizaciones a la Seguridad Social, incluyéndose para ello el uso de técnicas y herramientas basadas en tecnologías de la información, se solicita la respectiva autorización para que en representación de la CCSS pueda participar del noveno Foro de la AISS para las Comisiones Técnicas, aspecto que implica el reconocimiento del pago del costo del tiquete aéreo San José Costa Rica-Ginebra Suiza-San José Costa Rica, pago de impuestos de salida de Costa Rica, así como la correspondiente cancelación de los viáticos reglamentarios.

i) ANTECEDENTES

Mediante acuerdo de Junta Directiva tomado en el artículo 23 de la sesión 8643, celebrada el 01 de junio 2013, se dispuso remitir a la Presidencia de la Asociación Internacional de la Seguridad Social AISS, la propuesta de postulación por parte de la CCSS para que el Lic. Luis Diego Calderón Villalobos, Director de la Dirección de Cobros, ocupara el cargo de vicepresidente de la Comisión Técnica que se abocaría al desarrollo de la temática relacionada con recaudación de cotizaciones de la Seguridad Social. Dicho acuerdo fue comunicado a la AISS por parte de la Presidencia Ejecutiva de la CCSS a través de oficio PE-30.475.13, del 26 de junio 2013.

A través de oficio de ISSA/CTForum/2014 ISSA/COM-TECH2014-2016, el Sr. Hans-Horts Konkolewsky, Secretario General de la Asociación Internacional de la Seguridad Social, comunicó a la Presidencia Ejecutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, el interés que existía para que el Lic. Luis Diego Calderón Villalobos, Director de la Dirección Cobros, ocupara el cargo de vicepresidente de la Comisión Técnica de Recaudación y Cobranza de Cotizaciones, de la Asociación Internacional de la Seguridad Social AISS, durante un período de tres años, sea del 2014 hasta finales del 2016.

Como respuesta, a través de oficio PE-30.272-14, del 20 de marzo 2014, la Presidencia Ejecutiva comunicó a dicha Asociación que, en atención a lo resuelto por la Junta Directiva en el artículo 39 de la sesión 8701, del 13 de marzo 2014, se aceptó que el Lic. Calderón Villalobos, por un período de tres años, en representación de la CCSS, ocupara el cargo de vicepresidente de la Comisión Técnica de Recaudación y Cobranza de Cotizaciones.

Las diversas Comisiones Técnicas de la AISS, son los órganos fundamentales para desarrollar y ejecutar los programas y el presupuesto, por lo que cumplen un papel trascendental en el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la Asociación, los cuales tratan de atender los retos que la seguridad social que sus miembros enfrentan, mismo que se han identificado como:

- a) Eficiencia administrativa y operativa
- b) Reforma de la seguridad social
- c) Extensión de la cobertura
- d) Impacto de los cambios demográficos

Las Comisiones Técnicas, como eje de implementación de los objetivos de la Asociación, llevan a cabo una serie de estudios y análisis en temas específicos de la seguridad social, razón por la cual en el caso concreto de la Comisión Técnica de Recaudación y Cobranza de Cotizaciones, esta debe atender el tema de la recaudación y la cobranza de las cotizaciones en los planes de los seguros sociales y la garantía de los derechos de los trabajadores.

Por su parte, la AISS con la finalidad de lograr y ofrecer una oportunidad para el diálogo y la coordinación entre sus diversas Comisiones, ha programado para los días 18 y 19 de mayo 2015, en Ginebra, Suiza, el noveno Foro de la AISS para las Comisiones Técnicas, mismo que se lleva a cabo con la participación de los presidentes y vicepresidentes de cada una de las Comisiones existentes.

Beneficios para la CCSS

La participación de la CCSS en el noveno Foro de la AISS a través de la Comisión Técnica de Recaudación y Cobranza de Cotizaciones tiene los siguientes beneficios:

- Fortalecimiento de los planes de trabajo y de las acciones que desarrolle la institución en materia de recaudación de las cotizaciones. Se considera que si un funcionario de la Institución, participa directamente en el desarrollo de los programas que desarrolle la AISS relacionados con la recaudación, este podrá adquirir importantes conocimientos que pueden ser transmitidos a otros funcionarios de la institución, relacionados con los procesos cobranza y fiscalización de patronos y trabajadores independientes.
- Con la participación de un funcionario en la comisión técnica mencionada, la Institución tiene acceso a los conocimientos de las mejores prácticas que están realizando en otros países para la mejora de la recaudación y la cobranza en las cotizaciones para la Seguridad Social.
- Posibilidad de coordinar actividades, para otros funcionarios claves en los procesos de recaudación, gestión de cobro y fiscalización patronal, a través de videoconferencias o visitas presenciales, con el fin de aumentar los conocimientos de los equipos de trabajo de la institución.

Estimación de costos

El costo en que incurriría la Institución, para que el Lic. Luis Diego Calderón Villalobos, Director de Cobros, en representación de la CCSS, y como vicepresidente de la Comisión Técnica de Recaudación y Cobranza de Cotizaciones, de la Asociación Internacional de la Seguridad Social AISS, participe del noveno Foro de la AISS para las Comisiones Técnicas es el siguiente:

CONCEPTO	MONTO
Alimentación, hospedaje y gastos menores (Ver nota 1)	\$405.00 x 3 días \$1.215.00
Tiquete aéreo San José CR-Ginebra Suiza (ida y vuelta) (Ver nota 2)	\$1.800.00
Impuestos de salida	\$29.00
Total	\$3.044.00

- 1) Según el Reglamento de Gastos de Viaje y de Transporte para Funcionarios Públicos.
- 2) Precio puede variar según el momento en que se realice la compra en el Sistema CompraRed del Ministerio de Hacienda.

Documentación adjunta

1. Oficio ISSA/CTForum/2014 ISSA/COM-TECH2014-2016, suscrito por el Sr. Hans-Horts Konkolewsky, secretario General de la Asociación Internacional de la Seguridad Social AISS.
2. Oficio PE-30.272-14, suscrito por la Dra. Ileana Balmaceda Arias, Presidenta Ejecutiva
3. Cotizaciones costo del tiquete aéreo San José Costa Rica-Ginebra Suiza-San José Costa Rica.

ii) DICTAMEN TÉCNICO

Tomando en cuenta que a nivel nacional la Dirección de Cobros es la unidad responsable de desarrollar y controlar en forma integral la gestión de cobros por morosidad derivada de las cuotas obrero, patronales trabajadores independientes, en cumplimiento de la Ley Constitutiva de la CCSS y la Ley de Protección al Trabajador, además de que ésta genera información estadística sobre la morosidad patronal, otorga asesoría y capacitación en su ámbito de competencia tanto a otras unidades de sede como unidades desconcentradas, se considera beneficioso que Lic. Luis Diego Calderón Villalobos, Director de Cobros, en representación de la CCSS, y como vicepresidente de la Comisión Técnica de Recaudación y Cobranza de Cotizaciones, de la AISS, participe en el noveno Foro de la AISS para las Comisiones Técnicas.

La participación en dicho evento le permitirá al Lic. Calderón Villalobos adquirir conocimientos con respecto a la prevención, cobranza y recaudación de las cotizaciones a la Seguridad Social,

adicionalmente le permite a la Institución beneficiarse al conocer tendencias de la gestión cobratoria que se desarrollan en otras latitudes.

Por lo anterior, se solicita la respectiva autorización para que en representación de la CCSS pueda participar del Foro en mención, aspecto que implica el reconocimiento del pago del costo del tiquete aéreo San José Costa Rica-Ginebra Suiza-San José Costa Rica, pago de impuestos de salida de Costa Rica, así como la correspondiente cancelación de los viáticos reglamentarios.

Dado que la CCSS es la Institución que por mandato constitucional le corresponde, entre otras cosas, ofrecer los servicios de salud, pensiones y prestaciones sociales a toda la población, debe estar a la vanguardia en cuanto al conocimiento de las mejores prácticas en materia de cobro a fin gestionar la recuperación de adeudos obrero patronales y de trabajador independiente, cuyos resultados contribuyan a la sostenibilidad financiera de los Regímenes de Salud y Pensiones que administra la Caja.

Tomando en cuenta que el Foro se llevará a cabo en Ginebra Suiza e iniciará el lunes 18 de mayo 2015, es necesario que el Lic. Calderón Villalobos se desplace desde Costa Rica a partir del día sábado 16 de mayo 2015, situación que le permitirá arribar a Suiza el día domingo 17 de mayo 2015, de manera tal que a partir del día siguiente pueda participar del evento.

iii) FUNDAMENTO LEGAL

La Junta Directiva, según lo establecido en el artículo 6 y 14 de la Ley Constitutiva de la Caja, es el órgano superior que le corresponde dirigir la Institución. Al ser el máximo órgano de la Institución, le corresponde analizar y decidir sobre los funcionarios que vayan a representar a la Institución en cualquier foro, seminario, taller u otra actividad nacional o internacional.

Dado lo anterior, se considera que debe ser la Junta Directiva la que autorice al Lic. Luis Diego Calderón Villalobos, Director de la Dirección de Cobros, para que en su condición de vicepresidente de la Comisión Técnica de Recaudación y Cobranza de Cotizaciones de la AISS participe del noveno Foro de la AISS para las Comisiones Técnicas, máxime que dentro del marco de sus funciones se encuentra el hecho de asistir a eventos que implican costos relacionados con el traslado al extranjero y los viáticos correspondientes para atender las responsabilidades de la Comisión.

Adicionalmente, son aplicables los alcances de las siguientes normas:

- Ley General de Administración Pública arts. 01 y 11.
- Ley General de Control Interno arts. 01, 08, 09 y 13.
- Ley de Contratación Administrativa arts. 01 y 136 del Reglamento de esta Ley.
- Reglamento de Gastos de Viaje y de Transporte para Funcionarios Públicos arts. 07 y 31.

iv) CONCLUSIONES

Con la participación del Lic. Calderón Villalobos, vicepresidente de la Comisión Técnica de Recaudación y Cobranza de Cotizaciones de la AISS, en el noveno Foro de la AISS para las

Comisiones Técnicas, la Institución se verá beneficiada en la adquisición de destrezas y conocimientos con respecto a los siguientes temas:

- Fortalecimiento de los planes de trabajo y de las acciones que desarrolle la institución en materia de recaudación de las cotizaciones.
- Acceso a los conocimientos de las mejores prácticas que están realizando en otros países para la mejora de la recaudación y la cobranza en las cotizaciones para la Seguridad Social.
- Posibilidad de coordinar actividades, para otros funcionarios claves en los procesos de recaudación, gestión de cobro y fiscalización patronal.

Adicionalmente, con la participación del Lic. Calderón Villalobos en el Foro de la Asociación Internacional de la Seguridad Social para las Comisiones Técnicas, considerando su la experiencia acumulada en el tema, se podrán intercambiar conocimientos, los cuales permitirán fortalecer la gestión cobratoria que realiza la Caja Costarricense de Seguro Social.

v) RECOMENDACIÓN

Autorizar la participación del Lic. Luis Diego Calderón Villalobos, Director de la Dirección de Cobros, en calidad de representante de la Caja Costarricense de Seguro Social, y como vicepresidente de la Comisión Técnica de Recaudación y Cobranza de Cotizaciones, de la Asociación Internacional de la Seguridad Social AISS, en el noveno “Foro de la AISS para las Comisiones Técnicas”, a realizarse en Ginebra, Suiza los días 18 y 19 de mayo 2015, toda vez que se considera beneficioso para la Institución conocer de los temas que en ella serán abordados”,

la Junta Directiva, con base en la información presentada por el señor Gerente Financiero por medio del citado oficio número GF-12.246 –por unanimidad- **ACUERDA** autorizar la participación del Lic. Luis Diego Calderón Villalobos, Director de Cobros, en calidad de representante de la Caja Costarricense de Seguro Social, y como Vicepresidente de la Comisión Técnica de Recaudación y Cobranza de Cotizaciones, en el en el Noveno “Foro de la AISS para las Comisiones Técnicas”, que tendrá lugar en Ginebra, Suiza, los días 18 y 19 de mayo del año 2015; aspecto que implica el reconocimiento del pago del costo del tiquete aéreo (en clase económica) San José, Costa Rica-Ginebra Suiza-San José, Costa Rica, (adquiridos a través del correspondiente procedimiento regulado por la Ley Contratación Administrativa y su Reglamento), pago de impuestos de salida de Costa Rica, así como la respectiva cancelación de los viáticos, según el Reglamento de Gastos de Viaje y de Transporte para Funcionarios Públicos, para los días 17,18 y 19 de mayo del año 2015.

Para el financiamiento que permita hacer frente a las erogaciones respectivas, el CENDEISSS cederá a la Dirección de Cobros los recursos de las partidas presupuestarias de Viáticos al Exterior (2132), y de Tiquetes Aéreos (2138).

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.

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

Por otra parte, se presenta el oficio N° GF-12.376-15, de fecha 24 de marzo del año 2015, que firma el Gerente Financiero, que contiene la propuesta para aprobar la modificación presupuestaria N° 02-2015 del Seguro de Salud y Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte.

El licenciado Picado Chacón, con base en las láminas que se especifican, se refiere a la propuesta en consideración:

- i) CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Gerencia Financiera
Modificación Presupuestaria 02- 2015
Marzo 2015.

ii)

Fundamento técnico y legal de las variaciones presupuestarias

● Normas Técnicas sobre Presupuesto Público
de la Contraloría General de la República
N-1-2012-DC-DFOE
(Artículos 4.3.5 al 4.3.13)

Normativa y lineamientos internos de la CCSS:

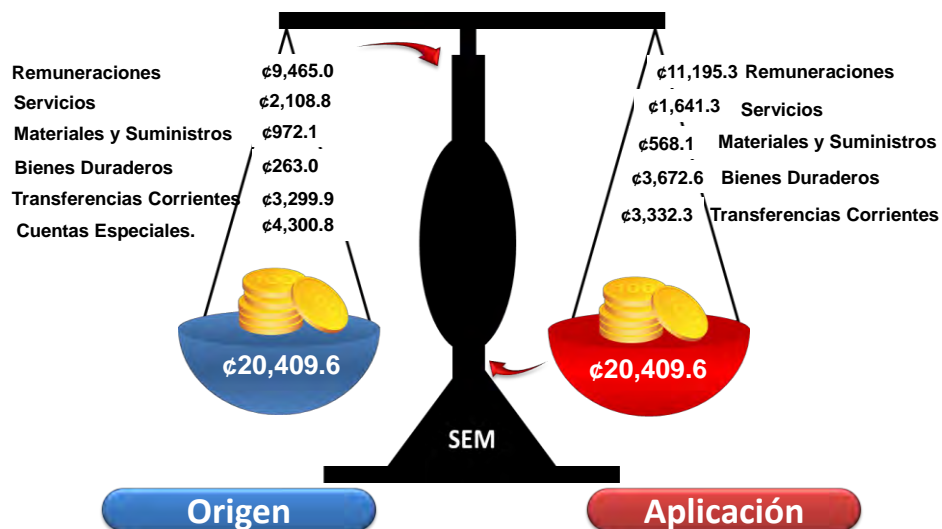
- Normas Técnicas del Plan -Presupuesto.
- Política Presupuestaria vigente.
- Instructivo de variaciones presupuestarias.
- Lineamientos sobre el uso de los recursos aprobados por la Junta Directiva.

iii) Movimiento presupuestario Seguro de Salud.

iv)

Movimientos entre partidas - Cifras en millones de ¢ -

Antecedentes: se incluyen movimientos planteados por las unidades correspondientes a la modificación del mes de marzo, con el fin de ajustar el presupuesto para el cumplimiento de los objetivos y metas propuestos para el presente período.



v)

Modificación Presupuestaria-02-2015

Cifras en millones de ¢ -

Estado Origen y Aplicación

ORIGEN		APLICACIÓN	
Remuneraciones	9,465.0	Remuneraciones	9,465.0
Servicios	2,108.8	Servicios	1,641.3
		Remuneraciones	242.2
		Transferencias Corrientes	225.3
Mat. y Suministros	972.1	Mat. y Suministros	568.1
		Bienes Duraderos	404.0
Bienes Duraderos	263.1	Bienes Duraderos	263.1
Transf. Corrientes	3,299.9	Transf. Corrientes (Subsidios-Indemnizaciones)	3,299.9
Cuentas Especiales	4,300.8	Remuneraciones	1,488.1
		Bienes Duraderos	2,780.2
		Transf. Corrientes (Subsidios-Indemnizaciones)	32.4
TOTAL ORIGEN	20,409.6	TOTAL APLICACIÓN	20,409.6

vi)

Financiamientos más importantes					Cifras en millones de ¢ -
UNIDAD	DESCRIPCION UNIDAD	PART.	DESC. PARTIDA	MONTO	JUSTIFICACION
2101	Hospital Calderón Guardia	2305	Maq. y Equipo Producción	9	01 sistema de filtración de agua para el Servicio de Hemodiálisis con el fin de mejorar la calidad del servicio.
		2315	Equipo de Cómputo	76	02 servidores de alta complejidad para la instalación del controlador de dominio, 52 equipos de cómputo para equipar el Servicio de Nutrición y Ropería
		2320	Equipo Médico y Laborat.	362	02 taladros para cirugías ortopédicas, 01 ecocardiograma, 2 arcos en C, 02 Ultrasonidos Gineco-Obstetricos y 01 equipo de Pruebas de esfuerzo y Holter.
		2390	Equipos Varios	24	01 máquina destaqueadora para la limpieza de drenajes, 02 relojes marcadores y 01 aire acondicionado para el Servicio de Hemodiálisis.
Sub Total				471	
2102	Hospital San Juan De Dios	2156	Mant. Rep. Ed. Terceros	459.5	Programa mejoramiento estructural, acondicionamiento y equipamiento del Hospital San Juan de Dios
		2310	Equipo y Mobiliario De Oficina	60	
		2320	Equipo Médico y Laborat.	405	
		2330	Equipo Médico y Laborat.	20	
		2360	Maq. y Equipo de Talleres	50	
		2390	Equipos Varios	155.5	
Sub Total				1,150	
5101	Programa Institucional De Compras	2225	Útiles y Mater. de Oficina	498.5	Adquisición de Equipo de Protección Personal: lentes de protección, botas impermeables, gorros de protección, kimonos, caretas, entre otros.
Sub Total				498.5	
TOTAL				2,119.54	

vii)

Modificaciones en las Remuneraciones ¢11,195.3 - En millones de ¢ -

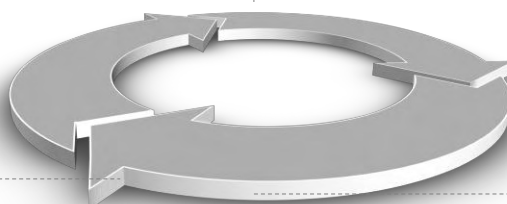


1.1. Partidas Fijas y Cargas Sociales ¢ 10,961.7

a) Financiamiento plazas nuevas creadas en el año 2014

84 plazas creadas en la Mod. Presup. 06-2014, aprobada por J.D en el art. 4, sesión N°. 8756, del 15/12/2014. El costo total de esas plazas para el presente período es de ¢1,488.1.

b) Traslado de plazas: 81 plazas, de las cuales 77 códigos son entre unidades del Seguro de Salud y 4 plazas del Régimen de IVM a Salud.



c) Fraccionamiento de Plazas 33077 y 22287, según acuerdo del Consejo Financiero y Control Presupuestario, avalado en el artículo 03 de la sesión N° 228-13, celebrada el 30/06/2014.

Se crean dos códigos de plaza nuevos de financiamiento local.

d) Salario Escolar

Se distribuyen los recursos del fondo de salario escolar a las unidades ejecutoras, conforme al monto cancelado.

viii)

Continúa Remuneraciones - En millones de ¢ -

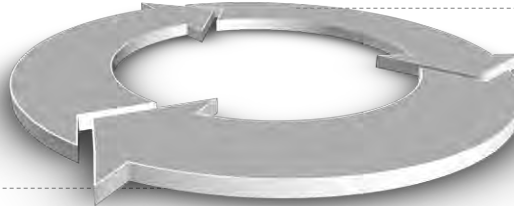


1.2. Partidas Variables
 ¢233.6



a) Suplencias ¢111.6

Sustituciones por vacaciones, para cubrir el pago de los funcionarios (as) sustituidos por motivo de vacaciones, incapacidad y permiso con goce de salario.



b) Remuneraciones Eventuales ¢122.0

- Tiempo Extraordinario ¢72.4: Destaca Área de Salud Desamparados 1 y 2 en Guardias Médicos para servicio de maternidad.
- Disponibilidad Laboral: Unidad Trasplante de Hígado ¢49.0, pago de los funcionarios (as) que deben estar disponibles fuera de la jornada ordinaria de trabajo.



ix)

Modificaciones en Servicios ¢ 1,641.3 - en millones de ¢-

Destaca:

-Recursos FRI: Proyecto Hosp. Tony Facio, Sistema de enfriamiento de agua del sistema de Aire Acondicionado.
 -Fondo Infraest. Nueva: AS Desamparados, Mant. Subestación Eléctrica, Sistema Alarma Contra incendios -entre otros-.

