

Jueves 17 de octubre de 2019

N° 9058

Acta de la sesión ordinaria número 9058, celebrada por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, a las nueve horas con treinta minutos del jueves 17 de octubre de 2019, con la asistencia de los señores: Presidente Ejecutivo, Dr. Macaya Hayes; Vicepresidenta, Bach. Abarca Jiménez. Directores: Dra. Solís Umaña, Dr. Devandas Brenes, Dr. Salas Chaves, Agr. Steinvoth Steffen, MBA. Jiménez Aguilar; Auditor a.i., Lic. Sánchez Carrillo; Dr. Cervantes Barrantes, Gerente General y Lic. Alfaro Morales, Subgerente Jurídico. Toma el acta Ing. Carolina Arguedas Vargas, Secretaria Interina.

Presentes en la sesión: Licenciada Laura Torres Lizano, asesora de la Gerencia General y licenciado Juan Manuel Delgado asesor legal de la Junta Directiva.

La directora Alfaro Murillo y el director Loría Chaves retrasarán su llegada a esta sesión.

Participan en la sesión los licenciados: Juan Manuel Delgado Martén, asesor legal de la Junta Directiva y Laura Torres Lizano, jefe de despacho de la Gerencia General.

ARTICULO 1°

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

ARTICULO 2°

Consideración de la agenda distribuida para la sesión de esta fecha, que seguidamente se transcribe, en forma literal:

I) “Reflexión.

II) Aprobación actas de las sesiones números 9053 y 9054.

III) Presidencia Ejecutiva.

- a) **Oficio N° PE-2661-2019: *Memorándum de entendimiento, a suscribirse entre el MICITT-CCSS-IMAS-SINIRUBE***¹, sobre el proceso para desarrollar interoperabilidad de los sistema de información.

IV) Gerencia de Logística.

Contratación administrativa:

¹ Memorándum de entendimiento entre el Ministerio de Ciencia, Tecnología y Telecomunicaciones, la Caja Costarricense del Seguro Social, el Instituto Mixto de Ayuda Social y el Sistema Nacional de Información y Registro Único de Beneficiarios del Estado.

a) **Oficio N° GG-1735-2019**, de fecha 7 de octubre de 2019, traslada los oficios que en adelante se detallan, firmados por la señora Gerente a.i. de Logística, que contiene las propuestas para su respectiva adjudicación y otros:

- 1) **GL-1328-2019: Compra Directa N° 2019CD-000060-5101:** adquisición *Vacuna Neumocócica Conjugada 13-valente (Proteína Difteria CRM₁₉₇), suspensión estéril, inyectable, frasco ampolla con 0,5 ml, para dosis única ó jeringa prellenada con 0,5 ml, código: 1-10-44-4900:* única oferta, Organización Panamericana de la Salud: ítem único: 140.000 frascos ampolla, precio unitario de \$14,285418.
- 2) **GL-1329-2019: Licitación Pública N° 2019LN-000009-5101:** adquisición de Sets de diálisis peritoneales domiciliarios: oferta única, en plaza a favor de la empresa NUTRICARE S.A.
- 3) **GL-1330-2019: Compra de Medicamentos N° 2019ME-000033-5101:** adquisición de Warfarina Sódica 1mg. y 5 mg, oferta única, en plaza, a favor de la empresa APOTEX Costa Rica S.A.:
- 4) **GL-1331-2019: Licitación Pública N° 2019LN-000020-5101:** adquisición Complejo Coagulante Anti-Inhibidor 500 UI (Sinónimo: Actividad de desviación del inhibidor del Factor VIII), Polvo liofilizado estéril, frasco ampolla con 20 ml.: ítem único: 4.000 frascos, precio unitario \$495,00 cada frasco, a favor de la oferta única, en plaza, SHIRE Biotech Costa Rica S.R.L.
- 5) **GI-1421-2019: solicitud declaratoria de infructuosa concurso N° 2017CD-000075-5101:** tramitado con fundamento al artículo 2 bis de la Ley de Contratación Administrativa, el artículo 138 (actual 146) del Reglamento a esa misma Ley y con la autorización de la Contraloría General de la República de realizar la contratación directa concursada mediante resolución DCA-3188 (Oficio 17159) del 21 de diciembre del 2016 y Resolución DCA-1159 (Oficio 06383) del 06 de junio del 2017, , para la “Contratación de 38 médicos especialistas en radiología e imágenes médicas para la elaboración, reporte e interpretación de ultrasonidos a nivel nacional, en las diferentes divisiones administrativas de la CCSS.”, Código Institucional: 0-06-10-0420.
- 6) **GL-1422-2019: 2019LN-000007-5101: promovida para la adquisición de Enoxaparina Sódica 40 mg. y 80 mg.**
- 7) **GI-1423-2019: 2019LN-000034-5101: promovida para la adquisición de Sistemas de fijación para fracturas.**