Mantenimiento y Reparación

¢357.4



Servicios Gestión y Apoyo

¢912.5



Alquiler Maq. Eq. y Mobiliario

¢192.3



Otras Subpartidas

¢179.1



Destaca:

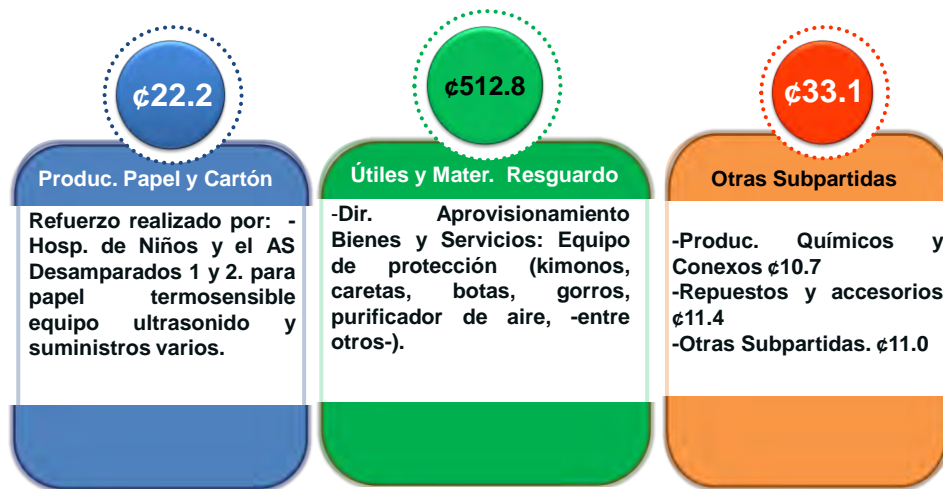
-Serv. Ciencias Económicas: Diseño del "Plan Innovación Tecnológica" por ¢410, art. 20, sesión 8754 del 04/12/2015
 -Serv. Generales: ¢307.2: AS Desamparados 1 y 2 y AS Siquirres para serv. limpieza de la nueva Infraestructura.

Destaca:

-Hosp. Calderón Guardia: Concentradores de Oxígeno.

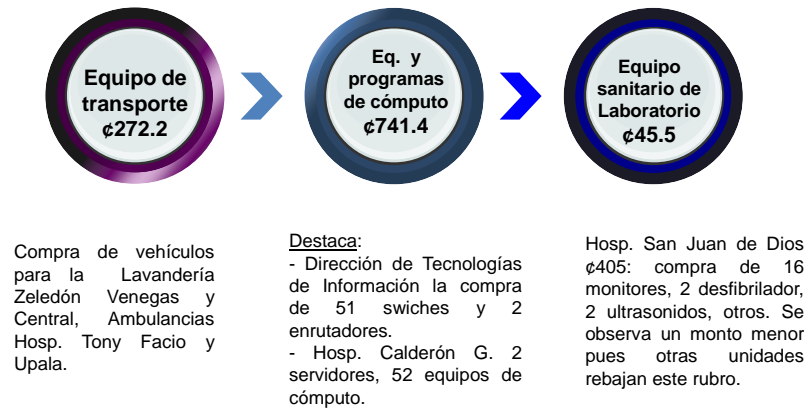
x)

Modificaciones en Materiales y Sum. ¢568.1 - en millones de ¢-



xi)

Modificaciones en Bienes Duraderos ¢3,672.6- en millones de ¢-



xii)

Continúa Bienes Duraderos ₡3,672.6 - en millones de ₡-



xiii)

Modificaciones en Transf. Corrientes ₡ 3,332.3 - en millones de ₡-

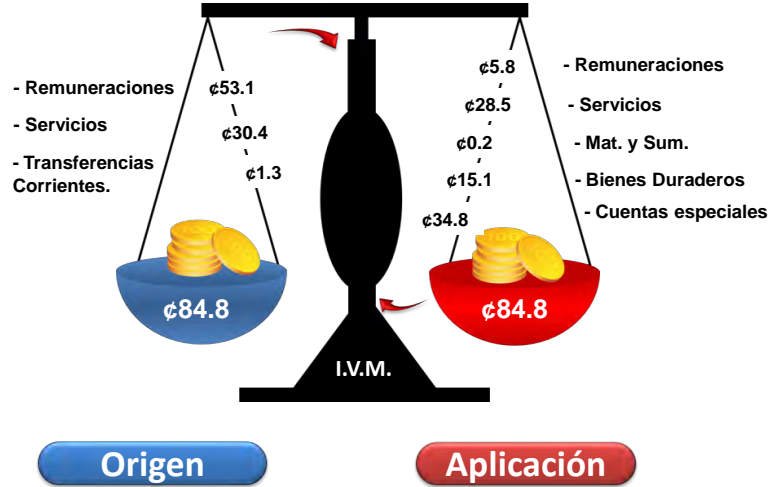


xiv) Movimiento presupuestario Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte.

xv)

Movimientos entre partidas - Cifras en millones de ¢ -

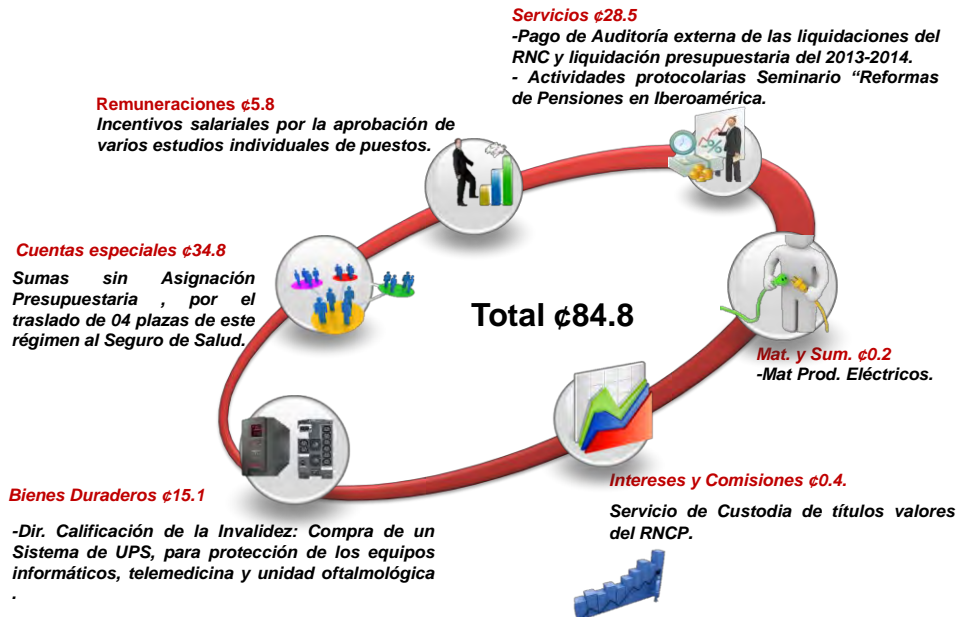
Antecedentes: movimientos planteados por las unidades para el cumplimiento de los objetivos y metas propuestas para el presente período.



xvi)

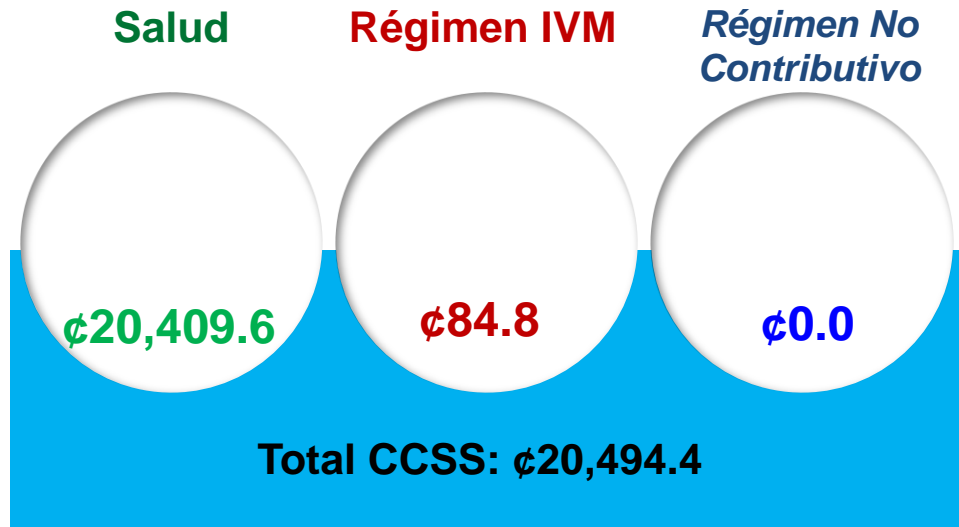
Aplicación de los recursos

-en millones de ¢-



xvii)

**Modificación Presupuestaria 02-2015
(Monto en millones de colones)**



Respecto de una inquietud del Director Barrantes Muñoz, el Gerente Financiero indica que la partida presupuestaria de mantenimiento es para la reparación edificios a terceros, o sea, para realizar trabajos con contratos.

Abona el licenciado Gómez Rodríguez que es para la contratación de una empresa, con el fin de que realice la labor de mantenimiento.

Continua con la presentación el licenciado Picado Chacón y en cuanto a las modificaciones de las remuneraciones, señala que cuando se crearon 84 plazas el año anterior, como la aprobación fue en el mes de diciembre pasado, se había superado la formulación del presupuesto. De modo que estas plazas no ingresaron con presupuesto para este año y se debe incorporar, lo normal es que se creen las plazas y cuando se envía el presupuesto a la Contraloría General de la República en el mes de setiembre de cada año, las plazas que fueron creadas antes, deberían estar estimadas en su totalidad, para el año siguiente. Entonces, este año por mil quinientos millones de colones, se tiene que asignar financiamiento a esas 84 plazas. Destaca que en cuanto al salario escolar, no es un movimiento que produce impacto en el presupuesto, sino por el contrario, es un fondo global en el que se paga, alrededor de sesenta mil millones de colones, lo que se hace es que se traslada para las unidades y como se canceló en el mes de enero pasado, no les alcanzó los recursos por la forma en que está distribuido, de tal manera que se compensa, pero no es un movimiento de gastos adicionales, en materia de remuneraciones. Otro aspecto que no produce impacto, es el traslado que se realizó de 81 plazas de una unidad ejecutora a otra, 77 se trasladaron entre unidades del Seguro de Salud y 4 plazas para del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (RIVM) al Régimen de Salud, en el caso de estas 4 plazas, se les debe asignar contenido presupuestario en el Régimen de Salud, dado que a la Gerencia Financiera, le provoca un gasto adicional y más bien el IVM, descontará recursos financieros, porque son 4 plazas que no se cargan a su presupuesto. En cuanto a las suplencias por un monto de 111.6 millones,

normalmente, son partidas que se autofinancian, no son financiamiento adicional sino que alguna unidad, por algún caso en especial, prevé o proyecta algún faltante, entonces, se empieza a trasladar remanentes de partidas presupuestarias, igual sucede con remuneraciones eventuales, son partidas cuyos montos no son los que se presentarán en el mes de setiembre o en agosto, cuando las unidades empiezan a tener escases de recursos para estos efectos. Destaca que en las modificaciones de servicios, existe el fondo denominado Fondo de Renovación de Infraestructura (FRI), de manera que se tienen esos recursos financieros y conforme las unidades van ejecutando el presupuesto, entonces, los recursos financieros se toman de ahí y se trasladan a la unidad y ese, es el movimiento presupuestario que se está planteando. En la Modificación en Bienes Duraderos, específicamente, en el Equipo de Transporte, se incluye un financiamiento de un proyecto que tiene la Gerencia Logística, para la compra de vehículos para la Lavandería Zeledón Venegas y Central, las Ambulancias para el Hospital Tony Facio y Upala. En estos casos, los proyectos se han encausado para que se produzca un alto impacto, incluso, entiende que está en proceso la compra y lo que se hace es un financiamiento de la adquisición. En las Modificaciones en Transf. Corrientes, todos los recursos se encuentran concentrados en la Gerencia Médica y se distribuye entre otras actividades, pero son los mismos 3,332.3 millones de colones, no es un aumento en el pago de indemnizaciones, es un movimiento presupuestario. En el caso de prestaciones sociales, funciona como un fondo, porque no se conoce quién se va a jubilar en cada unidad, pero cuando la persona se pensiona, el costo de la prestación legal, se carga a esa unidad y, posterior, en el fondo que se tiene se traslada a financiar esa unidad. En ese sentido, siempre que se presentan modificaciones, también contiene movimiento en prestaciones legales y no son aumentos, son movimientos de ese fondo para financiar unidades.

En cuanto a una consulta del Director Devandas Brenes, responde el Gerente Financiero que las indemnizaciones, corresponden al pago de juicios por diferentes motivos, por ejemplo, despidos de personas que luego logran ser restituidos en la plaza, en algunos casos por mala praxis, por diferentes situaciones, daño moral en ciertas situaciones y por daño material, entre otras.

El Dr. Devandas Brenes señala que sería interesante que se presente un informe desglosado, de del pago de indemnizaciones e, incluso, conocer históricamente como se ha venido comportando esa situación, porque podría ser asociado a lo que se estaba indicando antes, sobre la Operadora de Pensiones, en cuanto a indicadores de riesgo, qué sucede, por qué se produce el incremento o por qué se mantiene el nivel de indemnizaciones, qué sucede.

Sobre el particular, indica el licenciado Picado Chacón que ya existe un acuerdo de la Junta Directiva, sobre el tema y le parece que lo tiene la Gerencia Administrativa, el cual atendería esa preocupación de lo que se está pagando y no. Se tomó un acuerdo y existe una Comisión que está trabajando en las causas y las posibilidades de ajustar algunos elementos.

A continuación, la licenciada Marta Jiménez se refiere a las metas físicas del Plan Anual Operativo, con base en las siguientes láminas:

- a) Incidencia en el Plan Presupuesto Institucional 2015, por Modificación Presupuestaria 02-2015

b)

INCIDENCIA EN LA PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL

Programa Atención Integral a la Salud de las Personas

“GIT 9.1 Ejecución de un 85% global de las metas anuales según la programación y asignación de recursos de cada periodo presupuestario, para el Portafolio Institucional de Proyectos de Inversión en Infraestructura y Tecnologías”.

Actividades	Monto millones de Colones
Portafolio de Proyectos de Inversión	<u>2.072,9</u>
✓ Realización de estudios relacionados con los proyectos de las Sedes de EBAIS de Bajo Bley y Piedra Mesa.	38,4
✓ Diseño y construcción del sistema de angiografía y readecuación del servicio de hemodinamia del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia	800,0
✓ Readecuación del sistema de dotación de agua potable del Hospital San Francisco de Asís y otros centros.	692,7
✓ Instalación y mantenimiento del sistemas de detección de alarmas y sistemas fijo contra incendios de los hospitales San Francisco de Asís, Chacón Paut, Adolfo Carit y Upala.	541,8

c)

INCIDENCIA EN LA PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL

Programa Atención Integral de las Pensiones



Los recursos incorporados del Régimen de IVM, no tienen incidencia en el cumplimiento de las metas del PPI 2015.

Refiere la licenciada Jiménez que cuando se produce un movimiento presupuestario, tiene una incidencia en una meta relacionada con el Portafolio Institucional de Proyectos, al trasladarse recursos financieros significa que se va a favorecer el cumplimiento de esta meta institucional.

Respecto de una inquietud de la Directora Soto Hernández, señala la licenciada Jiménez que el EBAIS de Piedra Mesa, es de la Región Caribe, Huetar Atlántica, corresponde junto con el EBAIS de Bajo Bley, son las dos sedes de visita periódica.

En cuanto a una pregunta del Director Devandas Brenes, refiere la Lic. Jiménez que el portafolio Institucional de Proyectos, tiene un sin número de proyectos que están ubicados en Infraestructura, lo que corresponde a equipamiento, industrial y también tecnologías. En la parte que corresponde a infraestructura, se tiene que a estos proyectos se les están trasladando recursos financieros, el año pasado fue aprobado este portafolio y se encuentra a cargo de la Gerencia de Infraestructura con una serie de proyectos. La meta institucional es que al menos un 85% de lo programado en ese portafolio, se haya logrado al finalizar el año 2015. En cuanto a los recursos del Programa Atención Integral de las Pensiones, al ser casi todos para labores administrativas, no afectan ninguna meta del Plan Presupuesto Institucional, relacionadas con la Gerencia de Pensiones.

Interviene la Directora Alfaro Murillo y en el tema del cáncer, señala que en el caso del Hospital Calderón Guardia, se plantea como Proyecto de Fortalecimiento de Atención al Cáncer y en estos días, ha tenido la duda, en los centros hospitalarios a los cuales les fue asignado el presupuesto que quedó, después que no se implementó la construcción del Hospital del Cáncer, el Hospital Calderón Guardia tiene una cifra asignada, igual sucede con el Hospital San Juan de Dios, desea se aclare qué sucedió con esos recursos financieros.

Responde el Gerente Financiero que este proyecto trabaja con un fondo y tiene un portafolio de inversiones en equipo, infraestructura y otras iniciativas, que son las administradas por el doctor Luis Bernardo Sáenz, quien gestiona el tema del cáncer, así como el fondo de la Ley del Tabaco y existe un acuerdo para que se presente el tema a la Junta Directiva.

Aclara la señora Presidenta Ejecutiva, que ese acuerdo estaba agendado para ser analizado en la sesión de hoy, pero lo trasladó para otra sesión, por cuanto la agenda estaba muy cargada.

Indica el licenciado Picado Chacón que en este caso particular, el Dr. Sáenz Delgado coordina la ejecución del proyecto del Hospital Calderón Guardia y cuando se esté ejecutando el proyecto, la Gerencia Médica, como maneja presupuestariamente la Unidad Ejecutora del doctor Sáenz, lo que hace es tomar recursos del fondo del Proyecto de Fortalecimiento y se lo asignan al Hospital Calderón Guardia, para que asuma el pago específico de la factura, pero esos recursos financieros, son de fondos específicos de lo que en algún momento, eran del Instituto Costarricense contra el Cáncer (ICCC), no es del presupuesto global institucional.

Además, la Ing. Alfaro Murillo desea conocer si de ese fondo que era del ICCC contra el Cáncer y de lo que le correspondía al Calderón Guardia, cuánto presupuesto hay.

Señala el Gerente de Financiero que en este momento, el presupuesto producto de la liquidación de ese Instituto, existen alrededor de diecinueve mil cuatrocientos setenta colones.

Abona la doctora Sáenz Madrigal que el hecho de que exista presupuesto del ICCC, no significa que no esté comprometido en proyectos que se ejecutarán desde los años 2015, 2016, 2017 y es lo que contiene el informe, que se analizará en la próxima sesión de la Junta Directiva.

Para terminar de aclarar su duda, pregunta la ingeniera Alfaro Murillo si cuando se asignó un porcentaje de esos fondos a los centros hospitalarios, se ha respetado el presupuesto del ICCC, o se tiene una versión original y, luego, se asignan los recursos de acuerdo con el proyecto que se aprobó.

Responde el Gerente Financiero que el presupuesto del ICC, no se asignó por centros, sino es un Portafolio de Proyectos y así se van administrando las inversiones, pero no solo al Hospital Calderón Guardia, se le asignaron los recursos, sino que también al Hospital San Juan de Dios.

Señala doña Marielos Alfaro que su duda, es porque cuando estuvo en la Asamblea Legislativa, se retomó este proyecto, dado que las personas, seguían insistiendo en que se trabajara con ello y, entonces, tiene los datos de notas y artículos de periódico, en los que se hace mención de una redistribución de fondos y una determinada cifra, con las declaraciones de funcionarios de la Caja de ese momento. Repite, la inquietud es conocer si era así o no, de hecho consta en algunas actas de la Comisión de Sociales porque, precisamente, se observó lo que se había hecho y llegaron personas a la Asamblea Legislativa que no estaban a favor del Proyecto.

Al respecto, repite el Gerente Financiero que se constituyó un portafolio de proyectos.

La señora Presidenta Ejecutiva no quiere adelantar sobre el tema, dado que no estuvo en ese momento en la gestión, así que no tiene el conocimiento de esos recursos financieros pero, eventualmente, pudiera ser que eso se tradujera en un portafolio de proyectos para el Hospital, pero no quiere asegurarlo.

Interviene el Auditor y señala que estaba analizando las diferentes partidas que se financian y aparece una cuenta presupuestaria, la 21 Alquiler de Maquinaria y Equipo y Mobiliario, el Hospital Calderón Guardia incrementa esta subpartida en ciento noventa y un millón de colones, para financiar el alquiler de los concentradores de oxígeno, para los pacientes del Servicio de terapia respiratoria del Programa de Cuidados Domiciliarios. Dado lo anterior, pregunta que siendo un monto tan elevado, por qué no se ha planteado la necesidad de que la Institución cuente con esos equipos y se compren. Por otro lado, en el Servicio de Ciencias Económicas, la Gerencia Financiera solicita una partida de cuatrocientos diez millones de colones, para la ejecución de la fase de diseño e integración denominada Fase 0, del Plan de Innovación para Mejora de la Gestión Financiera, consulta si es el único monto que se va a destinar o, posteriormente, se incluirán nuevos montos, entonces, cual va a ser la totalidad de la partida que corresponde al Registro de Planillas (RP). Por otro lado, en el Servicio de Desarrollo de Sistemas Informático, aparece una partida con un monto de ochenta millones de colones. Además, sobresale el financiamiento de la Dirección de Cobros, para cancelar el contrato de servicios de Desarrollo del Sistema que financia el requerimiento cobros, deudas y asignaciones familiares, para adecuar la aplicación Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE), atendiendo una recomendación de la Contraloría General de la República, le preocupa hasta qué punto esta suma es recuperable por la Institución, o es un gasto en el que, necesariamente, se tiene que incurrir. En el caso de Mantenimiento y Reparación en el apartado 2.3, aparecen un serie de refuerzos Mantenimiento e Instalaciones con recursos del Fondo Institucional, de nueva infraestructura y se financia el CAIS de Desamparados, por un monto de treinta millones de colones para el mantenimiento de subestación eléctrica. Además, el CAIS de Siquirres, dado que estos CAIS son de reciente construcción, por ejemplo, Desamparados y Siquirres, pregunta para que se está reforzando las

partidas por un monto cercano a los sesenta millones de colones. Además, se solicita se refuerce la partida de Mantenimiento y Reparación de Equipo y Mobiliario de Oficina del CAIS de Desamparados y Siquirres, por un monto de once millones quinientos mil colones y veintisiete millones de colones de la partida Mantenimiento Inmobiliario de Oficina y aire acondicionado y esos centros son de reciente construcción. En cuanto al hospital Tony Facio, tiene la inquietud de si se presentaron problemas, recientemente, con el Hospital porque hasta ahora, se están financiando ciento quince millones de colones, para resolver el problema del sistema de enfriamiento de agua y del Sistema de Aire Acondicionado, si esos problemas se conocían con mucha anterioridad. En lo que respecta a la partida de equipos y programas de cómputo, en la partida 2501, el Hospital Monseñor Sanabria con recursos propios, se financia la compra de software y licencia, para el proyecto de fila del servicio de emergencias por quince millones quinientos mil colones y en la Caja, existe un excelente sistema de información para todo el Área de Emergencias, diseñado por el Hospital de Heredia. Entonces, en ese Hospital se va a destinar ese monto de colones, por lo que le parece que se utilice ese software. En la partida de Indemnizaciones, comparte la preocupación con don Mario Devandas, además, en todas las modificaciones presupuestarias se observa que se incluye esa partida presupuestaria y considera que es un monto elevado. Dado lo anterior, comparte la inquietud con don Mario en que se debe revisar, ampliamente y conocer el informe, así como revisarlo a nivel de Caja, en términos de qué está sucediendo con la gestión legal, con los distintos abogados que se tienen contratados. Estima que la modificación presupuestaria anterior, probablemente, se reforzó igual y en esta partida se presupuestan montos muy elevados y representativos para pagar indemnizaciones.

La señora Presidenta Ejecutiva comenta que en el caso del Hospital Tony Facio, efectivamente, la compra del aire acondicionado, estaba planificada desde el proceso de intervención y está en proceso. Sin embargo, se produjo un atraso en la Aduana y hasta ahora, se va a ejecutar el pago. En el caso del Hospital Monseñor Sanabria, el Servicio de Emergencias se rehabilitó y funciona un sistema distinto al que tiene Heredia y el EDUS, es un software muy interesante y sencillo, es utilizar más o menos el esquema de los bancos, el paciente llega al Hospital y escoge el tipo de trámite y se le da una ficha, es el diseño de las zetas canadiense aplicado al sistema informático. No conoce porque se indica que es un software, que se desarrolla en el Hospital y se está ajustando dentro del paquete de reparación del Servicio de Emergencias, inclusive, los funcionarios del Hospital de Heredia, van a ir a observarlo para determinar si lo incorporan dentro del arca, en el diseño de la zeta, porque en el Hospital de Heredia tiene otra lógica, es muy interesante. En resumen, en el Hospital de Puntarenas se tiene el tema de las zetas, en Heredia el arca y el EDUS, estos tres sistemas juntos serán el resultado de ese sistema más integral, que es el que se está buscando y funciona muy bien. El sistema lo observaron operando, se anota, por ejemplo, si el paciente llega al Hospital a consulta, luego, el médico general realiza la evaluación, el Emergenciólogo, le asigna la zeta y de una vez lo ubica en el monitor del médico que le corresponde. Los pacientes se clasifican en 10, 30 y 40 minutos, si el paciente está clasificado para que sea atendido en menos de 10 minutos y no ha sido observado, suena una alarma o alerta y el paciente se pasa de primero, es un complemento y el costo del sistema no es tan elevado. Otro aspecto que tiene el Servicio de Emergencias del Hospital de Puntarenas, pero no se relaciona con lo que se está analizando, es en el sentido de que el médico que realiza la clasificación, tiene una ventana en donde atiende los pacientes que se encuentran clasificados por 10, 30 ó 40 minutos, si algún paciente tiene algún cambio, el médico inmediatamente lo observa y puede movilizarlo, entonces, suena la alarma al que asignó el paciente y al médico que le corresponde.

Continúa el licenciado Hernández Castañeda y refiere que el Plan de Innovación se financia tomando cuatro mil millones de la partida de cuentas especiales, de manera que se está afectando el saldo de esta partida para financiar el resto del período, pregunta cuánto es el saldo.

Responde el Gerente Financiero que los Proyectos del Registro de Planillas (RP), el de Modernización del Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE) y un Sistema Multicanal, la Junta Directiva en el mes de diciembre del año 2014, lo que aprobó fue el diseño y la ejecución de la Fase 0, en la cual se va a dimensionar los alcances de la implementación, se ha tenido trabajo de diferente naturaleza. La contratación es de una empresa que viene a realizar un trabajo, para determinar aspectos en especial de alcance de la solución, no solo en el RP, porque el proceso corresponde a una fase y en el acuerdo se aprobó en que esa fase va a terminar con la elaboración de los carteles para la contratación de la solución, así como para la contratación de la gestión del cambio. Existen diferentes productos específicos, pero con base en una fase que tardaría alrededor de seis meses, de acuerdo con lo que se ha planteado, pero es una primera inversión, posteriormente, vendrá la herramienta y el financiamiento, el proyecto es realmente grande, pero así fue como lo dispuso la Junta Directiva y se está en cumplimiento del acuerdo. En cuanto a lo planteado en Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF), efectivamente, es un informe que se les invitó, para que les realizaran la gestión de cobro a FODESAF, por lo cual, han tenido que ajustar el sistema que se tiene para que a partir, básicamente, del mes de mayo e inicio del mes de junio de este año, cuando una persona se presente a la Institución y solicite una certificación de la deuda, hay que indicar que está moroso con la Caja pero, además, con FODESAF. De manera que si desea realizar un arreglo de pago, tendrá que contemplar las dos deudas. La pregunta específica del Auditor es conocer si se va a recuperar esos recursos financieros invertidos, por lo que informa que se tiene un proceso de negociación con FODESAF, para establecer el costo del servicio y se tendrá que recuperar los costos de inversión en ese momento, más los costos de administración y de operación, entre otros. Sobre los contratos de instalaciones recientes en los CAIS de Siquirres y el de Desamparados, efectivamente, en su momento, cuando se inauguraron se indicó que existían contratos de mantenimiento, que estaban incluidos en la obra nueva, pero que a partir de cierto momento, los contratos se tienen que empezar a financiarlos institucionalmente y se tiene como parte de la previsión; y aunque puedan parecer que están recién construidos, tiene aproximadamente dos años y los períodos de contrato de mantenimiento, han venido venciendo como sucedió con los del Hospital de Heredia, de manera que para renovarlos se tiene que financiar a partir de estos recursos financieros internamente, dado que están asignados en el Fondo de Infraestructura nueva, porque se conoce que cada vez que se concluye una obra de esa naturaleza, se produce un gasto de operación adicional. En el caso de las indemnizaciones, lo que plantea el señor Director Devandas Brenes y el Auditor, es pertinente y aclara, que esos tres mil millones de colones no son adicionales, sino por el contrario, están contenidos en el presupuesto y se está realizando un movimiento entre unidades y actividades. Además, esa partida presupuestaria, se debe reforzar en el año porque, normalmente, lo que se tiene programado no es suficiente. Por otra parte, existe un acuerdo en la línea de lo planteado por don Jorge Arturo Hernández, se realizará un reforzamiento neto de la partida presupuestaria, no es que se está asignando tres mil millones de colones más al presupuesto, sino que los recursos financieros se están distribuyendo entre unidades y actividades.

Interviene el licenciado Gómez Rodríguez y en cuanto al contrato del Hospital Calderón Guardia, señala que no es solo que corresponde al alquiler del equipo en sí, sino el servicio, como se indica en Atención Domiciliaria, entonces, es el servicio de una empresa que visita la casa del paciente e instala el equipo y le suministra el tanque de oxígeno, así como preparar y acondicionar al paciente; además, retira y sustituye el tanque de oxígeno, o sea, es toda la cadena de un servicio, que de otra forma, significaría que, probablemente, el Hospital requiera un equipo móvil para realizar esa labor.

Señala la doctora Sáenz Madrigal que en la discusión realizada en la mañana, con las personas del país Vasco, hicieron referencia de la atención domiciliaria, así a nivel de país se cuenta con diferentes modalidades de atención domiciliaria para la parte de oxígeno, Cuidado Paliativos, Nefropatías, Geriatria y Pediatría, entre otros, que han surgido como necesidades e iniciativas que varias de las que él indicó, en la Caja han surgido como iniciativas, pero no están integradas al Plan de Atención Integral. Considera que es bueno por el sistema de salud y los mismos recursos humanos en salud, han identificado modalidades distintas que en otros países, están incluidos en el paquete de servicio, entonces, esos servicios se deben analizar en el Modelo de Atención. El grupo que está analizando el modelo, realizó un inventario y se tendrá que analizar dentro del Modelo de Atención. El inventario se basa en todos los modelos que hay de cuidado domiciliar y se está revisando, porque forma parte de la inversión y las necesidades que tiene las poblaciones a nivel comunitario, pero a veces, se visualizan como una salida de un programa especial de un hospital, pero no como un sistema general. Es claro que no se tiene todo lo que ha realizado en el país Vasco; sin embargo, en la Institución hay mucho de lo que se ha hecho en ese país, pero como acciones, por ejemplo, la alta programada, proyectos específicos muy concretos y se pueden redimensionar, para la revisión del modelo de atención, porque serían otras características y se relacionan con esos servicios, los cuales asumirá la Institución, pero se debe realizar un análisis de costo-beneficio y costo-efectividad.

En cuanto al último punto que planteó el señor Auditor, indica el licenciado Picado Chacón que con estos cuatro mil trescientos millones de colones, que se toman de asignaciones globales, el fondo quedaría con un monto de ocho mil veinticuatro millones de colones, pero es importante recordar, que en un presupuesto extraordinario, el superávit que se tuvo el año anterior, se tiene que incorporar en el presupuesto de este año, así como en el presupuesto ordinario, alrededor de ciento diez mil millones de colones, entonces, por la solidez de las asignaciones globales, el Fondo se mantiene con recursos financieros suficientes.

Recuerda el señor Auditor que existe un acuerdo de la Junta Directiva, para que se quedaran las reservas contables, dado que son parte de esos recursos y es un monto significativo, por lo que se deberían incluir en la reserva.

Sobre el particular, manifiesta don Gustavo Picado que cuando se plantea el presupuesto extraordinario, no todos los recursos financieros se fijan en asignaciones globales, sino que, anteriormente, cuando se presentaron los estados financieros, se observó las posibilidades que existían de poder colocar en diferentes fondos los recursos y el tema de reservas técnicas, pero cuando se presenta el presupuesto para su aprobación, se presenta con propuestas específicas para la creación de las reservas técnicas.

En relación con el tema de las indemnizaciones, señala don Mario Devandas que sería importante, en otro momento, se presente un informe sobre el comportamiento de los alquileres, en general, dentro de la Institución para observar la evolución de esa partida en el tiempo y con alguna reflexión sobre opciones. Conoce que en determinado momento, es mejor alquilar que construir, pero el tema se debe analizar bien. Por otro lado, en cuanto a los fondos que se refirió doña Marielos Alfaro, sobre los recursos financieros del Fondo del Tabaco y los que existen producto de la liquidación del Instituto Costarricense contra el Cáncer, le preocupa y le parece que se debe realizar un análisis legal, dado que una persona es la administradora esos fondos y autoriza su utilización. Estima que la Institución es la que debe disponer de esos fondos. Repite, le preocupa que sea una persona la que al final autoriza o no, la inversión de esos fondos y no comprende su manejo, porque desde su punto de vista, salvo que existan normas que lo establezcan, esos fondos deben ser manejados con todo el aparato institucional y no una persona en particular, tenga una injerencia tan destacada en este tema. Le gustaría que la Auditoría, la Dirección Jurídica e, incluso, la Gerencia Financiera, presente un informe a la Junta Directiva y definir si el proceso debe continuar así o podría existir otra manera de gestionarlo.

La Directora Alfaro Murillo refiere que los fondos existen, la consulta urge y acaban de indicar que existen diecinueve mil millones de colones, o sea, alrededor de veinte mil millones de colones. Dado lo anterior, desea conocer desde cuándo están esos veinte mil millones de colones y desde cuándo, fueron trasladados esos fondos a la Institución.

Al respecto, indica el Gerente Financiero que desde el año 2009.

La Ing. Alfaro Murillo indica que es correcto, porque en el año 2010, cuando ingresó a la Asamblea Legislativa, un grupo de personas quiso revivir el tema. Del año 2009 a la fecha, significan seis años, el tema del cáncer urge resolverlo y hay en la Institución fondos por veinte millones de colones guardados, por lo que solicita explicaciones.

Sobre el particular, señala la señora Presidenta Ejecutiva que, lamentablemente, la Institución tiene una capacidad de gasto muy limitada.

Seguidamente, don Gustavo presenta la propuesta de acuerdo:

- i) Propuesta acuerdo de Junta Directiva.

Con base en las recomendaciones y criterios técnicos contenidos en los oficios GF-12.376-15, suscrito por el Lic. Gustavo Picado Chacón, Gerente Financiero y AFP-194-2015 emitido por el Licenciado Sergio Gómez Rodríguez, Jefe de Área de Formulación de Presupuesto, ambos con fecha 24 de marzo de 2015, **ACUERDA:**

- ii) Propuesta acuerdo de Junta Directiva:

Acuerdo primero: Aprobar la Modificación Presupuestaria 02-2015 del Seguro de Salud y Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte por los montos indicados en el siguiente cuadro y considerando los movimientos presupuestarios de rebajos y aumentos de egresos, incluidos en el documento de justificaciones que queda constando en forma anexa y

teniendo presente el oficio AFP-0194-2015 de la Dirección de Presupuesto, mediante el cual se emite el dictamen técnico.

Modificación Presupuestaria 02-2015
(monto en millones de colones)

Seguro de Salud	Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte	Régimen No Contributivo de Pensiones	Total CCSS
¢20,409.6	¢84.8	¢0.0	¢20,494.4

iii) Propuesta acuerdo de Junta Directiva:

Acuerdo segundo: De forma complementaria, dar por conocido y aprobar el criterio emitido por la Dirección de Planificación Institucional en oficio DPI-131-15, suscrito por el Dr. Róger Ballesterero Harley respecto a la incidencia producida por los movimientos incluidos en la presente Modificación Presupuestaria, en las metas establecidas en el Plan Anual Institucional 2015.

Por lo tanto, se tiene a la vista el oficio número GF-12.376-15 del 24 de marzo del año en curso, que firma el señor Gerente Financiero y que, en lo pertinente, en adelante se transcribe en forma literal:

“Para análisis y aprobación, se remite el documento de la Modificación Presupuestaria N° 02-2015 del Seguro de Salud y Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte.

Este documento corresponde a la modificación presupuestaria 02-2015, la cual cumple con los lineamientos establecidos por la Contraloría General de la República en las Normas Técnicas de Presupuesto Público (R-1-2012-DC-DFOE) y los lineamientos definidos a nivel interno de la CCSS en materia presupuestaria, tales como: Política Presupuestaria, Normas Técnicas Específicas del Plan-Presupuesto e Instructivo de Variaciones Presupuestarias.

La presente modificación incluye movimientos planteados por las unidades ejecutoras, correspondientes a la modificación ordinaria del mes de marzo, con el fin de ajustar el presupuesto para el cumplimiento de los objetivos y metas propuestos para el presente período.

Destacan los incrementos en las subpartidas de Bienes Duraderos, en su mayoría financiados con recursos institucionales de Asignaciones Globales y con recursos del Fondo de Recuperación de la Infraestructura.

Se incorporan varios casos de servicios personales tales como: fraccionamiento de 2 plazas que derivan en la creación de 2 códigos de financiamiento local.

El total de la modificación se encuentra equilibrado en cada uno de los Seguros, en tanto el total de rebajos (origen de los recursos), coincide con el total de aumentos (aplicación de los recursos).

A continuación se resumen los principales movimientos incluidos en la modificación y se adjunta el documento de las justificaciones en donde se observan los cuadros de aumentos y rebajos realizados en cada una de las subpartidas.

ANTECEDENTES:
(Montos en millones de colones)

SEGURO DE SALUD

I. Origen de los Recursos **¢20,409.6**

Se realizaron rebajos en las partidas que a continuación se detalla:

- Remuneraciones	¢ 9,465.0
- Servicios	¢ 2,108.8
- Materiales y Suministros	¢ 972.1
- Bienes Duraderos	¢ 263.0
- Transferencias Corrientes	¢ 3,299.9
- Cuentas Especiales	¢ 4,300.8

II. Aplicación de los Recursos **¢20,409.6**

Con el rebajo de las partidas anteriores, se refuerza el contenido presupuestario en:

1. Remuneraciones **¢11,195.3**

1.1 Partidas Fijas y Cargas Sociales **¢10,961.7**

a) Se incluye el contenido presupuestario para el período 2015 de las 84 plazas creadas en la modificación presupuestaria 06-2014, aprobada por la Junta Directiva en el artículo 4, de la sesión N° 8756, celebrada el 15 de diciembre del 2014. El costo total de esas plazas es de ¢1,488.1.

b) Traslados de Plazas: se incluye el traslado de 81 plazas, de las cuales 77 códigos son entre unidades del Seguro de Salud y 4 plazas del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte al Seguro de Salud, tales 29642, 00580, 00842 y 00287.

c) Fraccionamiento de Plazas: fraccionamiento de las plazas 33077 y 22287, según acuerdo del Consejo Financiero y Control Presupuestario, en artículo 03 de la sesión N° 228-13, celebrada el 30 de junio 2014.

El fraccionamiento de estas dos plazas significa la creación de dos códigos de financiamiento local. Con la creación de estas plazas, el total de plazas institucional sería el siguiente:

Total de Plazas

Sueldos por Cargos Fijos	45,221
Modif. Presup. 02-15	
Plazas Nuevas	
Financiamiento Local	
Gerencia Médica	02
Sub- Total	02
Total A Cargos Fijos	45,223
Total Serv. Especiales	75
Total General de Plazas	45,298

d) **Salario Escolar:** Se distribuyen los recursos del fondo de salario escolar a las unidades ejecutoras conforme al monto cancelado.

1.2 Subpartidas Variables**¢233.6**

a) **Suplencias ¢111.6:** destaca el financiamiento realizado por varias unidades como el Área de Salud de Pérez Zeledón, Fábrica de Ropa, Área de Asesoría y Evaluación, Área de Gestión de Medicamento, Dirección de Servicios Generales así como el reforzamiento al Área de Salud de Desamparados 1 y 2, para cubrir el pago de los funcionarios (as) que deben ser sustituidos por motivo de vacaciones, incapacidad y permiso con goce de salario.

b) **Remuneraciones Eventuales ¢122.0:** En este grupo destaca el financiamiento de la subpartida de Tiempo Extraordinario por ¢72.4, en el cual sobresale el financiamiento con recursos institucionales al Área de Salud Desamparados 1 y 2 por ¢488.2, con el propósito de financiar las erogaciones por concepto de Tiempos extraordinarios para dar continuidad las 24 horas, los 365 días del año, al pago de las guardias médicas de los profesionales que laboran en el servicios de Maternidad.

Por su parte, en Disponibilidad Laboral el Centro de Trasplante de Hígado incrementa con recursos propios esta subpartida por un monto de ¢49.0, para cubrir el pago por Disponibilidad Médica de los funcionarios (as) que deben estar disponibles fuera de la jornada ordinaria de trabajo para dar atención en situaciones de urgencias a los pacientes hospitalizados y disponibles para las jornadas de trasplante. Se observa un monto mayor debido a que otras unidades ejecutoras rebajan esta subpartida.