V) **Taller de trabajo:**

- a) **Valuación Actuarial del Seguro de Salud-2017; oficio N° DAE-1144-2019 (PE-2502-2019)**, de fecha 24 de setiembre de 2019: presentación
 - Informe de los gerentes
 - Discusión / construcción tema de ingresos y gastos

Doctor Macaya Hayes:

Tenemos la agenda al frente, para cualquier comentario o consideración sobre la agenda.

Director Steinvorth Steffen:

En relación con los temas del Seguro de Salud que tenemos del taller de trabajo, ¿vamos a tocar el tema, o podemos tocar el tema del mensaje que les pasé en la mañana?

Doctor Macaya Hayes:

De los alquileres y las dietas.

Director Steinvorth Steffen:

Exacto, porque si están haciendo números, que van a recibir ingresos sobre esos montos.

Directora Solís Umaña:

A esos sí les rebajan renta, a esos alquileres.

Doctor Macaya Hayes:

Y el impuesto al valor agregado (IVA) también.

Directora Aguilar Jiménez:

Pero recuerden que tenemos pendiente que nos presenten una propuesta de los trabajadores independientes y la otra cosa que tenemos pendiente también, es la visita del Colegio de Abogados.

Directora Abarca Jiménez:

Ya vinieron.

Directora Jiménez Aguilar:

Yo no vine.

Director Abarca Jiménez:

Por eso salió el acuerdo de hacer un grupo de trabajo interno, para trabajar en la propuesta del reglamento, en un plazo de dos meses.

Doctor Cervantes Barrantes:

El coordinador es el Lic. Wven Porras, esta semana ya empezaba a trabajar, pero tuvo un quebranto de salud, entonces, entre los miembros de la comisión está el licenciado Juan Manuel Delgado.

Entonces, le pedimos a él que hiciera todos los contactos con el Colegio de Abogados y Wven se incorpora el próximo lunes. Entonces, él continúa el trabajo que se está haciendo.

Lic. Juan Manuel Delgado:

De hecho para comentarles que ayer hablé con don José María Oreamuno, para comentarle que efectivamente la comisión ya estaba formalizada. Le pareció bien y quedó anuente a cualquier reunión que pudiéramos tener con ellos, ahí los contactos directos y demás, pero ya ellos están notificados que la comisión arranca la otra semana cuando don Wven se incorpore, con la primera de las sesiones.

Director Steinvorth Steffen:

Me queda una duda, si el Colegio de Abogados estableció una demanda contra la Caja.

Directora Abarca Jiménez:

Creo que contra unos funcionarios.

Subgerente Jurídico, Lic. Alfaro Morales:

Sí señor, contra la Ley Constitutiva de la Caja, cuestionando precisamente lo que los abogados expusieron la vez anterior y ellos son los representantes del Colegio de Abogados en ese proceso.

Director Steinvorth Steffen:

¿Eso cómo afecta o no afecta esta iniciativa del grupo de trabajo?

Subgerente Jurídico, Lic. Alfaro Morales:

Lo que habría que analizar es si hay o no conflicto de intereses, yo no sé si el Colegio de Abogados se va a incorporar en esta iniciativa, siendo que tienen, o parecieran que tienen un interés directo, porque presentaron una acción de inconstitucionalidad, pero me imagino que eso va a ser analizado a lo interno de la comisión.

Director Salas Chaves:

Yo se lo comenté a Gilberth el día que presentaron allá en la Unión Costarricense de Cámaras y Asociaciones del Sector Empresarial Privado (Uccaep), aquella vez que vine porque ellos en su recurso lo que plantean es que esto que cobramos aquí son impuestos. Es mucho más serio, lo que están tratando de demostrar es que aquí se cobran impuestos y que por ley de la República, los impuestos se aprueban únicamente en la Asamblea Legislativa y no en el noveno piso de este edificio.

Doctor Macaya Hayes:

Hay un movimiento a quitar esa potestad.

Subgerente Jurídico, Lic. Alfaro Morales:

Tal vez un comentario si me permiten de eso. La respuesta que se dio a ese planteamiento de ellos, que es un poco lo que vinieron a plantear acá también, es que lo que ha señalado sobre todo los tribunales de justicia, primero que todo hay una serie histórica de fallos de la Sala donde dicen que son cuotas, no les daban reconocimiento de impuestos en general, de tributos. Luego, la Sala por último dice que son una especie de tributo parafiscales, pero que no los homologa ni tienen nada que ver con los impuestos ordinarios, que sí van a una administración tributaria, a una caja única del Estado, sino que y eso es jurídicamente posible, que el legislador cree un impuesto parafiscal, por ejemplo, los timbres del Colegio de Abogados son una forma de impuesto parafiscal también, y así por el estilo, pero que pueden tener un fin específico y le pueden dar la potestad a la administración, para que ella lo disponga, como a bien entienda, dentro de la competencia que le da la ley. De manera que a los ojos de la Sala y según la respuesta que se brindó de la acción de inconstitucionalidad por parte de la Caja, no desnaturaliza las competencias que a la Caja le ha dado la ley. Ahora, aun cuando se entienda que es una especie de tributo parafiscal.

Director Devandas Brenes:

Sí, lo que pasa es que el monto del timbre fiscal o el timbre del Colegio lo fija la Asamblea Legislativa, no es el Colegio que dice que ahora el timbre vale tanto más o menos, el problema aquí es la tarifa.

Subgerente Jurídico, Lic. Alfaro Morales:

Sí, pero es que existe también la delegación legislativa y el legislador, en la Ley Constituya de la Caja le delegó a la Caja fijar ella la tarifa y eso existe.

Director Devandas Brenes:

Y además, ese es uno de los éxitos de la Caja, cuando en otros países no es el Parlamento el que fija las tarifas de la Caja, pero cómo, pero imagínese que sea aquí la Asamblea la que fije las cuotas de la Caja.

Directos Salas Chaves:

Porque es un impuesto general.

Doctor Macaya Hayes:

Volvamos a la Agenda.

Básicamente, tenemos las sesiones, las actas que hay que aprobar, un memorándum de entendimiento que tengo que presentarles, compras y ya le entramos al taller de sostenibilidad. Si no hay comentarios, seguimos adelante con la aprobación de las actas.

Por otra parte, el director Devandas Brenes solicita que se investigue con el Ministerio de Educación Pública lo referente al sistema de información utilizado por el personal para solicitar traslados de lugar de trabajo.

Por otro lado, se hace recordatorio a la Secretaria de la Junta Directiva, sobre el seguimiento de la definición del Director del Proyecto Plan de Innovación.

ARTICULO 3°

Se somete a consideración y aprobación las actas de las sesiones números 9053 y 9054.