2. Servicios**¢1,641.3**

a) **Alquiler Maquinaria y Equipo y Mobiliario ¢192.3:** El Hospital Dr. Calderón Guardia incrementa esta subpartida en ¢191.5 para financiar el alquiler de los concentradores de oxígeno para los pacientes del Servicio de Terapia Respiratoria del Programa de Cuidados Domiciliares de Oxígeno Dependientes.

b) Servicios Gestión y Apoyo €912.5, los principales movimientos se destacan a continuación:

- Servicios de Ingeniería €45.6: se financia a la Dirección Administración de Proyectos Especiales en €38.4 para financiar estudios varios que se requieren como parte de la presentación de un Documento de Evaluación en Sede de EBAIS Bajo Bley, Sede de EBAIS Piedra Mesa, Sede de EBAIS Margarita, entre otros.
- Servicios en Ciencias Económicas €470.0: sobresale el financiamiento realizado a la Gerencia Financiera en €410.0 para la ejecución de la fase de diseño e integración (denominada fase cero) del *“Plan de Innovación para la mejora de la gestión financiera-administrativa de la CCSS basado en soluciones tecnológicas”*, según lo aprobado por Junta Directiva en el artículo 20, sesión 8754 celebrada el 04 de diciembre de 2014.
- Servicio de Desarrollo de Sistemas Informáticos €80.0: Sobresale el financiamiento a la Dirección de Cobros en €68.8 para cancelar el contrato de servicios de desarrollo del sistema, que financia el requerimiento “Cobro deudas Asignaciones Familiares” para adecuar la aplicación SICERE (Sistema Centralizado de Recaudación), en cumplimiento con los alcances de la disposición 4.3 del Informe DFOE-SOC-IF-01-2013 de la Contraloría General de la República, la cual en lo que interesa señala: “Implementar a más tardar el 16 de febrero 2015, la gestión de cobro administrativo y judicial del recargo de las planillas a favor del FODESAF, facturado en las planillas que emite la Caja Costarricense de Seguro Social, independientemente del período de morosidad...”.
- Servicios Generales €307.2: con recursos del Fondo de Infraestructura Nueva, se incrementa el Área de Salud Desamparados 1 y 2 por €161.0 para cancelar el pago de Servicio de Limpieza, de igual manera en €186.0 al CAIS de Siquirres para cancelar los contratos de Limpieza y Aseo por terceros. Se observa un monto menor en cuadro debido a que otras unidades rebajan esta subpartida.

c) Mantenimiento y Reparación €357.4: Varias unidades ejecutoras refuerzan los rubros de mantenimiento y se distribuyen recursos de Fondos Institucionales para financiar los mantenimientos preventivos y correctivos de otras obras, maquinaria y equipo de oficina y maquinaria y equipo de producción, destacando los siguientes movimientos:

- Mantenimiento de Instalaciones y otras Obras €110.5: Con recursos del Fondo Institucional de Infraestructura Nueva se financia el CAIS Dr. Marcial Fallas-Área de Salud Desamparados 1 por €30.5, para el mantenimiento de: Subestación Eléctrica, Sistema de Alarma contra Incendios, Tanques de Agua Potable, -entre otros-. Asimismo, el Área de Salud de Parrita por €20.8 y CAIS de Siquirres por €27.3, ambas para el mantenimiento de los siguientes sistemas: Sistema de Potencia, Agua Potable, Planta de tratamiento de aguas residuales, detección y alarma contra incendios, -entre otros-. Por otra parte el Centro Nacional de Rehabilitación financia esta subpartida en €12.7, para el mantenimiento del Circuito Abierto de Televisión y Circuito Cerrado de Vigilancia. Así como el mantenimiento de los Tanques de Agua Potable.
- Mantenimiento y Reparación de Equipo y Mobiliario de Oficinas €107.8: Con recursos del Fondo Institucional de Infraestructura Nueva se financia el CAIS Dr. Marcial Fallas-Área de

Salud Desamparados 1 por ¢11.5, para el mantenimiento de Equipos eléctricos y mobiliarios de oficina y al Área de Salud de Parrita por ¢15.6 y CAIS de Siquirres por ¢27.7 ambas para el mantenimiento del sistema de aire acondicionado y mantenimiento del equipo y mobiliario de oficina. Asimismo, el Hospital Nacional de Niños incrementa esta subpartida por ¢24.0 y el A.S. de Puriscal-Turubares por ¢16.0 ambas para el mantenimiento de los aires acondicionados.

- Mantenimiento y Reparación de Maquinaria y Equipo de Producción ¢115.4: Se redistribuye el Fondo Institucional Recuperación de la Infraestructura para financiar el proyecto del Hospital Tony Facio “Sistema de enfriamiento de agua (Chiller) del Sistema Central de Aire Acondicionado” por ¢120.0. Se observa un monto menor por cuanto otras unidades rebajan esta subpartida.

d) Otras Subpartidas de Servicios **¢179.1**

- Actividades de Capacitación ¢71.1
- Otros Servicios No Específicos ¢69.1
- Otras Subpartidas de Servicios ¢38.9

3. Materiales y Suministros **¢568.1**

a) Productos de Papel y Cartón ¢22.2: el Hospital de Niños incrementa este rubro en ¢15.0 para cumplir con el suministro de papel para formularios de ingreso de pacientes, papel termo sensible para impresoras de Ultrasonido; por otra parte, se financia al Área de Salud Desamparados 1y 2, por ¢17.5 con el fin de comprar toallas para el secado de manos, papel higiénico, papel para impresiones o fotocopias. Se observa un monto menor en cuadros debido a que otras unidades rebajan esta subpartida.

b) Útiles y Materiales de Resguardo ¢512.8: se financia la Dirección de Aprovisionamiento de Bienes y Servicios con recursos institucionales a fin de adquirir equipo de protección personal tales como lentes de protección, botas impermeables, gorros de protección, kimonos, caretas, kit para verificación de colocación de mascarillas, purificador de aire forzado y sus complementos para brindar atención a pacientes posiblemente portadores del virus del Ébola y así evitar su contagio.

c) Otras Subpartidas de Materiales y Suministros **¢33.1**

- Productos Químicos y Conexos ¢10.7
- Repuestos y Accesorios ¢11.4
- Otras subpartidas de Materiales y Suministros ¢11.0

4. Bienes Duraderos **¢3,672.6**

a) Equipo de Transporte ¢272.2: varias unidades ejecutoras trasladan recursos al Área Servicios Generales para la compra de vehículos, para la Lavandería Zeledón Venegas y Central; compra

de ambulancias para Hospital Tony Facio, Área de Salud y Hospital de Upala; dos montacargas para el Laboratorio de Soluciones Parenterales; Motocicletas para el Área de Salud Pital.

b) Equipos y Programas de Cómputo €741.4: varias unidades ejecutoras incrementan esta subpartida, con recursos propios e institucionales, entre las que destacan: la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicación con recursos propios financia la compra de 51 switches y 2 enrutadores por €450.0, el Hospital Calderón Guardia con recursos institucionales, financia la compra de 2 servidores de alta complejidad para la instalación del controlador de dominio y 52 equipos de cómputo los Servicios de Nutrición y Ropería. De igual manera con recursos propios se financia la compra de 20 impresoras láser por €102.0, la Dirección de Mantenimiento Institucional con recursos del FRI financia la adquisición de equipo de cómputo a hospitales, áreas de salud, direcciones regionales y unidades de producción por €34.4, la Dirección de Producción Industrial financia la compra de equipo de cómputo por €19.1, de igual manera el Hospital Monseñor Sanabria financia la compra de Software, licencia, para el proyecto de fila del servicio de emergencias por €15.5, el Proyecto Fortalecimiento de la Atención de Cáncer financia la adquisición de 5 computadoras portátiles y 5 proyectores por €11.3, entre otras unidades por €109.1.

c) Equipo Sanitario de Laboratorio €45.5: con recursos institucionales, se financia la Hospital San Juan de Dios en €405.0 para la compra de 16 monitores de la central de neonatos, 2 desfibriladores del servicio de emergencia, 2 equipo de ultrasonido rayos x del servicio radiología, 2 equipos de ultrasonidos portátiles del servicio de medicina y rayos x, autoclave, torre de rectosigmoidoscopia, racks, entre otros. Se observa un monto menor en cuadros debido a que otras unidades rebajan esta subpartida.

d) Maquinaria y Equipo Diverso €428.4: varias unidades ejecutoras refuerzan esta subpartida, con recursos propios e institucionales, entre las que sobresalen: el Hospital San Juan De Dios con recursos institucionales se financia el cambio de tableros del cuarto de máquinas de consulta externa, sustitución de aires acondicionados del tac y médula ósea, planta eléctrica por €205.5. Por otra parte, se redistribuye el fondo de Inversión y Seguridad Humana en € 102.4 para el financiamiento de la instalación y mantenimiento del sistema de detección de alarmas de los Hospitales San Francisco de Asís, Blanco Cervantes, Chacón Paut, Upala y para la adquisición de Calderas del Hospital Los Chiles y compra de aire acondicionados del Laboratorio de Citologías. Además, la Dirección de Mantenimiento Institucional con recursos del fondo de inversión financia al Hospital Los Chiles para la adquisición de accesorios para equipo generador de vapor (calderas) por €64.0, el Hospital Calderón Guardia por €24.0 para la adquisición de máquina destaqueadora para limpieza de drenajes y relojes marcadores, con recursos institucionales, de igual manera el Hospital de Niños financia la compra de un sistema de aire acondicionado por €21.0, entre otras unidades por €11.5.

e) Edificios €542.8: con recursos institucionales se financia al Proyecto Fortalecimiento de la Atención de Cáncer por un monto de €800.0 para el diseño y construcción del sistema de angiografía y readecuación del servicio de hemodinamia del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia. Se observa un monto menor en cuadros debido a que otras unidades rebajan esta subpartida.

f) Otras Construcciones, Adiciones y Mejoras €1,417.9: se redistribuye el Fondo de Recuperación de Infraestructura por un monto de €692.7, para el financiamiento de la readecuación sistema de dotación de agua potable del Hospital San Francisco de Asís, ampliación y remodelación del Ebais de San Joaquín del Área de Salud de Nicoya, del Servicio de Consulta Externa de la Sede de Área de Salud San Rafael y Farmacia en Sede de EBAIS Palmares del Área de Salud de Pérez Zeledón, entre otros. Por su parte, se redistribuye los recursos del Fondo de Seguridad Humana por la suma de €541.8 para proyectos de instalación y mantenimiento del sistema de detección de alarmas y Sistema Fijo contra incendios de los Hospitales San Francisco de Asís, Chacón Paut, Adolfo Carit, Upala, entre otros.

g) Otras Subpartidas de Bienes Duradero €224.4

- Equipo y Mob. Oficina € 83.8
- Maquinaria y Equipo Prod. €123.1
- Equipo de Comunicación € 13.8
- Otros rubros de Equipo € 3.7

5. Transferencias Corrientes €3,332.3

a) Prestaciones Legales €276.9: se distribuyen los recursos a las unidades ejecutoras, derivados del pago a los y las funcionarios (as) que tienen ese derecho.

b) Otras Prestaciones a Terceras Personas €55.4: las unidades ejecutoras refuerzan las subpartidas de subsidios para el pago de los(as) asegurados(as) que están incapacitados(as).

c) Indemnizaciones €3,000.0: se financia a la Gerencia Médica un monto de €862.3, Gerencia de Infraestructura por €3.9 la Gerencia Financiera por €0.8 y la Gerencia de Logística por €1.7 para cancelar varios casos de indemnización por resolución judicial, contenciosos administrativos y otros. En los cuadros se observa un monto menor debido a que parte del financiamiento proviene de la misma subpartida. A su vez se realiza un reacomodo del fondo por cambio de actividad.

REGIMEN DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE

En la modificación presupuestaria se incluyen varios movimientos planteados por las unidades adscritas a la Gerencia de Pensiones para cubrir distintas necesidades en el transcurso del período y cumplir con las metas establecidas. Sobresale el refuerzo presupuestario realizado a la Dirección Calificación de la Invalidez, para compra de un Sistema de Potencia Ininterrumpida (UPS).

I. Origen de los Recursos € 84.8

Se realizó el rebajo en las partidas que a continuación se detalla:

- Remuneraciones € 53.1
- Servicios € 30.4

- Transferencias Corrientes ¢ 1.3

Se utilizan recursos de Remuneraciones para financiar necesidades de recursos en esos mismos conceptos y otras partidas.

II. Aplicación de los Recursos **¢84.8**

Con el rebajo de las partidas anteriores, se refuerza el contenido presupuestario en:

a) Remuneraciones **¢5.8**

- Otras subpartidas de Remuneraciones: incentivos salariales ¢ 5.8

b) Servicios **¢28.5**

- **Servicios de gestión y apoyo ¢25.0:** destaca el aumento del Área Pensiones Régimen No Contributivo con recursos propios a la subpartida de Servicios en Ciencias Económicas, por un monto de ¢14.0 millones, para la contratación de la auditoría externa de las liquidaciones presupuestarias del RNC y la auditoría de los informes de liquidación presupuestaria del 2013-2014. Igualmente, la Dirección Financiera Administrativa por ¢11.0 millones, para el pago de la Auditoría Externa del informe de Liquidación Presupuestaria del período 2013, debido a que en el presente año se tienen programadas las auditorías de dos períodos (2013-2014).

- **Capacitación y Protocolo ¢3.5:** la Dirección Administración de Pensiones aumenta con recursos propios la subpartida de Actividades Protocolarias por el monto indicado, como refuerzo para financiar las actividades protocolarias, producto del Seminario “Reformas de Pensiones en Iberoamérica”, de forma conjunta con la Organización Iberoamericana de Seguridad Social y en coordinación con la Presidencia Ejecutiva de la CCSS, a llevarse a cabo en el mes de abril 2015.

c) Materiales y Suministros **¢0.2**

- Mater. Prod, Elect. Telef. ¢0.2.

d) Intereses y Comisiones **¢0.4**

Lo compone la subpartida “Comisiones y otros gastos”, por el monto indicado, como refuerzo al servicio de custodia para los títulos valores del RNCP.

e) Bienes Duraderos **¢15.1**

- **Maquinaria, Equipo y Mobiliario ¢15.1:** destaca el refuerzo presupuestario con recursos institucionales a la Dirección de Calificación de la Invalidez por ¢15.0, para la compra de un Sistema de Potencia Ininterrumpida (UPS), para la protección de los equipos informáticos y resguardo de la información, de los equipos de telemedicina, la unidad oftalmológica de esta

Dirección y. Lo anterior debido a problemas en la calidad de la energía y los cambios de voltaje que se registran en el edificio. Por su parte, la Gerencia de Pensiones con recursos propios aumenta el rubro “Equipo y Mobiliario de Oficina” por un monto de ¢1.5 para compra de mesas y sillas para la sala de sesiones donde se imparten charlas, se realizan reuniones y capacitaciones. Se observa un monto menor en los cuadros, considerando que hay otras unidades que rebajan esta subpartida.

f) Cuentas Especiales

¢34.8

- **Sumas sin Asignación Presupuestaria ¢34.8:** Se incrementa esta subpartida con recursos que se derivaron por el traslado de 04 Plazas de este Régimen del Seguro de Salud.

III. DICTAMEN TÉCNICO

Mediante oficio N° AFP-0194-2015 de fecha 24 de marzo 2015, suscrito por el Área de Formulación de Presupuesto, se remite la modificación presupuestaria N° 02-2015 del Seguro de Salud y Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, la cual cumple con los aspectos técnicos y los lineamientos establecidos para las modificaciones presupuestarias.

IV. CONCLUSIONES

1. Los movimientos presupuestarios planteados corresponden a una modificación de aprobación final institucional.
2. Esta modificación presupuestaria N° 02-2015 no varía el monto total asignado de presupuesto.
3. Mediante oficio N° AFP-0197-2015 del 24 de marzo de 2015, la Dirección de Presupuesto solicita a la Dirección de Planificación Institucional la incidencia en el Plan Anual de los movimientos incluidos en la presente modificación.

V. RECOMENDACIÓN

Con base en el dictamen técnico emitido por la Dirección de Presupuesto en el oficio N° AFP-0194-2015, la Gerencia Financiera recomienda a la Junta Directiva la aprobación de la Modificación Presupuestaria N° 02-2015 correspondiente al Seguro de Salud y Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte”,

habiéndose hecho la presentación respectiva por parte del licenciado Picado Chacón, con base en las recomendaciones y los criterios técnicos contenidos en el oficio N° GF-12.376-15, suscrito por la Gerencia Financiera y en la nota número AFP-0194-2015 del Área de Formulación de Presupuesto, con fecha 24 de marzo del año 2015 y con base en la recomendación del Gerente Financiero, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA:**

ACUERDO PRIMERO: aprobar la Modificación Presupuestaria 02-2015 del Seguro de Salud y del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte por los montos indicados en el siguiente cuadro y los movimientos presupuestarios de rebajos y aumentos de egresos incluidos en el documento de justificaciones que queda constando en la correspondencia de esta sesión:

Modificación Presupuestaria 02-2015
(Monto en millones de colones)

SEGURO DE SALUD	REGIMEN DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE	REGIMEN NO CONTRIBUTIVO DE PENSIONES	TOTAL CAJA
¢20,409.6	¢84.8	¢0.0	¢20,494.4

ACUERDO SEGUNDO: en forma complementaria con lo resuelto en el Acuerdo precedente, y habiéndose hecho la respectiva presentación por parte de la licenciada Martha Jiménez Vargas, Jefe del Área de Planificación Operativa de la Dirección de Planificación Institucional, dar por conocido y aprobar el criterio emitido por la Dirección de Planificación Institucional en el oficio DPI-131-15, suscrito por el Dr. Róger Ballesterero Harley respecto de la incidencia producida por los movimientos incluidos en la Modificación Presupuestaria 02-2015 del Seguro de Salud y del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, en las metas establecidas en el Plan Anual Institucional 2015.

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

Por otro lado, el Gerente Financiero presenta la comunicación número PE-25.053-15, que firma la señora Presidenta Ejecutiva, que contiene el informe de plazas propuestas para reactivación que pertenecen a Oficinas Centrales, Direcciones Regionales de Servicios de Salud y Sucursales Financieras.

La señora Presidenta Ejecutiva señala que quiere recuperar el espíritu de la sesión pasada, en la que se analizó el tema de la reactivación de plazas vacantes, para que se tenga claridad. En algún momento, existieron comentarios de algunos Miembros de la Junta Directiva, en el sentido de que el tema no se debía presentar a consideración de la Junta Directiva, porque es parte del trabajo normal y de la reactivación de plazas. Se tomó la decisión que la aprobación de las plazas relacionadas con la prestación directa del servicio, fuera asumida por los Gerentes y, solamente, el Nivel Central fuera analizado por la Presidencia Ejecutiva, pero revisando el acuerdo, del cual da lectura”*De forma mensual o cuando así se requiera, la Presidencia Ejecutiva remitirá un informe consolidado para conocimiento de la Junta Directiva y su eventual aprobación...*, específicamente, cuando se indica y su eventual aprobación, tiene la duda, ahora en este análisis que se realizó, si realmente se deben presentar para aprobación de Junta Directiva o no.

El Director Fallas Camacho interpreta que el espíritu del acuerdo de la Junta Directiva, es en el sentido de que cuando el Órgano Colegiado considere pertinente, solicitar un informe sobre aspectos de esa naturaleza, para determinar cómo avanza el proceso, ese era su pensamiento en aquel momento, porque con la palabra eventual, existe una contradicción.

La señora Presidenta Ejecutiva hace énfasis en que revisando el acuerdo, precisamente, para presentarlo a la Junta Directiva, cuando indica y su eventual aprobación, porque primero se delega la función, pero parece que después, se debe presentar para aprobación del Órgano Colegiado y, en ese sentido, existe confusión.

El Director Barrantes Muñoz recuerda que cuando se discutió este tema y, en algún momento, se presentaban separados por Gerencias, se prefirió que ante la Junta Directiva, la recomendación sea hecha por la Presidencia Ejecutiva y la presente a consideración del Órgano Colegiado para que tome la decisión, pero el tema debe ser analizado por la Presidencia Ejecutiva.

Refiere el Dr. Fallas Camacho que la idea original, era en términos de que la Presidencia Ejecutiva, presente a la Junta Directiva un informe para que el Órgano Colegiado valorara y decidiera.

El Dr. Devandas Brenes interpreta que en el acuerdo, se establece que al quedar plazas vacantes en Oficinas Centrales, en las Direcciones Regionales, en los Servicios de Salud, en las Sucursales Financieras y en las Gerencias, solicitan la reactivación de las plazas, pero la Presidencia Ejecutiva filtra, estudia, analiza y cuando lo considera pertinente, que una plaza debe ser reactivada, se debe presentar para aprobación de la Junta Directiva.

En cuanto a una inquietud de la Ingeniera Alfaro Murillo, señala el Gerente Financiero que al principio, lo que existe es una propuesta, en términos de que los perfiles de unas se modifican y otras se trasladan a otros centros de trabajo. Entonces, se está en condiciones iguales y, después, no se va a indicar que quedaron plazas pendientes de reactivar.

Sobre el particular, el Gerente Financiero señala que cada Gerente que no quiere reactivar una plaza, no sigue el trámite de reactivación y a la doctora Sáenz Madrigal, el proceso que realiza es cuando existe una propuesta de reactivación de las plazas vacantes, dada la gestión realizada por el Gerente.

Respecto de una pregunta de la doctora Sáenz Madrigal, responde el licenciado Picado Chacón que en la Institución al año, se pensionan alrededor de mil doscientas y mil trescientas personas. Por ejemplo, en Oficinas Centrales se estima que se pensionan cien funcionarios al año, pudiera ser que existen picos pero, por ejemplo, en el primer semestre se pensionan cien personas.

La Directora Alfaro Murillo enfatiza que es una contradicción, porque según ha tenido información, en Oficinas Centrales hay muchos funcionarios que, eventualmente, no tienen nada que hacer. La contradicción se refiere en que una persona que se pensiona, la plaza se vuelve a reactivar, el proceso se contradice, se hace referencia de iniciar un proceso de reestructuración en el Nivel Central porque, precisamente, todos los antecedentes que se tienen, son en el sentido de que se está lleno de personas en estos edificios, entonces, en lugar de indicar que se trabaje con los funcionarios que hay, se reubiquen personas, de manera que se haga un esfuerzo interno. Pero se procede en términos de que plaza disponible se llena, repite, lo cual contradictorio con lo que se les ha indicado en estos diez meses, no tiene lógica o bien representa una lógica de gasto.