A continuación, comentarios de las (os) señoras (es) Directores:

Directora Solís Umaña:

Yo quería decir del acta 9053, es que ese día se propusieron varias cosas por parte de nosotros, el Lic. Loría Chaves dijo que había que retomar el tema del Primer Nivel de Atención, yo dije que había que hacer un estudio de cargas de trabajo y Fabiola la implementación de lo que era la reestructuración, porque están reestructurando en un papel, pero uno no ve nada en eso. Después, se habló de la reestructuración que tenía que ir de acuerdo con lo que es la remodelación del edificio. Pero a lo que voy es que uno dice esas cosas, que yo creo que son temas que hay que trabajarlos, pero de ahí no pasan, están ahí escritos y entonces, lo que yo iba a proponer era a ver cómo nos juntamos, aquí será venir a trabajar los ocho días de la semana, por ejemplo, esto de la atención primaria yo no sé si lo están haciendo en algún lado, si la Gerencia Médica está abordando algo. Está haciendo algún plan para presentarlo, pero ayer y también, lo de la reestructuración.

Director Salas Chaves:

Y la Medicina Familiar.

Directora Solís Umaña:

Ahí va todo metido, en atención primaria se había hablado sobre los especialistas en familia, de que se hablara con las universidades para ver si los muchachos salen de una vez como en Canadá, y ver el currículum de los del Canadá y, también lo del segundo turno en atención primaria.

Dr. Cervantes Barrantes:

El Proyecto de Fortalecimiento: el problema que tuvimos fue que la Dra. Rocío Sánchez se enfermó y no era tan fácil conseguir a alguien con el perfil que ocupábamos, ya se nombró al Dr. Vega Martínez y ya está trabajando. Yo tuve sesión con él y en efecto, va caminando bastante. Ustedes saben que cuando uno llega nuevo tiene que leer todo lo que se hizo, son muchos documentos, tiene que revisarse todo y en ese proceso está, prácticamente, le falta como 25% para ya poder continuar y ahí va todo lo que es atención primaria, las redes, ahí va todo.

Director Steinvorh Steffen:

El Dr. Vega está coordinando muy bien con reestructuración y, entonces ya reestructuración está empezando, digamos, a llevar a la práctica el plan de reestructuración, entonces, la idea es darle prioridad a nivel de comisión a la parte también de atención primaria en reestructuración. Verdad, Fabiola.

Directora Abarca Jiménez:

Además, el equipo de reestructuración ya está trabajando en identificar aquellas personas que trabajan en Oficinas Centrales que quieran moverse, por ejemplo, que sean administrativos que requieran la nueva Torre del Calderón, para mover esa gente. Lo que sí es muy importante es que la gente que se mueva, el objetivo es no sustituir la plaza aquí. Pero el equipo de Julia está trabajando en eso, tiene una necesidad que necesita que le apruebe la Junta, pero después vendría acá del perfil de una plaza para poder seguir avanzando e identificando.

Director Devandas Brenes:

Yo vi una noticia del Ministerio de Educación Pública, establecieron un sistema en la página web para que los educadores puedan entre ellos ponerse de acuerdo para hacer traslados, porque puede ser que un educador que está en Pérez Zeledón viva en Naranjo y el de Naranjo (...). Pienso que en la Caja podrían pensarse de cómo hacer eso, eso le ayuda al funcionario, se economiza pasajes, descansa más, vive cerca de su comunidad, porque yo entiendo que en la Caja hay mucho de eso, gente que está nombrada en Turrialba, pero vive en Guadalupe. Entonces Recursos Humanos puede explorar ese proyecto del Ministerio de Educación.

Directora Abarca Jiménez:

Don Mario, ahora que el equipo de reestructuración está trabajando en eso, parece que hay mucho entusiasmo acá y más bien la gente se ha acercado para ver si se puede trasladar, pero eso hay que trabajarlo de la mano con Recursos Humanos.

Directora Devandas Brenes:

Que Recursos Humanos averigüe con el Ministerio de Educación, cuál es la plataforma en qué lo hicieron y a la de menos nos sirve.

Directora Solís Umaña:

Luego, en el acta 9053 en la página N° 63, está la pregunta sobre los dineros de compra del Hospital Nacional de Niños y el Ing. Peraza contesta que son cien millones de colones, para el terreno del Hospital México, parece que está malo, pues tendría que ser el Hospital de Niños. El doctor Macaya Hayes le da la palabra a doña Carolina.