El Director Barrantes Muñoz sugiere que se le dé prioridad, a las Áreas de Prestación de Servicios de Salud; además, desea conocer dónde quedaron vacantes y si se está realizando el

proceso de reactivación. Le impresiona que en su conjunto, la tendencia siga siendo muy fuerte a tener necesidades del Área Central y no conoce hasta donde, hay una orientación clara a priorizar la reactivación.

Al respecto, el Gerente Financiero anota que en el Nivel Central, a como está diseñado, hay funcionarios de servicio también, hay que diferenciar el nivel central de servicio con el nivel central administrativo.

En cuanto a las plazas de la Auditoría Interna, indica el Auditor que una de las plazas, la ocupaba una funcionaria que se retiró de la Institución y dejó la plaza vacante. Ahora, quien la está ocupando interinamente es un Asistente 1, como Encargado de Área porque, definitivamente, se necesita un responsable del Área de Tecnologías. El otro caso, es de un Asistente de Auditoría para el Área de Salud y el otro, para el Área de Salud y Financiero, en total la Auditoría tiene 15 funcionarios en el Área de Servicios de Salud, 15 en el Área de Servicios Financieros, 15 funcionarios, prácticamente, para atender todo el país, los Hospitales como el Calderón Guardia, San Juan de Dios, Nacional de Niños. De esos funcionarios hay tres médicos, por ejemplo, le comentaba a la doctora Sáenz Madrigal, la conveniencia de analizar el tema de cirugía cardíaca del Hospital Nacional de Niños, en niños prematuros, neonatos y el tema de cuidados intensivos, porque las dos áreas están integradas. Dado lo anterior son temas muy difíciles y, además, se cuenta con tres médicos, una enfermera y una farmacéutica para analizar el tema de medicamentos, desde el punto de vista médico y no de contratación, que es el otro tema. Por otro lado, el tema es del Área de Servicios Financieros, la Institución en ese tema es muy grande, se tienen registradas alrededor de cinco mil cuentas contables, varias son de alto riesgo, como ilustración, la cuenta contable 322 es la desviación de fondos de recursos, las probabilidades son muy elevadas o el tema de lo correspondiente a la caja chica, dado que se deben analizar en diferentes hospitales y, recientemente, se trasladó un caso al Ministerio Público o el caso de la caja chica del Hospital México, donde se detectó un problema. Dado lo anterior, solicita a los señores Directores que si lo tiene a bien, se autorice la reactivación de esas plazas vacantes, porque existe una necesidad real, en cuanto a lo que es la fiscalización, no es solo el tema de las cinco mil cuentas, sino que incluye el tema de morosidad, de la evasión, el proceso presupuestario, que se está evaluando y revisando en las diferentes unidades.

La Dra. Sáenz Madrigal manifiesta que en el caso de la Contraloría de Servicios, está adscrita a la Presidencia Ejecutiva, pero corresponde para la Contraloría de Servicios del Hospital Max Peralta y en la Dirección Actuarial, sería para apoyar todo el tema de riesgo e, inclusive, se solicita un informe para que se presente las funciones y desde ahora, se visualiza que esa Área, va a requerir más apoyo de recursos humanos.

En cuanto al Área Financiera, señala el Auditor que se tienen diecisiete funcionarios, incluido el Jefe de Supervisión, en el Área de Tecnologías es un jefe y diez funcionarios; la mayoría de ellos son informáticos, en el Área de Abastecimiento se trabaja el tema de contratación administrativa, almacenamiento, relacionado con compras. Además, se analiza el tema de recursos humanos, ingeniería, construcción, equipamiento y se tienen cuatro ingenieros, a nivel de gestión operativa, que es el Área Desconcentrada de la Auditoría y se tienen cuarenta funcionarios. En Nicoya hay dos funcionarios, en Limón hay cuatro, en San Carlos hay un funcionario, en Ciudad Neily hay dos funcionarios, en Pérez Zeledón hay cuatro funcionarios, en el Hospital Max Peralta se tienen dos funcionarios, dado que están ubicados en forma dispersa.

En cuanto al caso del Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos, señala la Dra. Sáenz Madrigal que el Regente Farmacéutico, es quien hace el laboratorio, por lo cual la plaza es de suma importancia, porque la Ley así lo establece.

La Directora Alfaro Murillo desea conocer, por qué la Gerencia Médica solicita reactivar más plazas, dado que es la Gerencia que más personal tiene, su preocupación es para qué ocupa más funcionarios.

Al respecto, indica la señora Presidenta Ejecutiva que corresponde a una persona que se pensionó y era la encargada del tema presupuestario, básicamente, la ejecución presupuestaria de los hospitales en la parte médica.

La Directora Alfaro Murillo manifiesta que debe existir funcionarios que suman mucha experiencia para asumir la responsabilidad, de lo contrario, todas las plazas se van a requerir siempre. Entonces, no es cierto que en el Nivel Central hay personas que, eventualmente, no tienen funciones que desempeñar. Con la aprobación de plazas del Centro de Desarrollo Estratégico de Información en Salud y Seguro Social (CENDEISSS) no está de acuerdo, dado que las presentaciones que se realizan en la Junta Directiva, tienen muchas debilidades y le parece que no se puede recompensar. Recuerda que la última presentación que se realizó, los Miembros de la Junta Directiva manifestaron su insatisfacción, porque el planteamiento del Proyecto que se presentó, tenía debilidades en todo el enfoque, por ejemplo, de redacción y aun así, se les asignará una plaza para premiarlos. En el caso de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, en el Área de Mantenimiento, indica don Gustavo Picado, que para el supervisor de esa Área, se solicita la modificación del perfil a Jefe de Gestión de Ingeniería y Mantenimiento 2 y se traslada al Hospital de Ciudad Neily y, después, la plaza de Supervisor de Mantenimiento, a la que no se le cambia el perfil, pero que está destacada en el Nivel Central, se traslada al Área de Salud de Puerto Viejo, para acompañar procesos que se deben fortalecer y la tercera plaza, es un perfil que hoy es Jefe de Tecnologías 1 y se solicita se modifique a Subdirector de Tecnologías de Información, para acompañar los procesos que se llevan a cabo con el EDUS y otras acciones, que han incrementado las actividades en producción.

El Director Fallas Camacho señala que antes de aprobar las plazas, solicita más información acerca de cinco de ellas, a saber, en la Gerencia Médica la del CENDEISSS, cuya plaza es de Profesional 3, la de Profesional 2, la de Operador en Tecnologías de Información y Comunicación, en la Gerencia Administrativa la plaza de Asesor de Gerencia. Le parece importante conocer que van a realizar las personas que ocupen esas plazas, porque en todas se indica reactivación con cambio de perfil y permanece en el Centro.

La doctora Sáenz Madrigal señala que se reunió con cada Gerencia, se revisó toda la información de las plazas que se están reactivando y retoma dos aspectos, se quisiera que el proceso fuera más simple en el Nivel Central, pero considera que también está teniendo una ficción, en el sentido de que en este momento, sin haber realizado el rediseño de procesos y sin que se haya definido cuáles son las áreas que se van a reestructurar, es muy difícil tomar una decisión, en términos de no reactivar las plazas, a no ser que sean aspectos muy específicos y que realmente se puedan eliminar o sean trasladadas. Considera que existe una sobre expectativa de los Miembros de la Junta Directiva, la cual comparte, en el sentido de que hay que reducir el tamaño del Nivel

Central, pero hasta que se realice el rediseño de procesos, mientras los procesos sigan en la misma línea, se está recuperando a las personas, porque se tiene una forma de realizar los procesos y, ahora, disminuir ese recurso humano porque se pensionó la persona, de manera que se desliga la cadena de producción, por ejemplo, de la Gerencia de Tecnologías. Enfatiza en que se está realizando un gran esfuerzo, en la revisión de las plazas, dado que se han analizado, a algunas se les modifica el perfil y se han trasladado aquellas que son muy específicas, por ejemplo, la de mantenimiento, pero hay otras que aunque se tenga la intención de eliminar la plaza, los procesos no han cambiado. Por lo que estima que es un tema que se debe asumir, cuando se presente el rediseño del Nivel Central y la simplificación de los procesos, así como la agilidad en la toma de decisiones, eliminar aspectos o procesos, pero mientras todo continúe como está en la estructura actual, se determina muy difícil lograr indicar que no son 33 plazas sino 25, porque realmente no se ha rediseñado los procesos. Por otra parte, cree importante conceder más tiempo para el rediseño del Nivel Central, porque se va a realizar la consulta pública, para determinar el tema de reestructuración, pero es muy difícil tomar una decisión, cuando se visitan los puestos y se analiza la situación, porque se dan cuenta que si se elimina una persona, el trabajo se le va a recargar a los otros funcionarios y, eventualmente, se producirá un problema. Repite, es muy difícil porque los procesos no se han rediseñado, aunque el deseo es reducir el Nivel Central, es muy difícil indicar que no se van a reactivar las plazas, mientras no se redefinan los procesos.

Interviene el Director Loría Chaves y refiere que el problema, en un tema de esta naturaleza, que no se tiene posibilidades de ser ampliamente discutido, porque los procesos existen. Recuerda que en la Junta Directiva pasada, le parece que el doctor Fallas Camacho planteó, que cada plaza contara con una justificación del por qué se desea reactivar.

Sobre el particular, la doctora Sáenz Madrigal señala que se tiene toda esa información.

Por otro lado, don José Luis, comenta que se debe modificar la mentalidad, la forma determinar los procesos y en el Nivel de Central, le produciría satisfacción que antes de que se tenga que presentar a consideración de la Junta Directiva, una propuesta de reactivación de plazas, el Órgano Colegiado debe conocer el informe de la movilidad laboral horizontal y vertical, que se realizó en la Junta Directiva pasada. Porque permite determina una serie de situaciones que se requieren discutir, por ejemplo, hay plazas que se envían a departamentos y la jefatura indica no requerirla o la Gerencia respectiva no quiere deslindarse de ella. Son aspectos que no pueden ser dentro de la Institución. Se ha hecho referencia de que en las Gerencias, existe una “testarudez” y no quiere dejar libre la plaza, repite, a pesar que el jefe de departamento no la ocupa y el trabajador quiere dejar la Institución. Considera que en la movilidad laboral horizontal y vertical, hay una gran riqueza de discusión para no cometer errores. Son temas importantes de discutir, por ejemplo, conoce que la Administradora del Área de Salud de Desamparados 2, realiza las funciones de la secretaria de la Dirección Médica, es la administradora, y, además, realiza una serie de funciones y no hay forma de que se le asigne una plaza. Adelanta que votará a favor, pero como se va a seguir presentando el tema de reactivación de plazas, se tendrá que analizar de nuevo el asunto, pero quiere conocer antes, el proceso de movilidad laboral horizontal y vertical para tener claro los temas.

La Dra. Sáenz Madrigal solicita de manera respetuosa, eliminar el acuerdo anterior. Dado que como Presidenta Ejecuta se le solicitó que analizara el tema de reactivación de plazas con los

Gerentes, el trabajo se realizó y, luego, no quieren votar el asunto. Le parece que se le está delegando un trabajo que se tendrá que presentar de nuevo. No hay ningún problema, pero no le deleguen hacer un trabajo, en el que se reúne con los Gerentes, le explican el caso, van al puesto, observan la situación, las posibilidades, se levanta en el campo el listado de necesidades y, por ejemplo, en el caso de Ciudad Neily y Sarapiquí, se definió la situación de esa manera, porque se van a fortalecer y reforzar esas dos Áreas de Salud. Entonces, se presenta el trabajo a la Junta Directiva y pareciera que no es suficiente, sinceramente, respeta mucho a los Miembros del Órgano Colegiado, pero le están asignando una función para luego, solicitar que se inicie de nuevo el trabajo y es un desgaste, porque hay muchas actividades que se tiene que hacer.

El Director Barrantes Muñoz interpreta que lo que indica este acuerdo, quiere que se realice y en esta ocasión es su recomendación, pero puede ser que en otra, la recomendación sea diferente y prefiere que pase por el filtro de la Presidencia Ejecutiva, para que cada Gerente no se tenga que presentar a la Junta Directiva, a plantear el tema de la reactivación, porque la Presidencia Ejecutiva no habría valorado el asunto y le parece que ese filtro es necesario. Le parece que en lo personal si tiene sentido ese acuerdo.

La ingeniera Alfaro Murillo manifiesta que conoce el trabajo de la señora Presidenta Ejecutiva, pero también que a través de la complejidad de esta Institución, el mantener los sistemas de trabajo, como indicar los procesos, lo más fácil es lo cotidiano y, realmente, debería existir una visión de eficiencia y menos personas en la estructura organizativa, ese es el pensamiento que se debe transmitir a los Gerentes y empezar a modificar el modelo. Entiende que existe un proceso relacionado con el rediseño de Oficinas Centrales de la Caja, pero hay que lograr un objetivo antes y el mensaje debe ser de más eficiencia y de lo interno de las personas debe surgir también las propuestas. Si todas las plazas fueran para reforzar las áreas fuera de Oficinas Centrales, la propuesta la votaría positiva, pero para reforzar Oficinas Centrales no, para reforzar los puestos de Asesores de Gerencia, en lo más mínimo, no hay forma que la convenza que se apruebe un Asesor de Gerencia, para reforzar la intervención del Hospital Calderón Guardia, donde conoce que en la Gerencia de Infraestructura hay muchos funcionarios. Se debe buscar otra forma de serlo, tampoco estaría de acuerdo con el Asesor de Gerencia Administrativa, cuando se conoce que hay una gran cantidad de personas en esa Área. Más que las cinco plazas que mencionó el Dr. Fallas Camacho, tiene dudas enormes, en el tema de la Dirección de Proyectos de Servicios de Salud, hace un momento se mencionaba que, precisamente, hay aspectos y procesos que no se definen, podría ser que haga falta personal o bien que se encuentren sobre saturados en funciones, porque esa Dirección tiene que revisar muchos asuntos, pero realmente no se convence con el producto que hoy ha observado, en el sentido de que se realice un trabajo eficiente. Igual sucede con el tema del CENDEISSS, le parece que trabajen con el personal que tienen y demuestren que son capaces de presentar un mejor producto y no a esta Junta Directiva, si no a la Institución. Ante esta circunstancia, este es un tema de un círculo vicioso, sino se produce el rediseño de procesos, no se logrará avanzar y mientras tanto, se sigue con este tema tan complejo. Con respecto de los ejemplos que todos los días surgen, cuando se determina que ahora se pueden hacer los pagos de los seguros, tanto voluntarios como individuales, en varias cajas fuera de la Institución, en otras entidades y los cajeros del primer piso están totalmente descongestionados, dado que no hay filas, es donde se indica que van a ser con todos esos cajeros. El tema es que hay que definir cómo mejorar, motivando a las personas, aunque puede ser que el clima organizacional, no lo permita de momento, pero frente a las dudas que hay con respecto de las plazas y el hecho de que existe disconformidad, con que cada vez que se

pensionan las personas y en esas plazas se nombran nuevos funcionarios, sin hacer un esfuerzo a lo interno de los equipos de trabajo, no puede votar a favor de esta propuesta de reactivación de plazas.

El doctor Fallas Camacho indica que estaría de acuerdo en votar positivo, pero no conoce si lo puede hacer, porque algunas plazas se les está modificando el perfil, pero no se indica que funciones ejecutarán y lo deja con un signo de interrogación, por ejemplo, las plazas del CENDEISSS y el Despacho de la Gerencia Médica, por otro lado, el Asesor de Gerencia de Infraestructura por los antecedentes, en la Gerencia Administrativa siempre tiene un signo de interrogación, sobre esa decisión. Le parece que a la reactivación de las plazas para esos puestos, se les debe dar más sustento. Dado lo anterior, votaría positivo la reactivación de las plazas, sin incluir las que ha indicado, porque le parece que le falta sustento a la justificación y no son coherentes con lo expuesto, de manera que las Gerencias presenten una justificación de forma apropiada para tomar una decisión.

Por lo tanto, se tiene a la vista la comunicación número PE-25.053-15, que firma la señora Presidenta Ejecutiva, que contiene el informe de plazas propuestas para reactivación que pertenecen a Oficinas Centrales, Direcciones Regionales de Servicios de Salud y Sucursales Financieras, que literalmente se lee así, en lo conducente:

“ANTECEDENTES:

La Junta Directiva en el acuerdo segundo, artículo 3, de la sesión 8744, celebrada el 09 de octubre de 2014 acordó:

“... ACUERDO SEGUNDO: las plazas que adquieran la condición de vacantes producto del pago de prestaciones legales que pertenecen al Nivel Central, Direcciones Regionales de Servicios de Salud y Direcciones Regionales de Sucursales Financieras, deberá la Gerencia respectiva, en atención al procedimiento técnico y normativo establecido, presentar su propuesta de reactivación ante la Presidencia Ejecutiva, quien valorará la pertinencia de la reactivación de la plaza o su eventual reubicación o eliminación del código respectivo. De forma mensual o cuando así se requiera, la Presidencia Ejecutiva remitirá un informe consolidado para conocimiento de la Junta Directiva y su eventual aprobación...”

Con el propósito de atender lo acordado por la Junta Directiva, la Presidencia Ejecutiva ha realizado reuniones con cada Gerencia para revisar los diferentes casos de reactivación.

Mediante oficio GF-11.746, del 21 de febrero de 2015, la Gerencia Financiera remite el informe de la propuesta de plazas para reactivación consolidado por gerencias, de conformidad con la justificación remitida por cada Gerencia.

El total de plazas a reactivar asciende a 33, desglosadas de la siguiente manera: 2 Dirección Regional de Servicios de Salud, 1 Dirección Regional de Sucursales, 2 Áreas de Almacenamiento y Distribución, 1 Laboratorio Normas y Calidad de Medicamentos, 1 Contraloría de Servicios hospital Max Peralta y de 26 de unidades adscritas a Oficinas Centrales.

Para los efectos, a continuación se detallan cada una de estas plazas, con su código, perfil de puesto y propuesta, a saber:

Gerencia	Plaza	U.E.	Nombre Ejecutora	unidad	Perfil del puesto	Propuesta de decisión
Médica	29323	2599	Dirección de Servicios de Salud Chorotega	Regional de Salud	Supervisor Regional de Registros y Estadísticas de Salud (Redes)	Reactivación sin cambio de perfil y permanece en el centro
	2972	2915	Dirección de Servicios de Salud	Proyección	Supervisor Regional de Registros y Estadísticas en Salud	Reactivación sin cambio de perfil y permanece en el centro
	752	2931	Área de CENDEISSS	Bioética	Profesional 3	Reactivación con cambio de perfil y permanece en el centro
	22826	2599	Dirección de Servicios de Salud Región Chorotega	Regional de Salud	Jefe Gestión de Trabajo Social 4	Reactivación sin cambio de perfil y permanece en el centro
	8420	2901	Despacho Médica	Gerencia	Profesional 2	Reactivación con cambio de perfil y permanece en el centro
	281	2915	Dirección de Servicios de Salud	Proyección	Operador en TIC	Reactivación sin cambio de perfil y permanece en el centro
Financiera	22918	1128	Dirección de Inspección	de	Inspector de Leyes y Reglamentos 3	Reactivación sin cambio de perfil y permanece en el centro
	29371	1128	Dirección de Inspección	de	Inspector de Leyes y Reglamentos 3	Reactivación sin cambio de perfil y permanece en el centro
	919	1124	Dirección de Cobros		Profesional 1	Reactivación sin cambio de perfil y permanece en el centro
	22922	1301	Dirección Sucursal Huetar Norte	Regional	Jefe Gestión Área Regional	Reactivación sin cambio de perfil y permanece en el centro
Logística	1276	1144	Área Almacenamiento y Distribución		Bodeguero de Almacén	Reactivación sin cambio de perfil y permanece en el centro
	1236	1144	Área Almacenamiento y Distribución		Chofer 2	Reactivación sin cambio de perfil y permanece en el centro
	2603	2941	Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos	de	Farmacéutico 4	Reactivación sin cambio de perfil y permanece en el centro
Auditoria	10547	1111	Auditoría Interna		Asistente de Auditoría 1	Reactivación sin cambio de perfil y permanece en el centro
	225	1111	Auditoría interna		Jefe Área de Sede	Reactivación sin cambio de perfil y permanece en el centro
	70	1111	Auditoría Interna		Asistente de Auditoría 3	Reactivación sin cambio de perfil y permanece en el centro