Ing. Arguedas Vargas:

Para hacer un comentario sobre todos los aspectos que mencionaba la doctora, en esos asuntos que pidió la Junta, se les está dando seguimiento. Nada más para comentarles, el Dr. Cervantes está trabajando el reglamento de terceros y la parte de reestructuración está agendada en la sesión del

28 de octubre, entonces, la propuesta era el tema de reestructuración, pero también se puede ver el tema de servicios por terceros para poder agendarlos. Sobre el primer nivel, también, estuve conversando con el asesor del doctor Cervantes. Ortega y yo hablamos precisamente de lo que dijo el Dr. Cervantes del doctor que ya está a cargo del proyecto.

Continúa doña Carolina Arguedas: también, estuve hablando con la Dra. Lisa Vásquez una parte que el Dr. Macaya mencionaba de trabajar con la diputada Shirley Díaz para lo de aseguramiento de inmigrantes, que eso ya tiene un trabajo hecho, también, desde la Presidencia. Pero más que todo, para tranquilidad de la Junta, pues yo he estado ahí pendiente de darle seguimiento y mandar el correo.

Por otra parte, (sigue informando doña Carolina) hablé , también, con doña Gabriela sobre el asunto de don Christian de cómo se empata el reforzamiento del edificio con reestructuración y ella lo que me decía, es que es importante pues discutirlo con ustedes el tema, por el diseño que ya está contratado y los tiempos de ver cómo el proyecto se puede ir acompañando e integrar una cosa con la otra. Para que ustedes sepan, era solamente para comentarles que estuve trabajando, también, con la Gerencia General y la Presidencia.

El doctor Macaya Hayes le da la palabra a doña Fabiola.

Directora Abarca Jiménez:

Carolina, tenemos pendiente también que se nos informe quién va a ser el responsable del proyecto de Enterprise Resource Planning (ERP) y, también, lo del Fideicomiso darle seguimiento al Fideicomiso del Banco de Costa Rica.

Dr. Cervantes Barrantes:

Para el ERP se formó una comisión ya está trabajando, entonces, estamos esperando nada más ver con ellos, la necesidad de darles una plaza, que sea esa persona la que toma esa responsabilidad y con lo del Fideicomiso, hemos venido reuniéndonos cada mes, precisamente, antes nos reunimos. Igual, va caminando, la Unidad Administradora del Proyecto (UAP) presentó un cronograma y la realidad no nos pareció, se lo devolvimos vamos a revisarlo una vez que ellos lo readequen en la sesión. De momento puedo sí asegurarles que lo del Fideicomiso va caminando.

El doctor Macaya Hayes le da la palabra a don Mario.

Director Devandas Brenes:

A mí me interesa saber cómo vamos con riesgos porque, incluso, había que nombrar un comité de la Junta Directiva. Bueno, había que nombrar un comité y nombrar dos miembros de Junta en el comité y nombrar el equipo que iba a trabajar en eso. No sé si hemos avanzado y la otra cosa es el tema del sistema institucional de información, si hemos avanzado en eso, porque son dos temas desde el punto de vista fundamentales, no sé si el doctor sabe.

Dr. Cervantes Barrantes:

Riesgos, eso lo vamos a manejar con doña Julia Li, ahí no hemos avanzado tanto como en las otras, aunque ya la estructura y todo, en donde va a ir “E&Y”.

Director Devandas Brenes:

El sistema institucional de información, porque tenemos el EDUS produciendo y no tenemos el equipo que empiece a establecer los parámetros, digamos, por lo menos básicos para ir avanzando en tener un sistema que se tiene que aprovechar bien, toda la información. Incluso aprovecho y don Álvaro Salas lo conoce con Juancito, dice que viene en diciembre, que es especialista en “big data”, es un médico, habría que coordinar una charla, pero hay que coordinar con él.

Dr. Cervantes Barrantes:

Eso don Mario lo hemos peloteado, conversado, en la presentación que sigue viene un poquito de esto. Le llamamos inteligencia de negocio, investigación, le hemos puesto de todo, pero es un tema al que no estamos acostumbrados en la Institución y con el Dr. Macaya lo he hablado de cómo organizamos esta, que tiene que ser una oficina.

Director Devandas Brenes:

Fíjese que, incluso, con ese ERP, pongamos un supuesto tremendo, empieza a funcionar el ERP, generando una inmensa cantidad de información y tenemos el EDUS y no tenemos una unidad central y tenemos los retos de evaluación que, incluso, lo plantea la ley nueva. Estamos hablando de Gobierno Corporativo y no tenemos una base de apoyo, digamos para tomar decisiones con un buen sistema de información, entonces, yo sí creo que hay que darle una prioridad a esto.

Directora Jiménez Aguilar:

Otro tema que está pendiente es de imágenes médicas con el EDUS.

Dr. Cervantes Barrantes:

Lo que yo le pedí al equipo que está conmigo es que se sienten con Carolina, revisemos todo lo que hay en fila de Junta, para que hagamos aquí, una clasificación quitando lo urgente, todo lo que hay en fila para ver qué es lo que se va a presentar. Eso lo podemos hacer la próxima sesión, que es dilucidar cuál es el tema que más urge, porque hay una fila, inclusive, hablando con Carolina le decía, al igual que nos pusimos al día con las actas, hay que hacer lo mismo con los temas pendientes de Junta. Agarrar por lo menos los grandes temas y hacer una sesión extraordinaria de vez en cuando, para ponerse al día y empezar ojalá el año 2020, no de cero, pero más manejable, porque ahora hay una lista más grande.

Doctor Macaya Hayes:

Aprobamos las dos actas.

Nota: los puntos suspensivos (...) significan que una frase o palabra del audio no se comprendió o no se escuchó bien.

Se somete a consideración **y se aprueba** el acta de la sesión número 9053, con la salvedad de que las directoras Alfaro Murillo y Jiménez Aguilar y el director Devandas Brenes no participan de esta aprobación por cuanto no participaron en esa sesión.

Por otra parte, en cuanto al acta de la sesión número 9053, celebrada el 24 de setiembre del año en curso, la Directora Solís Umaña menciona los asuntos solicitados, cuál ha sido su seguimiento y control.

Por unanimidad, de los presentes **se aprueba** el acta de la sesión número 9054.

Ingresa al salón de sesiones la Arquitecta Gabriela Murillo, Gerente de Infraestructura y Tecnologías, el licenciado Manuel Rodríguez, la licenciada Carolina Cubero, asesora legal de la Presidencia Ejecutiva, licenciada Patricia Sánchez, Régimen no Contributivo y el doctor Mario Ruiz Cubillo, Gerente Médico.

ARTICULO 4°

El señor Presidente Ejecutivo se refiere al oficio N° PE-2661-2019, de fecha 15 de octubre del 2019, en el cual presenta el convenio “*Memorándum de entendimiento, a suscribirse entre el MICITT-CCSS-IMAS-SINIRUBE*”, sobre el proceso para desarrollar interoperabilidad de los sistemas de información.

La exposición está a cargo de la Licda. Carolina Cubero, con el apoyo de las siguientes láminas:

1)



2)



3)

4)

ANTECEDENTES

- En la actualidad existe un Convenio de Cooperación suscrito entre el IMAS, la CCSS y SINIRUBE, para el acceso e intercambio de información en el marco de la Ley 9137 de Creación del Sistema Nacional de Información y Registro Único de Beneficiarios del Estado.
- Su objeto es establecer el marco de coordinación de acciones que permitan garantizar el intercambio de información de las bases de datos del Sistema de Información de la Población Objetivo del IMAS (SIPO), del Sistema Nacional de Información y Registro Único de Beneficiarios del Estado (SINIRUBE) y del Sistema Integrado de Pensiones (SIP), Sistema Integrado de Ficha Familiar (SIF) y el Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE) de la CCSS.