Administrativa	13	1104	Gerencia Administrativa	Asesor de Gerencia	Reactivación sin cambio de perfil y permanece en el centro
	22510	1163	Dirección Servicios Institucionales	Guarda	Reactivación sin cambio de perfil y permanece en el centro
	1186	1131	Dirección Administración y Gestión de Personal	Profesional 2	Reactivación con cambio de perfil y permanece en el centro
	00192	1131	Dirección Administración y Gestión de Personal	Jefe Sub Área de Sede	Reactivación sin cambio de perfil y permanece en el centro
	22619	1131	Dirección Administración y Gestión de Personal	Técnico Analista Gestión de Recursos Humanos 1	Reactivación sin cambio de perfil y permanece en el centro
	30812	1131	Dirección Administración y Gestión de Personal	Profesional 2	Reactivación sin cambio de perfil y permanece en el centro
Infraestructura y Tecnologías	881	1107	Gerencia de Infraestructura y Tecnologías	Asesor de Gerencia	Reasignación sin cambio de perfil y se mantiene en el Despacho de la Gerencia para reforzar la intervención en el Hospital Dr. R.A. Calderón Guardia y otros proyectos estratégicos
	22742	1166	Área Administración de Edificios	Supervisor de Mantenimiento	Reactivación de la plaza con traslado al nivel local y cambio de perfil a Jefe Gestión de Ingeniería y Mantenimiento 2
	21510	3107	Dirección de Mantenimiento Institucional	Supervisor de mantenimiento	Reactivación de la plaza con traslado al nivel local
	24495	1150	Dirección de Tecnologías de Información y Com.	Jefe de Tecnologías de Información	Reactivación con cambio de perfil a Subdirector de DTIC y se mantiene en la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones
	25540	3107	Dirección de Mantenimiento Institucional	Supervisor de Mantenimiento	Se mantiene en la Dirección de Mantenimiento Institucional con el mismo perfil
	34365	4402	Dirección de Arquitectura e Ingeniería	Jefe Sub Área de Sede	Se mantiene en la Dirección de Arquitectura e Ingeniería y mantiene el perfil
Pensiones	477	9112	Dirección de Administración de Pensiones	Jefe Área Sede	Reactivación sin cambio de perfil y permanece en el centro
	40879	9108	Gerencia Pensiones	Actuario 3	Reactivación con cambio de perfil y permanece en el centro

	40881	9121	Dirección Financiera Administrativa	Profesional 4	Reactivación sin cambio de perfil y permanece en el centro
Actuarial	136	1112	Dirección Actuarial y Económica	Profesional 2	Reactivación sin cambio de perfil y permanece en el centro
Contraloría Servicios	21713	2908	Contraloría de Servicios Hospital Max Peralta	Profesional 2	Reactivación sin cambio de perfil y permanece en el centro

CRITERIO TECNICO

La Gerencia Financiera con oficio GF-11.746 del 23 de febrero de 2015 remite el informe consolidado de la propuesta de reactivación de plazas de las diferentes unidades, de conformidad con la información suministrada por cada Gerencia ...”,

con base en el oficio número GF-11746, de fecha 23 de febrero del año 2015, suscrito por el Lic. Gustavo Picado Chacón, Gerente Financiero, y la referida nota número P.E.25.053-15, la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA:**

ACUERDO PRIMERO: aprobar la reactivación de 28 (veintiocho) plazas vacantes, según en adelante se detalla y cuya condición fue adquirida por la jubilación o pensión de funcionarios sujetos al pago de prestaciones legales:

Gerencia	Plaza	U.E.	Nombre Ejecutora	unidad	Perfil del puesto	Propuesta de decisión	de
Médica	29323	2599	Dirección Regional Servicios de Salud Chorotega	de	Supervisor Regional de Registros Estadísticas Salud (Redes)	Reactivación de cambio de perfil y permanece en el centro	sin
	2972	2915	Dirección Proyección Servicios de Salud	de	Supervisor Regional de Registros Estadísticas Salud	Reactivación de cambio de perfil y permanece en el centro	sin
	22826	2599	Dirección Regional Servicios de Salud Chorotega	de	Jefe Gestión de Trabajo Social 4	Reactivación de cambio de perfil y permanece en el centro	sin

	281	2915	Dirección de Servicios de Salud	de	Operador en TIC	Reactivación sin cambio de perfil y permanece en el centro
Financiera	22918	1128	Dirección de Inspección	de	Inspector de Leyes y Reglamentos 3	Reactivación sin cambio de perfil y permanece en el centro
	29371	1128	Dirección de Inspección	de	Inspector de Leyes y Reglamentos 3	Reactivación sin cambio de perfil y permanece en el centro
	919	1124	Dirección de Cobros	de	Profesional 1	Reactivación sin cambio de perfil y permanece en el centro
	22922	1301	Dirección Regional Sucursal Huetar Norte		Jefe Gestión Área Regional	Reactivación sin cambio de perfil y permanece en el centro
Logística	1276	1144	Área Almacenamiento y Distribución		Bodeguero Almacén	de Reactivación sin cambio de perfil y permanece en el centro
	1236	1144	Área Almacenamiento y Distribución		Chofer 2	Reactivación sin cambio de perfil y permanece en el centro
	2603	2941	Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos	de	Farmacéutico 4	Reactivación sin cambio de perfil y permanece en el centro
Auditoria	10547	1111	Auditoría Interna		Asistente Auditoría 1	de Reactivación sin cambio de perfil y permanece en el centro
	225	1111	Auditoría interna		Jefe Área de Sede	Reactivación sin cambio de perfil y permanece en el centro

	70	1111	Auditoría Interna	Asistente Auditoría 3	de	Reactivación sin cambio de perfil y permanece en el centro
Administrativa	22510	1163	Dirección Servicios Institucionales	Guarda		Reactivación sin cambio de perfil y permanece en el centro
	1186	1131	Dirección Administración y Gestión de Personal	Profesional 2		Reactivación con cambio de perfil y permanece en el centro
	00192	1131	Dirección Administración y Gestión de Personal	Jefe Sub Área de Sede	de	Reactivación sin cambio de perfil y permanece en el centro
	22619	1131	Dirección Administración y Gestión de Personal	Técnico Analista de Gestión Recursos Humanos 1	de	Reactivación sin cambio de perfil y permanece en el centro
	30812	1131	Dirección Administración y Gestión de Personal	Profesional 2		Reactivación sin cambio de perfil y permanece en el centro
Infraestructura y Tecnologías	22742	1166	Área Administración de Edificios	Supervisor Mantenimiento	de	Reactivación de la plaza con traslado al nivel local y cambio de perfil a Jefe Gestión de Ingeniería y Mantenimiento 2
	21510	3107	Dirección de Mantenimiento Institucional	Supervisor mantenimiento	de	Reactivación de la plaza con traslado al nivel local
	25540	3107	Dirección de Mantenimiento Institucional	Supervisor Mantenimiento	de	Se mantiene en la Dirección de Mantenimiento Institucional con el mismo perfil

	34365	4402	Dirección de Arquitectura e Ingeniería	de Jefe Sub Área de Sede	Se mantiene en la Dirección de Arquitectura e Ingeniería y mantiene el perfil
Pensiones	477	9112	Dirección Administración de Pensiones	Jefe Área Sede	Reactivación sin cambio de perfil y permanece en el centro
	40879	9108	Gerencia Pensiones	Actuario 3	Reactivación con cambio de perfil y permanece en el centro
	40881	9121	Dirección Financiera Administrativa	Profesional 4	Reactivación sin cambio de perfil y permanece en el centro
Actuarial	136	1112	Dirección Actuarial Económica	y Profesional 2	Reactivación sin cambio de perfil y permanece en el centro
Contraloría Servicios	21713	2908	Contraloría Servicios Hospital Peralta	de Profesional 2 Max	Reactivación sin cambio de perfil y permanece en el centro

ACUERDO SEGUNDO: con el objetivo de promover la optimización del recurso humano institucional, solicitar a las Gerencias hacer uso adecuado de las plazas que fueron reactivadas según lo acordado.

Se instruye a la Gerencia Administrativa para que vele por el cumplimiento de las normas y lineamientos institucionales, en cuanto a la utilización de dichas plazas y que se realice la evaluación de la productividad.

ACUERDO TERCERO: en relación con la propuesta para reactivar las plazas que se detallan:

752	2931	Área de Bioética CENDEISSS	Profesional 3	Reactivación con cambio de perfil y permanece en el centro
-----	------	----------------------------	---------------	--

8420	2901	Despacho Gerencia Médica	Profesional 2	Reactivación con cambio de perfil y permanece en el centro
13	1104	Gerencia Administrativa	Asesor de Gerencia	Reactivación sin cambio de perfil y permanece en el centro
881	1107	Gerencia de Infraestructura y Tecnologías	Asesor de Gerencia	Reasignación sin cambio de perfil y se mantiene en el Despacho de la Gerencia para reforzar la intervención en el Hospital R.A. Calderón Guardia y otros proyectos estratégicos
24495	1150	Dirección de Tecnologías de Información y Com.	Jefe Tecnologías de Información	Reactivación con cambio de perfil a Subdirector de DTIC y se mantiene en la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones,

solicitar a las Gerencias Médica, Administrativa y de Infraestructura y Tecnologías, que presenten a la Junta Directiva el sustento correspondiente, para su reactivación.

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

El Director Fallas Camacho se disculpa y se retira del salón de sesiones.

El licenciado Picado Chacón se retira del salón de sesiones.

Ingresan al salón de sesiones la señora Gerente de Logística, ingeniera Dinorah Garro Herrera; la licenciada Karina Aguilera Marín, Asesora; la licenciada Sherry Alfaro Araya, funcionaria de la Gerencia de Logística, el doctor Albín Chaves Matamoros, Director de Farmacoepidemiología; y la licenciada Vicenta Machado Cruz, funcionaria de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.

ARTICULO 12°

Se presenta el oficio N° GL-16261-2015, de fecha 23 de marzo del año 2015, que firma la señora Gerente de Logística y contiene la propuesta para la aplicación del artículo 200 del Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa: ampliación compra de medicamentos N° 2014ME-000075-5101 tramitada a través de la plataforma electrónica Compr@Red: ítem único: Inversiones y Desarrollos Morro S.A., oferta única en plaza: 1.110 (mil ciento diez) frascos-ampolla: Factor VII-A (rFVIIA) recombinante 2 mg, (100 KUI) polvo liofilizado estéril, frasco ampolla con diluyente, por un monto total de US\$1.017.870 (un millón diecisiete mil ochocientos setenta dólares).

La presentación está a cargo de la licenciada Aguilera Marín, con base en las siguientes láminas:

1) **GERENCIA DE LOGÍSTICA**

26 DE MARZO DEL 2015.

2) **Compra de Medicamentos No.**

2014ME-000075-05101.

Factor VII-a (rFVIIa) recombinante 1,2 mg. (60 KUI) Polvo liofilizado estéril. Frasco ampolla. Con diluyente (2,2 ml. de agua estéril para inyección FEU). Ampolla o Frasco ampolla. Con equipo para inyección o Factor VIIa (rFVIIa) recombinante 2 mg. (100 KUI) Polvo liofilizado estéril. Frasco ampolla. Con diluyente adjunto (2,1 ml. de solución de 10 mmol de L-Histidina en agua para inyección). Ampolla o Frasco ampolla para dosis única. Con equipo para inyección. Código: 1-10-12-3985.

Aplicación del artículo 200 del Reglamento a la Ley de

Contratación Administrativa

GL-16261-2015.

3)

Factor VIIa año 2014, H. México

Relación entre cuota asignada y consumo por mes de Factor VIIa en el HM, año 2014.													
	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre	TOTAL
Cuota asignada	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1200
Consumo por mes	24	203	168	185	230	109	362	260	460	288	10	195	2478

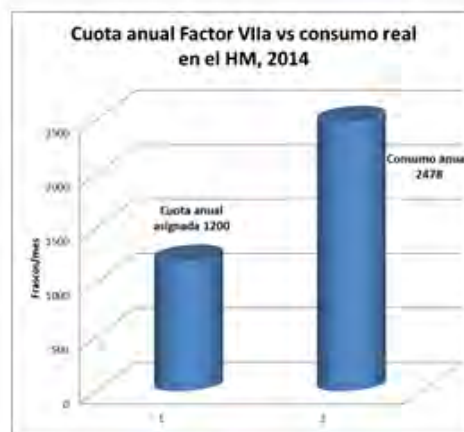
4)

Factor VIIa año 2014, H. México



5)

Factor VIIa año 2014, H. México



6)

Factor VIIa año 2015, H. México



- Uso de factor VIIa en pacientes que se han presentado a la consulta externa de Hematología por sangrados (Stock de Hematología)

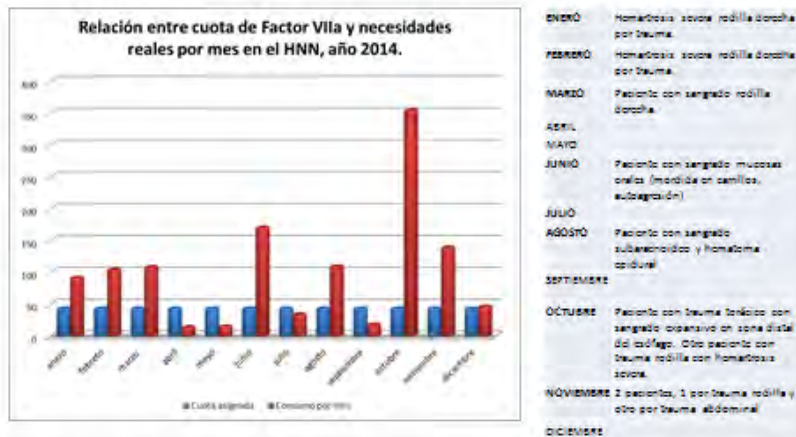
7)

Factor VIIa año 2014 HNN

Relación entre cuota de Factor VIIa y necesidades reales por mes en el HNN, año 2014.													
enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre	TOTAL	
44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	528	
92	105	109	15	16	171	35	110	19	355	140	47	1214	

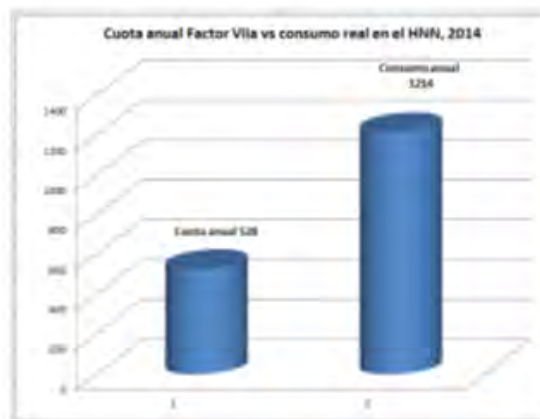
8)

Factor VIIa año 2014, HNN



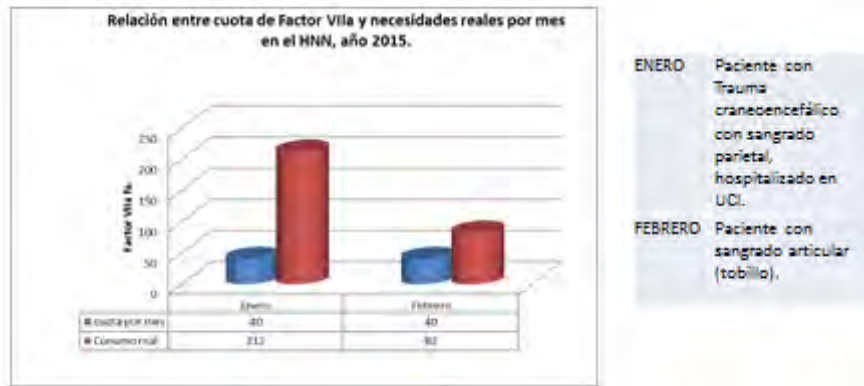
9)

Factor VIIa año 2014, H.N.N.



10)

Factor VIIa año 2015, HNN



11)

Antecedentes:

La Caja Costarricense de Seguro Social inició, mediante orden de adquisiciones No. 26-2609728 la compra de Factor VII-A 1.2 mg. ó 2 mg. Código No. 1-10-12-3985.

La Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, en sesión No. 8729, artículo 1º, de fecha 11 de agosto del 2014, adjudicó el presente concurso de la siguiente manera:

OFERTA ÚNICA: INVERSIONES Y DESARROLLOS MORRO S.A., Oferta en Plaza.

ITEM	DESCRIPCIÓN	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
UNICO	FACTOR VII-A (rFVIIA) RECOMBINANTE 2 MG (100 KU) POLVO LIOFILIZADO ESTÉRIL FRASCO AMPOLLA CON DILUENTE.	1.110 Frascos ampolla.	\$ 1.834,00 cada Frasco ampolla	\$ 2.035.740,00

12)

- El Área de Planificación de Bienes y Servicios, mediante oficio APBS-5533-2014, del 06 de noviembre de 2014, manifestó, entre otras cosas, lo siguiente:

“...solicitamos su cooperación para que se aplique la compra por ampliación según lo que establece el Artículo 200 del Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa, para adquirir el 50% de total de la Orden de Compra 8907 a favor de la empresa Inversiones y Desarrollos El Morro S.A., del medicamento código 1-10-12-3985 Factor VII-a, este 50% corresponde a 575 frascos ampollas (FA) y cubren únicamente 3.9 meses del consumo institucional.

...la aplicación de esta compra resulta en la medida necesaria para lograr el abastecimiento oportuno y reducir el riesgo de agotamiento, además como medida de contingencia para contar

con el producto necesario para la atención de incidentes de urgencia como los atendidos en el Hospitales México y Nacional de Niños en los meses anteriores.”

13) **Así las cosas, la Comisión Especial de Licitaciones analiza lo siguiente:**

Se verifican las condiciones necesarias para la aplicación del artículo 200 del Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa y se determina que las mismas se cumplen a cabalidad, según se detalla a continuación:

<ul style="list-style-type: none"> • Que la modificación, aumento o disminución del objeto, no le cambie su naturaleza, ni tampoco le impida cumplir con su funcionalidad o fin inicialmente propuesto. 	<p>El aumento requerido no cambia la naturaleza del contrato (en vista que se adquiere el mismo objeto contractual) y además, su adquisición permite cumplir con el fin inicialmente propuesto.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Que en caso de aumento se trate de bienes o servicios similares. 	<p>Se trata de la adquisición del mismo producto contratado: Factor VII-a.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Que no exceda el 50% del monto del contrato original, incluyendo reajustes o revisiones, según corresponda. 	<p>Según oficio No. AGM-SAPBS-0168-2015, de fecha 12 de enero del 2015, emitido por el Área Gestión de Medicamentos, la ampliación propuesta es por 555 FA de Factor VII-a, los cuales equivalen al 50 % de la cantidad originalmente contratada (1.110 FA.), con lo cual no se excede el límite reglamentario permitido.</p>

14) Que se trate de causas imprevisibles al momento de iniciar el procedimiento, sea que la entidad no pudo conocerlas pese a haber adoptado las medidas técnicas y de planificación mínimas cuando definió el objeto.

Como queda demostrado mediante el oficio NO. APBS-5533-2014, de fecha 06 de noviembre del 2014, el Área de Planificaciones de Bienes y Servicios, justifica el aumento en el consumo, siendo que son factores imprevisibles al momento de realizar la compra, por cuanto los motivos para dicho aumento surgieron en la etapa de ejecución del presente contrato.

Imprevisibilidad demostrada:

En julio, agosto y setiembre del 2014, nuestros inventarios fueron afectados significativamente por la incidencia de un accidente de tránsito atendido en el Hospital

México y el ingreso al Hospital de Niños de un paciente con historia de trauma craneoencefálico que se complicó con una hemorragia.

Según reporte de registros de los movimientos de bodega del Hospital México, en agosto del 2014, se le despacharon por parte de AALDI, un total de 286 FA, lo que representa aprox. un 186% más que la cuota asignada. De esa cantidad se trasladaron a la Farmacia 260 FA, y solo quedaron en bodega 26 FA.

En el mismo mes de agosto del 2014, al Hospital de Niños se le despacharon 100 FA, adicionales a la cuota asignada, lo que representa aprox. un 227% más que la cuota asignada.

- 15) Solo en octubre y los primeros cinco días del mes de noviembre del 2014, se han despachado 527 FA, que de acuerdo las cuotas asignadas corresponde a un 200.60% de más, ya que con esa cantidad se cubrirían 3.6 meses del consumo mensual, según cuotas asignadas.

También, se despacharon 2 FA al Centro de Trasplantes de Hígado y 3 FA para los análisis del Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos.

Como se puede observar, la aplicación de esta compra resulta en la medida necesaria para lograr el abastecimiento oportuno y reducir el riesgo de agotamiento, además como medida de contingencia para contar con el producto necesario para la atención de incidentes de urgencia como los atendidos en el Hospitales México y Nacional de Niños en los meses anteriores.

- 16)

Que sea la mejor forma de satisfacer el interés público.

- En el presente caso, el aumento requerido es la mejor forma de satisfacer el interés público, debido a que con ello se da un mejor aprovechamiento de los recursos institucionales, sea un buen manejo y uso eficiente del erario público. Asimismo, se procura la obtención del medicamento para los pacientes que lo requieren y por ende, la satisfacción del interés público perseguido.

Que la suma de la contratación original, incluyendo reajustes o revisiones de precio, y el incremento adicional no superen el límite previsto para el tipo de procedimiento tramitado.

- Por tratarse de una compra de medicamentos amparada a la ley 6914, el incremento adicional no supera el límite previsto para el tipo de procedimiento tramitado.

17)

Asimismo se analizan los siguientes elementos:

Mediante oficio No. AGM-0428-2015, de fecha 21 de enero del 2015, el Área de Gestión de Medicamentos emite criterio al respecto de la razonabilidad del precio para la presente ampliación, el cual se fundamenta en:

Elemento para razonar el precio	Resultado
Consulta de mercado	No hay otros oferentes registrados del mismo producto y otros oferentes consultados no cotizaron precios.
Variación del tipo de cambio	Se registra una disminución del tipo de cambio. El efecto sobre el precio unitario es una disminución de ¢25.107,46, al momento del análisis.
Variación del índice de precios	Se registra una disminución en el índice de precios al productor industrial (BCCR). El efecto sobre el precio es una disminución de 1,07%.
Precios de referencia a nivel internacional	Se buscaron referencias de precio en distintas bases de datos, tales como Instituto Mexicano de Seguridad Social, Guatecompras, Panamá Compra y Guía Internacional de Precios de Medicamentos. En esta última se registra un precio de \$1,358 (Sudáfrica) en el 2013. Ajustados los precios por el índice per cápita, se obtiene una variación de 8%, lo cual se considera razonable.

“... con base en el análisis efectuado y de acuerdo con los parámetros establecidos para la razonabilidad del precio, se concluye que el precio ofrecido por Inversiones y Desarrollos Morro S.A. para la ampliación de la orden de compra 8907, corresponde a un precio razonable.”

18) Asimismo, mediante oficio ACC-0189-2015 de fecha 11 de febrero del 2015, el Área de Contabilidad de Costos señala que dado que el precio no presenta modificación y este fue razonado en el estudio de razonabilidad de precio de la compra así como en estudio de mercado efectuado por el Área de Gestión de Medicamentos que determina que el precio continúa siendo razonable para la ampliación, no tiene observaciones ni ampliaciones al detalle expuesto en dicho estudio de mercado.

La Dirección Jurídica, mediante oficio No. DJ-01332-2015, de fecha 10 de marzo del 2015, indica que la solicitud de modificación cumple con los requisitos necesarios para poder aplicar la modificación contractual.

19) **Recomendación:**

De acuerdo con los elementos que se tienen en el expediente electrónico de compra No. 2014ME-000075-05101, visible en el sitio Compr@red, que la aplicación del artículo 200 del Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa es procedente, que con base en los hechos esgrimidos, en razón de la continuidad de la satisfacción de la necesidad del interés público, y atendiendo a los principios de eficiencia y eficacia que rigen la contratación administrativa, la modificación del contrato es la alternativa que resulta más ventajosa para la Administración, así como el visto bueno por parte de la Dirección Jurídica, la Comisión Especial de Licitaciones, en sesión No. 04-2015 de fecha 23 de marzo del 2015, avala el presente caso con la finalidad de elevarlo a la Junta Directiva para su respectiva ampliación de la orden de compra mediante la aplicación del artículo 200 del Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa, según el siguiente detalle:

- **INVERSIONES Y DESARROLLOS MORRO S.A., Oferta en Plaza.**

<i>ITEM</i>	<i>DESCRIPCIÓN</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Precio Unitario</i>	<i>Precio Total</i>
<i>UNICO</i>	<i>FACTOR VIIA (rFVIIA) RECOMBINANTE 2 MG (100 KUI) POLVO LIOFILIZADO ESTÉRIL FRASCO AMPOLLA CON DILUENTE.</i>	<i>555 Frascos ampolla.</i>	<i>\$ 1.834,00 cada Frasco ampolla</i>	<i>\$ 1.017.870,00</i>

20) Propuesta de acuerdo:

Por consiguiente, conocida la información presentada por la señora Gerente de Logística, que concuerda con los términos del oficio N° GL-16.261-2015 de fecha 23 de marzo del presente año y con base en la recomendación de la Ing. Garro Herrera, la Junta Directiva ACUERDA:

De acuerdo con los elementos que se tienen en el expediente de compra No. 2014ME-000075-05101, así como la justificación por parte del Área de Planificación de Bienes y Servicios para la respectiva ampliación, y el visto bueno por parte de la Dirección Jurídica, la Junta Directiva modifica contractualmente el presente caso mediante la aplicación del artículo 200 del Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa, según el siguiente detalle:

- **INVERSIONES Y DESARROLLOS MORRO S.A., Oferta en Plaza.**

<i>ITEM</i>	<i>DESCRIPCIÓN</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Precio Unitario</i>	<i>Precio Total</i>
-------------	--------------------	-----------------	------------------------	---------------------

UNICO	FACTOR VIIA (rFVIIA) RECOMBINANTE 2 MG (100 KUI) POLVO LIOFILIZADO ESTÉRIL FRASCO AMPOLLA CON DILUENTE.	555 Frascos ampolla.	\$ 1.834,00 cada Frasco ampolla	\$ 1.017.870,00
--------------	--	-------------------------------------	--	------------------------

Todo de conformidad con las condiciones exigidas en el respectivo cartel de la solicitud de cotización y las ofrecidas por la firma adjudicataria.

A propósito, el Director Devandas Brenes desea conocer qué implicaciones tiene que el FEIBA este agotado por tanto tiempo y por qué no se tenía.

Responde el doctor Chaves Matamoros que al no haber Feiba, se tuvo que utilizar el Factor VII recombinante, el cual es un producto de un costo más elevado.

Recuerda la señora Gerente de Logística que el proyecto de comprar FEIBA y el Factor VII, se inició el año pasado. Entonces, como era la primera vez que se compra el Factor VII, se compró una cantidad y se va calculando el consumo, para determinar cómo se convierte el Factor VII a FEIBA. Esa información se tiene que ir ajustando, de manera que ya el FEIBA se volvió a tener, dado que se realizar la compra. Son dos proyectos juntos, pero el consumo ya está estabilizado, porque en un momento inicial se proyectó.

El doctor Chaves Matamoros señala que el FEIBA es el Factor Procoagulante, contra inhibidores que se utilizan, en pacientes que no tienen sangrados muy severos, ni van a ser sometidos a procesos quirúrgicos grandes. Mientras que el Factor VII recombinante humano, se utiliza en pacientes con sangrado muy severo, en donde la vida está en un eminente peligro y pacientes que tienen que ser sometidos a procesos quirúrgicos. Por ejemplo, en pacientes con un problema articular se pueden manejar con FEIBA y al no haber en ese momento, se tuvo la necesidad de utilizar el Factor VII recombinante humano. Destaca que el 23 de marzo del año 2015, se solicitó colaboración a la Federación Mundial de Hemofilia para, precisamente, revisar que está sucediendo, porque se está determinando que en los pacientes que se atienden en la Institución, las respuestas terapéuticas y les está costando alcanzarlas. El otro aspecto fundamental y por el que se ha venido luchando, es para ingresar en un riesgo compartido, sin embargo, se deben establecer las guías terapéuticas, porque se debe verificar el cumplimiento, la Federación Mundial de Hemofilia, colaborará en la revisión de las guías. Además, se va a iniciar un programa de educación e información con los pacientes, porque los pacientes con Hemofilia no pueden hacer deporte en donde se produzca un contacto físico, es un aspecto de lógica, pero en el caso de los niños es más complicado.

Interviene el Auditor y señala que para aplicar el artículo 200 del Reglamento de la Ley de Contratación Administrativa, es fundamental la declaratoria y se manifiesta en el oficio N°APBS-5533 del año 2014, en el que, prácticamente, se resume las manifestaciones del doctor Albín Chaves. Por lo que ve la conveniencia de que quede constando en actas, que la administración está procediendo mediante el citado oficio.

En cuanto a la razonabilidad de precios, la licenciada Alfaro Araya apunta que en este caso, el precio se mantiene dado que nace del contrato original. De manera que se procede a revisar

algunos elementos de naturaleza económica, para determinar que el precio siga siendo razonable. Se cuenta con la consulta del mercado, donde se determinó que no hay otros oferentes del mismo producto registrados, en el registro que califica de forma institucional y para otros oferentes que se encuentran registrados, en el Sistema de Información. Por otro lado, se solicitaron cotizaciones de precios, sin embargo, no se obtuvo ninguna.

Interviene el Director Devandas Brenes e insiste, en la necesidad que se les presente el sistema de control del consumo de estos medicamentos y de todos los medicamentos que tiene precios especiales. Entiende que este es solo intrahospitalario y que no hay dosis domiciliarias, pero debe existir un procedimiento y que la Auditoría colabore en el tema, para tener seguridad y es enfático. Se conmueve cuando ve el esfuerzo que hace este país, porque es impresionante para salvarle la vida a una o diez personas, pero de alguna manera le llama la responsabilidad que se tiene, en cuanto a que esos recursos estén plenamente seguros de que no se están desviando y ese aspecto le causa preocupación. Por lo que solicita que para los medicamentos especialmente de un costo elevado, se establezca un procedimiento, especialmente, riguroso para que se tenga seguridad sobre su mejor o correcto uso, por lo menos en el consumo, porque en la parte médica es otro tema.

El Director Barrantes Muñoz recomienda que las compras se unifiquen en un solo expediente, sería un procedimiento adicional a favor de la transparencia y le parece importante se tenga en consideración.

Por consiguiente, se tiene a la vista el oficio número GL-16.261-2015, de fecha 23 de marzo del año en curso, relativo a la modificación contractual mediante la aplicación del *artículo 200 del Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa*, en el caso de la compra de medicamentos N° 2014ME-000075-05101, tramitada a través de la plataforma electrónica Compr@Red, y teniendo a la vista el acuerdo de aprobación de la Comisión Especial de Licitaciones en la sesión ordinaria número 04-2015, del 23 de marzo del año 2015, así como la comunicación del 11 de febrero del año 2015, número ACC-0189-2015, firmada por la licenciada Azyhadee Picado Vidaurre, Jefe del Área de Contabilidad de Costos, referente a la solicitud de aval a estudio de precios en relación con la orden de compra 8907 del concurso citado, la nota del 6 de noviembre del año 2014, número APBS-5533-2014, suscrita por el Lic. Marlon Barquero Castillo, Planificador de Suministros, y Lic. Jorge Quirós Cedeño, Coordinador de la Subárea de Programación del Área de Planificación de Bienes y Servicios, con base en la recomendación de la Ing. Garro Herrera y con fundamento en la aplicación del artículo 200 del *Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa*, la Junta Directiva -por unanimidad- **ACUERDA** aprobar la modificación contractual, mediante la aplicación del citado artículo 200 del Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa, en el caso del concurso N° 2014ME-000075-05101, ítem único, en los siguientes términos:

•INVERSIONES Y DESARROLLOS MORRO S.A., Oferta en Plaza.

<i>ITEM</i>	<i>DESCRIPCIÓN</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Precio Unitario</i>	<i>Precio Total</i>
<i>UNICO</i>	<i>FACTOR VIIA (rFVIIA) RECOMBINANTE 2 MG (100 KUI) POLVO LIOFILIZADO ESTÉRIL</i>	<i>555 Frascos ampolla.</i>	<i>\$1.834,00 cada Frasco ampolla</i>	<i>\$1.017.870,00 (un millón diecisiete mil</i>

	FRASCO DILUENTE.	AMPOLLA	CON			ochocientos setenta dólares)
--	-----------------------------	----------------	------------	--	--	---

Se toma nota de que la compra inicial se adjudicó en el artículo 1° de la sesión N° 8729, celebrada el 11 de agosto del año 2014.

Todo de conformidad con las condiciones exigidas en el respectivo cartel de la solicitud de cotización y las ofrecidas por la firma adjudicataria.

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

ARTICULO 13°

Se presenta el oficio N° GL-16262-2015, del 23 de marzo 1 año 2015, que firma la señora Gerente de Logística y contiene la propuesta de adjudicación de la compra directa N° 2015CD-000007-5101: ítem único: Organización Panamericana de la Salud, oferta única: 650.000 (seiscientos cincuenta mil) dosis de la Vacuna Influenza Virus Inactivados (adulto 0,5ml); frasco ampolla con 10 (diez) dosis; precio unitario \$3,16334615384, precio total: \$2.056.175.00 dos millones cincuenta y seis mil ciento setenta y cinco dólares).

La presentación está a cargo de la licenciada Aguilera Marín, con el apoyo de las siguientes láminas:

- i) Compra Directa No. 2015CD-000007-5101.
Vacuna Influenza de virus inactivados de la gripe (Influenza). Solución ó suspensión para inyección. Jeringa prellenada con 0,5 mL (unidosis) o ampolla con 0,5 mL (unidosis) ó frasco ampolla con 0,5 mL (unidosis). Uso en adultos ó Vacuna Influenza de virus inactivados de la gripe (Influenza). Solución o suspensión para inyección. Frasco ampolla con 5 mL (Multidosis con 10 dosis). Uso en adultos. Código: 1-10-44-4795.

GL-16262-2015.

- ii) **Forma de contratación:**
La adquisición de vacunas está regulada por lo dispuesto en la Ley 8111, Ley Nacional de Vacunación y su Reglamento. Precisamente en los artículos 19 y 20 del Reglamento a Ley, se indica lo siguiente:

Art. 19.

Corresponde a la Caja la adquisición de las vacunas de acuerdo al esquema oficial de vacunas y esquemas especiales. Lo hará de acuerdo a la normativa a través de organismos internaciones: Fondo rotatorio administrado por la Organización Panamericana de la Salud. La Caja solicitará a la OPS/Fondo Rotatorio la certificación de producto de

vacunas que están inscritas como oferentes del Fondo. El Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos de la Caja verificará la calidad de los lotes de vacunas que sean importados para atender las necesidades de inmunización en el país.

Art. 20

En caso de que el Fondo Rotatorio/OPS no pueda suplir las vacunas que se necesitan, o no puedan ofrecer alguna vacuna necesaria ya sea dentro del esquema oficial o dentro de los esquemas especiales, la Caja comprará las vacunas siguiendo la normativa vigente para adquisición de medicamentos.

Por otra parte, el artículo 129 del Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa, indica lo siguiente:

Artículo 129: Acuerdos celebrados con sujetos de Derecho Internacional Público. Los acuerdos y contratos con sujetos de Derecho Internacional Público, incluyendo otros Estados estarán excluidos de los procedimientos de contratación administrativa. Sin embargo, para su validez y eficacia, deberán documentarse por escrito siguiendo los trámites correspondientes y suscribirse por los funcionarios competentes.

Para celebrar la contratación en forma directa, la Administración tomará en cuenta que el precio o estimación de la contraprestación, no exceda los límites razonables según los precios que rijan operaciones similares, ya sean en el mercado nacional o internacional.

iii)

•Cantidad a comprar:	650.000 Dosis.
•Modalidad de la compra:	Ordinaria, aplicación del artículo 129, del Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa.
•Análisis técnico:	Efectuado por la Comisión de Análisis Técnico de las ofertas de vacunas, la cual recomendó:

Ofertas Recibidas	Cantidad	Precio Unitario	Monto Total	Análisis
Organización Panamericana de la Salud.	650.000 Dosis.	\$ 3,16334816334	\$ 2.068.176,00	UNICA OFERTA

Razonabilidad del Precio:

Mediante oficio No. ACC-0468-2015, de fecha 19 de marzo de 2015, el Área de Contabilidad de Costos, avala técnicamente el estudio de razonabilidad del precio elaborado por el Área de Gestión de Medicamentos, indicando entre otras cosas, que de acuerdo con la metodología utilizada los resultados obtenidos en el cuadro resumen de los puntos B.a., B.b., B.c. y B.d., los parámetros establecidos y lo analizado en este estudio, el precio ofrecido por Organización Panamericana de la Salud, para la compra de 650.000 ampollas del producto Vacuna Influenza de Virus inactivados de gripe (Influenza). Solución ó Suspensión para Inyección. Jeringa Prellenada de 0.25 ml ó Ampolla de 0.25 ml ó Frasco Ampolla, se considera un precio razonable.

iv)

Análisis del precio en dólares. 2015CD-000007-5101
 Vacuna Influenza, Solución o Suspensión para Inyección, Jeringa Prellenada 0,5 ML (Unidosis) o Ampolla 0,5 ML
 o Frasco Ampolla 5 ML (Con 10 dosis)

Fecha de Apertura	Concurso	Oferente	País Origen	Cantidad	Δ%	Precio Unitario US\$	Δ%	Precio deflactado (1)	Δ%
01-mar-10	2010MD-000019-1042	Organización Panamericana de la Salud	Francia	500.000		6,609.2		6,059	
01-sep-11	2010CD-000023-1042	Organización Panamericana de la Salud	Francia	200.000	-5%	4,819.1	-27%	4,399	-35%
07-ago-12	2012CD-000025-5101	Organización Panamericana de la Salud	Korea	550.000	25%	3,240.0	-55%	2,807	-56%
26-ago-13	2013CD-000007-5101	Organización Panamericana de la Salud	Korea	450.000	21%	3,716.4	15%	3,197	14%
11-mar-15	2015CD-000007-5101	Organización Panamericana de la Salud	Korea	650.000	50%	3,169.3	-12%	2,694	-16%
Mediana del Precio		\$ 3,90							

(1) Se utilizó como deflactor el índice de precios implícito del PIB de cada país. Fuente: Fondo Monetario Internacional. World Economic Outlook, Octubre 2014. Año Base 2005 = 100.

Tabla 5. Referencias de precios internacionales de Vacuna Influenza de virus inactivados, 0,5 ml.

Referencia de Compra	País de origen	Producto Innovador o Genérico	Periodo	Precio unitario	Precio Unitario por la Organización Panamericana de la Salud	variación % con respecto a precios de referencias
Guatecompras	Guatemala	No se indica	Jun-12	\$13.05	\$3,16	-75,76%
Organización Panamericana de la Salud	Korea	Genérico	2014	\$3.30		-4,14%
OEI Internacional de Indicadores de Precios de Medicamentos	Suecia	No se indica	2013	\$6.37		-50,34%
Organización Panamericana de la Salud	Francia	Innovador	2014	\$3.30		-16,75%
KQeros	Argentina	Innovador	nov14	\$19,07		-83,41%
Promedio				\$6,12		-85,19%

Fuente: Guatecompras, y OEI Internacional de Indicadores de Precios de Medicamentos, KQeros, Organización Panamericana de la Salud

v)

Criterio Legal:

Mediante oficio No. DJ-01759-2015, de fecha 23 de marzo del 2015, la Dirección Jurídica considera que la oferta recomendada y potencialmente adjudicataria ha cumplido con los requisitos jurídicos para que la Comisión Especial de Licitaciones recomiende a la Junta Directiva el dictado acto de adjudicación.

***Recomendación:**

De acuerdo con los elementos que se tienen como acreditados en el expediente de compra directa No. 2015CD-000007-5101, y dado el cumplimiento administrativo, técnico y legal, así como la determinación de la razonabilidad del precio por parte del Área de Contabilidad de Costos, la Comisión Especial de Licitaciones, en sesión No. 04-2015, de fecha 23 de marzo del 2015, avala el presente caso con la finalidad de elevarlo a la Junta Directiva para su respectiva adjudicación, según el siguiente detalle:

-OFERTA UNICA: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
UNICO	Vacuna Influenza Virus inactivados (Adulto 0,5 ml.). Frasco ampolla con 10 dosis.	650.000 Dosis.	\$ 3,16334615384	\$ 2.056.175,00
MONTO TOTAL A ADJUDICAR			\$ 2.056.175,00	

Demás condiciones y especificaciones de acuerdo con la oferta recomendada y lo solicitado en el cartel.

vi) Propuesta de acuerdo:

Por consiguiente, conocida la información presentada por la Ing. Dinorah Garro Herrera, Gerente de Logística, que concuerda con los términos del oficio N° GL-16.262-2015 de fecha 23

de marzo del presente año y con base en la recomendación de la Ing. Garro Herrera, la Junta Directiva **ACUERDA:**

De acuerdo con los elementos que se tienen como acreditados en el expediente de compra No. 2015CD-000007-5101, y dado el cumplimiento administrativo, técnico y legal, así como la determinación de la razonabilidad del precio por parte del Área de Contabilidad de Costos, la Junta Directiva adjudica el presente caso, según el siguiente detalle:

• **OFERTA UNICA: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.**

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
UNICO	Vacuna Influenza Virus Inactivados (Adulto 0,5 ml.). Frasco ampolla con 10 dosis.	650.000 Dosis.	\$ 3,16334615384	\$ 2.056.175,00
MONTO TOTAL A ADJUDICAR			\$ 2.056.175,00	

Todo de conformidad con las condiciones exigidas en el respectivo cartel de la solicitud de cotización y las ofrecidas por la firma adjudicataria.

A una consulta de la Dra. Sáenz Madrigal, respecto de la licitación de cita, tendiente a conocer si la compra se realiza a través del Fondo Rotatorio, la licenciada Aguilera responde que sí.

Además, la señora Presidenta Ejecutiva pregunta por qué incrementó tanto el número de dosis.

Responde la licenciada Machado que en el año 2004, se contaba con grupos de edades extremas adultos mayores, niños y únicamente de riesgo y el incremento se mantiene constante hasta el año 2008. Dado que después del año 2009 la Institución se tuvo que preparar para la Pandemia de H₁N₁, de manera que se incrementaron los grupos de riesgo, por ejemplo, se incluyeron personas con problemas renales o con enfermedades preexistente. Este último incremento obedece a poder responderles, porque no se estaba cumpliendo con estos grupos, pero para esta oportunidad se van a vacunar mujeres embarazadas, independientemente, de la edad gestacional y se bajó la edad; además, en este año se cubrirán niños menores de dos años, siendo de veinticuatro meses a diez años, siendo las vacunas solo para los de riesgo. De manera que se está respondiendo al proceso de vacunación que se ha venido planificando. Destaca que la vacuna de 0.25 mg, solo corresponde para niños menores de treinta y cinco meses, posterior, a los treinta y seis meses, se les aplicará una dosis de 0.5 mg, igual a la que reciben los adultos.

La señora Presidenta Ejecutiva hace referencia a un comentario realizado por la doctora María Luis Ávila, en el sentido de que la Caja iba a comprar una vacuna que no era la mejor. Quiere conocer a qué se refería con ese comentario.

Al respecto, señala la licenciada Machado que para este año, se cuenta con la vacuna de influenza, se ha tenido una vacuna trivalente, dos cepas A, una cepa B y para este año, hay una opción más, la cual no es de aplicación para todas las personas. Destaca que se planifica de un año para otro y el pasado, cuando la Comisión Nacional de Vacunación, analizó esta situación, en términos de que había una probabilidad de que existiera una vacuna de cuatro cepas y no una de tres, como se ha venido aplicando la Trivalente y la decisión de la Comisión Nacional, fue que se aplicara lo que se conocía y se ha venido aplicando.

Interviene el Dr. Chaves Matamoros y comenta que se realizan estudios, por medio del Instituto Costarricense (INCIENSA) y se determina cuáles son las cepas que afectan el país y cuáles son los picos. Entonces, la decisión se toma con base en información científica en nuestro país, además, la Comisión Nacional de vacunas indica que la mejor época para vacunar es entre abril los meses de abril y mayo, para que pasen tres meses, generen anticuerpos y cuando se producen los picos de influenza, las personas estén protegidas. Como segundo punto fundamental, el cual se desconocía, es en el sentido de que las cepas que predominan en Costa Rica, siempre se ha asumido que eran las cepas del norte, por los turistas; pero este estudio demuestra que las cepas que estaban en el país eran las cepas del sur. Entonces, la vacuna que va a estar disponible está de acuerdo la epidemiología de Costa Rica, con base en el estudio del INCIENSA y de acuerdo con los picos que se producen.

Dado lo anterior, la doctora Sáenz Madrigal solicita se elabore un documento sobre el tema, porque fue una crítica muy fuerte de la Exministra de Salud, Dra. Ávila, en relación con las vacunas que se iban a comprar; de manera que se documente técnicamente la compra de esas vacunas.

Ante una inquietud del Director Loría Chaves, refiere la licenciada Machado que la compra se amplió, para cubrir grupos de riesgo que no se estaban cubriendo y cubrir un porcentaje mayor de niños que no estaban incluidos en el programa, dado que solo se cubrían los niños en condición de riesgo. Enfatiza en que una situación que se analizó y por la cual se tomó la decisión de cubrir todos los niños y no solo los de riesgo, fue que al analizar los casos de los niños enfermos, solo el 14% se encontraba vacunado.

Pregunta el señor Loría Chaves, si se está realizando el trámite del cobro al Gobierno, por la compra de las vacunas.

Sobre el particular, el doctor Chaves Matamoros señala que siempre se ha planteado, que si existe una universalidad en la vacunación, debe ser responsabilidad del Estado, a través de la Comisión Nacional de Vacunas. Comenta que se realizó una reunión con autoridades del Ministerio de Hacienda y se planteó que se reforzara el presupuesto de vacunas. Sin embargo, el Poder Ejecutivo por medio del Ministro Ayales, envió una nota indicando que era muy dable pero los recursos económicos en el Poder Ejecutivo no estaban disponibles.

El Director Devandas Brenes manifiesta su preocupación, porque entiende que existen disposiciones jurídicas y señalan, claramente, que debe ser la Caja la que compra las vacunas, pero no las financia. Por lo que solicita a la Dirección Jurídica que realice el análisis, para conocer cuáles son las responsabilidades de la Institución. Se puede entender que el Poder Ejecutivo no tenga recursos, pero que después no indiquen que la Caja no cumple con la Ley de

Vacunación y no se hizo que se cumpliera, porque si la Ley establece que deben ser pagadas por el Ministerio de Hacienda, la responsabilidad de la Caja es emitir la factura y enviarla al Ministerio de Hacienda, para que se gestione el pago, si es que jurídicamente es así, para tener claro el panorama.

Sobre el particular, indica la doctora Sáenz Madrigal que la Dirección Jurídica, le remitió el criterio y los argumentos jurídicos al Gerente Financiero, para el proceso de negociación que se tiene con el Ministerio de Hacienda y se están analizando en ese Ministerio.

Por consiguiente, se tiene a la vista el oficio firmado por la señora Gerente de Logística, N° GL-16.262-2015, de fecha 23 de marzo del año 2015, en relación con la propuesta para la adjudicación de la compra directa N° 2015CD-000007-5101, promovida para la adquisición de la Vacuna Influenza Virus Inactivados (adulto 0,5ml) que, en adelante se transcribe textualmente, en lo conducente:

“La Influenza, es una enfermedad respiratoria altamente infecciosa, de alta transmisibilidad, se presenta en forma estacional y provoca elevadas tasas de ataque, con el consiguiente incremento en las consultas y hospitalizaciones. La mortalidad por influenza se asocia no solo a la enfermedad ocasionada por el virus, sino a las complicaciones que provoca en personas con patologías crónicas y grupos de población vulnerables.

En el país, se inició la vacunación contra virus Influenza Estacional en enero del 2004 para adultos mayores de 65 años y niños entre 6 meses y menos 5 años con riesgo asociado para ambos grupos. El grupo definido en niños ha sido el mismo desde el inicio de la vacunación hasta el último año (2014); no obstante, para los demás grupos de edad se fue modificando y en el año 2005, se incluyó a todos los adultos mayores y no solamente los de riesgo, personas VIH+ y funcionarios de salud en la CCSS.

En el 2006-2007 la situación se mantuvo similar y la cantidad de vacunas adquiridas también. Para el año 2008, en el marco de preparación para la Pandemia, se fueron incorporando otros grupos de riesgo con indicación específicas como personas con problemas respiratorios y enfermedad crónica de difícil manejo, algunos grupos de personas con problemas de hacinamiento por su condición de convivencia como las personas privadas de la libertad y con indicación médica específica como los usuarios con parálisis cerebral infantil y síndrome de Down.

En el año 2009, durante la pandemia, se vacunó con la vacuna la influenza A-H1N1 de acuerdo con un protocolo específico para proteger especialmente a las personas con enfermedad crónica asociada pero la vacunación ha sido en mucho a voluntad individual. A partir de este año se incluyeron otros grupos de edad y personas con alguna condición de riesgo, en respuesta al comportamiento de la enfermedad durante la pandemia, como las mujeres embarazadas en el tercer trimestre de gestación, personas con enfermedades crónicas (diabetes mellitus, cardiopatías, enfermedades respiratorias, personas con obesidad mórbida, con enfermedad renal crónica y con inmunodeficiencias), política de salud que continua. La vacunación ha tenido una buena aceptación por parte de la población tanto para niños como adultos mayores. Los demás grupos incluidos en la estrategia requieren de comunicación para distintos medios y el grupo más difícil de vacunar ha sido el personal de salud ya que tienen criterios diversos que los llevan a

rechazar la vacunación, especialmente los que están en cuidado directo en los centros de atención.

La decisión de la fecha de inicio de la vacunación es una decisión que se toma a nivel de la Comisión Nacional de Inmunizaciones y Epidemiología, adscrita al MS y presidida por el ministro de salud del momento, basada en la información de vigilancia de virus respiratorios del Laboratorio Nacional de Referencia (Inciensa). La vacunación, desde su inicio en el año 2004, se realizaba durante el primer trimestre del año, generalmente iniciando a finales de enero y con una duración de 6 semanas y la composición de la vacuna que se utilizaba en el País ha sido la del Hemisferio Norte. Sin embargo esta situación se ha modificado y para el año 2014, se vacunará en abril-mayo y con la vacuna correspondiente al hemisferio Sur.

Cada año se programa adquirir las dosis de vacuna necesarias, tanto en presentación 0.25ml para niños entre los 6 meses y 35 meses, como la presentación 0.5ml para mayores de 36 meses incluyendo adultos y adultos mayores, que anotan los funcionarios responsables del programa a nivel local y regional según identificación de grupos de riesgo.

Así las cosas, la Comisión Especial de Licitaciones, en sesión No. 04-2015 del 23 de marzo del 2015, analiza lo siguiente:

1. Antecedentes:

• Forma de contratación:

La adquisición de vacunas está regulada por lo dispuesto en la Ley 8111, Ley Nacional de Vacunación y su Reglamento. Precisamente en los artículos 19 y 20 del Reglamento a Ley, se indica lo siguiente:

Art. 19.

Corresponde a la Caja la adquisición de las vacunas de acuerdo al esquema oficial de vacunas y esquemas especiales. Lo hará de acuerdo a la normativa a través de organismos internacionales: Fondo rotatorio administrado por la Organización Panamericana de la Salud. La Caja solicitará a la OPS/Fondo Rotatorio la certificación de producto de vacunas que están inscritas como oferentes del Fondo. El Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos de la Caja verificará la calidad de los lotes de vacunas que sean importados para atender las necesidades de inmunización en el país.

Art. 20

En caso de que el Fondo Rotatorio/OPS no pueda suplir las vacunas que se necesitan, o no puedan ofrecer alguna vacuna necesaria ya sea dentro del esquema oficial o dentro de los esquemas especiales, la Caja comprará las vacunas siguiendo la normativa vigente para adquisición de medicamentos.

Por otra parte, el artículo 129, del Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa, indica lo siguiente:

“Artículo 129:

Los acuerdos y contratos con sujetos de Derecho Internacional Público, incluyendo otros Estados estarán excluidos de los procedimientos de contratación administrativa. Sin embargo, para su validez y eficacia, deberán documentarse por escrito siguiendo los trámites correspondientes y suscribirse por los funcionarios competentes.

Para celebrar la contratación en forma directa, la Administración tomará en cuenta que el precio o estimación de la contraprestación, no exceda los límites razonables según los precios que rijan operaciones similares, ya sea en el mercado nacional o internacional.”

- **Modalidad de la compra:** Ordinaria, aplicación del artículo 129, del Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa.

2. Participantes:

Oferta	Oferente	Monto Total
UNICA	Organización Panamericana de la Salud.	\$ 2.056.175,00

3. Análisis Administrativo:

Efectuado el 12 de marzo del 2015 por la Sub Área de Análisis del Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios, determinando que la única oferta cumple con todos los aspectos administrativos solicitados en el cartel.

4. Criterio Técnico:

Mediante acta de recomendación de fecha 17 de marzo del 2015, visible en el folios del 087 al 090, suscrito por la Sub. Área de Análisis y Vigilancia Epidemiológica, se recomienda técnicamente la compra de la vacuna Influenza Virus Inactivados 0,5 ml.

5. Razonabilidad del Precio:

Mediante oficio No. ACC-0468-2015, de fecha 19 de marzo de 2015, el Área de Contabilidad de Costos, avala técnicamente el estudio de razonabilidad del precio elaborado por el Área de Gestión de Medicamentos, indicando entre otras cosas, que de acuerdo con la metodología utilizada los resultados obtenidos en el cuadro resumen de los puntos B.a., B.b., B.c. y B.d., los parámetros establecidos y lo analizado en este estudio, el precio ofrecido por Organización Panamericana de la Salud, para la compra de 650.000 ampollas del producto Vacuna Influenza de Virus inactivados de gripe (Influenza). Solución ó Suspensión para Inyección. Jeringa Prellenada de 0.25 ml ó Ampolla de 0.25 ml ó Frasco Ampolla, se considera un **precio razonable**.

6. Criterio Legal:

Mediante oficio No. DJ-01759-2014, de fecha 23 de marzo del 2015, la Dirección Jurídica considera que la oferta recomendada y potencialmente adjudicataria ha cumplido con los requisitos jurídicos para que la Comisión Especial de Licitaciones recomiende a la Junta Directiva el dictado acto de adjudicación.

7. Recomendación para Junta Directiva:

De acuerdo con los elementos que se tienen como acreditados en el expediente de compra No. 2015CD-000007-5101, y dado el cumplimiento administrativo, técnico y legal, así como la determinación de la razonabilidad del precio por parte del Área de Contabilidad de Costos, la Comisión Especial de Licitaciones avala el presente caso con la finalidad de elevarlo a la Junta Directiva para su respectiva adjudicación, según el siguiente detalle:

- **OFERTA UNICA: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.**

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
UNICO	Vacuna Influenza Virus Inactivados (Adulto 0,5 ml.). Frasco ampolla con 10 dosis.	650.000 Dosis.	\$3,16334615384	\$2.056.175
MONTO TOTAL A ADJUDICAR			\$2.056.175,00”,	

y con base en la recomendación de la Ing. Garro Herrera, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** adjudicar a la única oferta, Organización Panamericana de la Salud, el concurso N° 2015CD-000007-5101, promovido para la adquisición de 650.000 (seiscientos cincuenta mil) dosis de la Vacuna Influenza Virus Inactivados (adulto 0,5ml); frasco ampolla con 10 (diez) dosis; precio unitario \$3,16334615384, para un total de US\$2.056.175.00 (dos millones cincuenta y seis mil ciento setenta y cinco dólares)

Todo de conformidad con las condiciones exigidas por la Institución en el respectivo cartel y las ofrecidas por la adjudicataria.

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

La ingeniera Garro Herrera y el equipo de trabajo que la acompaña se retiran del salón de sesiones.

ARTICULO 14°

ACUERDO PRIMERO: se tiene a la vista la consulta en relación con el expediente N° 18.547 *LEY DE GREACIÓN DEL CONSEJO NACIONAL DE DISCAPACIDAD (originalmente denominado: Reforma Integral a la Ley de Creación del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, No. 5347 del 3 de setiembre de 1973 y sus Reformas,* que se traslada a la Junta Directiva por medio de la nota del 11 de febrero del año 2015, N° PE.9448-15, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa copia de la comunicación fechada 10 de febrero del año en curso, número SD-74-14-15, suscrita por el Sr. Luis Alberto Vásquez Castro, Primer Secretario, Departamento Secretaría del Directorio de Asamblea Legislativa.

Se ha recibido el oficio firmado por la señora Gerente Médico, N° GM-SJD-2835-2015, fechado 23 de marzo del año en curso, que en adelante se transcribe, en forma textual:

“La Gerencia Médica ha recibido en fecha 11 de febrero del 2015, solicitud de criterio respecto al proyecto de ley indicado en el epígrafe, no obstante, a fin de contar con criterios técnicos respectivos según el protocolo institucional, se solicita muy respetuosamente una prórroga de 15 días hábiles, a fin de atender la consulta de forma integral.

El criterio correspondiente será presentado en la sesión del 09 de abril del 2015”,

y la Junta Directiva, por lo expuesto y con base en la recomendación de la doctora Villalta Bonilla –en forma unánime- **ACUERDA** solicitar al consultante un plazo de quince días hábiles más para responder.

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

ACUERDO SEGUNDO: se tiene a la vista la consulta que concierne al *Expediente N° 19.350, Proyecto ley adición párrafo segundo al artículo 56, derogatoria del artículo 120 y modificación del artículo 345, inciso 4, todos de la Ley General de Salud, Ley N.º 5395, para incluir la recomendación farmacéutica y eliminar la venta libre de medicamentos,* que se traslada a la Junta Directiva por medio de la nota fechada 13 de enero del año 2015, suscrita por la Máster Georgina García Rojas, Asesora Parlamentaria, Departamento de Servicios Técnicos de la Asamblea Legislativa.

Se ha recibido la comunicación firmada por la señora Gerente Médico, N° GM-SJD-2834-2015 fechada 23 de marzo del año en curso que literalmente se lee de este modo:

“La Gerencia Médica ha recibido en fecha 16 de febrero del 2014, solicitud de criterio respecto al proyecto de ley indicado en el epígrafe, no obstante del análisis del mismo y dado su contexto, se solicita muy respetuosamente una prórroga de 15 días hábiles, para contar con todos los criterios técnicos respectivos que permitan atender la consulta de forma integral sobre el Proyecto de ley en cuestión.

El criterio correspondiente será presentado en la sesión del 09 de abril del 2015”,

y la Junta Directiva, por lo expuesto y con base en la recomendación de la doctora Villalta Bonilla –en forma unánime- **ACUERDA** solicitar a la consultante un plazo de quince días hábiles más para responder.

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

ACUERDO TERCERO: se tiene a la vista la consulta relacionada con el *Expediente número 19.446, Proyecto reforma integral de la Ley General de Centros de Atención Integral, N° 8017 del 29 de agosto del 2000,* que se traslada a la Junta Directiva por medio de la nota del 4 de marzo del presente año, número PE.24.759-15, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa copia de la comunicación del 4 de los corrientes, número CAS-778-

2015, suscrita por la Jefa de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa.

Se ha recibido el oficio suscrito por la señora Gerente Médico, número GM-SJD-2833-2015 del 23 de marzo del año en curso que literalmente dice:

“La Gerencia Médica ha recibido en fecha 05 de marzo del 2014, solicitud de criterio respecto al proyecto de ley indicado en el epígrafe, no obstante del análisis del mismo y dado su contexto, se solicita muy respetuosamente una prórroga de 15 días hábiles, para contar con todos los criterios técnicos respectivos que permitan atender la consulta de forma integral sobre el Proyecto de ley en cuestión.

El criterio correspondiente será presentado en la sesión del 09 de abril del 2015”,

y la Junta Directiva, por lo expuesto y con base en la recomendación de la doctora Villalta Bonilla –en forma unánime- **ACUERDA** solicitar a la Comisión consultante un plazo de quince días hábiles más para responder.

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

ARTICULO 15º

La señora Presidenta Ejecutiva refiere que se ha distribuido a los señores Directores la invitación para el *Seminario sobre la Reforma de Pensiones en Iberoamérica*, en el Hotel Crown Plaza Corobicí, de 8 a.m. a 5 p.m., los días 14 y 15 de abril del año en curso.

Por otra parte, anota que el domingo próximo se publicará el cartel del concurso para el nombramiento del Gerente de Pensiones y del Gerente Administrativo, conforme con los acuerdos adoptados por esta Junta Directiva.

Se toma nota.

ARTICULO 16º

El señor Auditor refiere que ha recibido el oficio suscrito por el Diputado Juan Luis Jiménez Succar, Jefe de Fracción del Partido Liberación Nacional, número JF-PLN-227-2015, en que solicita copias certificadas de los originales de los acuerdos, deliberaciones, oficios, criterios técnicos e informes, documentos y grabaciones relacionados con el proceso de nombramiento, selección y prórroga de los actuales Gerentes Administrativo y de Pensiones.

Se toma nota.

ARTICULO 17º

Se dispone reprogramar la presentación de los temas que se detallan:

I) Gerencia Financiera.

- a) **Oficio N° GF-11.844-15**, de fecha 17 de marzo del año 2015, firmado por el Gerente Financiero: estados financieros institucionales del Seguro de Salud al 31 de diciembre del año 2014.

II) Gerencia de Pensiones.

- a) **Oficio N° GP-25.836-15**, del 23 de marzo del año 2015, que suscribe el Gerente de Pensiones: presentación estados financieros del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) a diciembre del año 2014.
- b) **Oficio N° GP-25-837-15**, fechado 23 de marzo del año 2015: presentación estados financieros del Régimen no Contributivo (RNC) correspondientes a diciembre del año 2014.

III) Gerencia Médica.

- a) **Oficio N° GM-SJD-2830-2015**, del 23 de marzo del año 2015, firmado por la Gerente Médico: informe de avance del modelo de gestión “Red Institucional de donación y trasplante de órganos, tejidos y células”.
- b) **Oficio N° GM-SJD-2832-2015** del 23 de marzo del año 2015, suscrito por la Gerente Médico: atención artículo 12° de la sesión N° 8766: presentación situación sobre el Crizotinib e impacto institucional de los medicamentos de alto costo.

IV) Proposiciones y asuntos por presentar por parte de la señora Presidenta Ejecutiva, entre otros:

- a) **Oficio N° PE-25.015** del 24-3-15, firmado por la señora Presidenta Ejecutiva: propuesta Convenio entre el INAMU y la CCSS para diseñar y ejecutar actividades de investigación, capacitación, divulgación y asesoría técnica en el ámbito de los derechos humanos de las mujeres y la salud.

V) Proposiciones y asuntos varios de los señores Directores.

- a) **Planteamiento Director Barrantes Muñoz:** Impacto de las listas de espera en la prestación de los servicios de salud de la CCSS.
- b) **Planteamiento del Director Loría Chaves:** en relación con el sistema co-pago de las atenciones especializadas en el Centro Nacional de Odontología.
- c) **Planteamientos de la Directora Alfaro Murillo:**
- Copia de los Informes completos sobre cumplimiento del Acuerdo entre el Ministerio de Hacienda y la Presidenta Ejecutiva de la CCSS en relación a la deuda del Estado con la Institución, con fecha 25 de agosto del año 2014.

- Copia del Informe detallado de la metodología de cálculo consensuada entre ambas instituciones para certificar el monto actualizado de la deuda. Este producto tenía como fecha de cumplimiento el 25 de noviembre del año 2014.
- Monto actualizado de la deuda del Estado con la Caja.
- Informe con el primer conjunto de medidas sobre los rubros de mayor consenso y relevancia relacionadas con los instrumentos y mecanismos de financiamiento y pago para que el Estado atienda la deuda.
- Atención artículo 14° de la sesión N° 8762, celebrada el 5 de febrero del año 2015, en relación con el aseguramiento agentes del INS (Instituto Nacional de Seguros); solicitud presentación informe escrito.

VI) Auditoría.

- a) Nota del 9 de febrero del año 2015,** firmada por Auditor y Subauditor: *Informe gerencial sobre actividad desplegada por la Auditoría durante el período 2014.*

A las diecinueve horas con diez minutos se levanta la sesión.