5)

PROPUESTA DE MEMORÁNDUM

- Objeto.** Garantizar la articulación entre las instituciones suscribientes, para realizar las acciones necesarias a fin de lograr la interoperabilidad de los sistemas de información y comunicaciones de las partes **conforme al marco jurídico que resulte aplicable**.
- Se demuestra el interés de las partes en promover las **acciones para materializar** la Estrategia de Transformación Digital hacia la Costa Rica del Bicentenario 4.0 (2018-2022), así como Agenda de Digital Social como componente articulador de la Estrategia Puente al Desarrollo y sus componentes.

6)

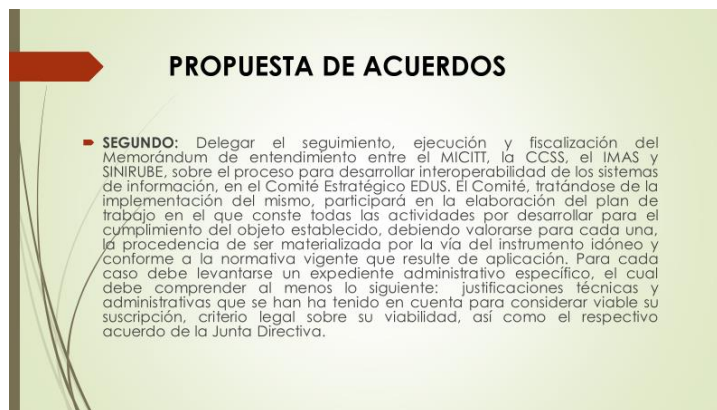
PROPUESTA DE MEMORÁNDUM

- Implementación:**
 - Las partes elaborarán un plan de trabajo en el que conste todas las actividades por desarrollar para el cumplimiento del objeto establecido.
 - Las actividades por implementar serán determinadas conjuntamente, sólo aquellas que lo ameriten deberán **formalizarse por escrito entre las partes mediante instrumentos idóneos conforme a la normativa vigente aplicable**, en los cuales se detallarán las obligaciones de las partes, según sea el caso.

7)

PROPUESTA DE ACUERDOS

- PRIMERO:** Autorizar al señor Román Macaya Hayes, Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social, para que firme el Memorándum de entendimiento entre el MICITT, la CCSS, el IMAS y SINIRUBE, sobre el proceso para desarrollar interoperabilidad de los sistemas de información.



Doctor Macaya Hayes:

Seguimos con el siguiente punto de la agenda que es un memorándum de entendimiento, a suscribirse entre el MICITT-CCSS-IMAS-SINIRUBE sobre el proceso a desarrollar en la interoperabilidad de los sistemas de información, es un memorándum de entendimiento, para crear el convenio ya más formal, es como una etapa previa, pero me pareció que cualquier cosa que toque acceso a datos debería venir aquí, porque es un tema muy sensible. Bienvenida Carolina.

Licda. Carolina Cubero:

Muy buenos días. La Presidencia Ejecutiva somete a conocimiento para aprobación por parte de los miembros de la Junta Directiva, una gestión que ha sido planteada por parte del MICITT-CCSS-IMAS y con SINIRUBE. La intención que ha sido planteada es suscribir entre las cuatro instituciones un memorándum de entendimiento sobre el proceso, para desarrollar la integralidad de los sistemas de información entre esas instituciones. El Ministerio de Ciencias, Tecnología y Comunicaciones de Costa Rica (MICITT), está promoviendo esta gestión al amparo de la estrategia de transformación digital hacia la Costa Rica del bicentenario 4.0. Esta iniciativa fue presentada por el Gobierno el año pasado en octubre, específicamente por don Carlos Alvarado y el señor Ministro del MICITT y Elberth Meléndez de Costa Rica Inteligente, donde hay una línea de acción, identificada por la plataforma de servicios digitales compartidos, siendo una de sus acciones, específicamente, integrar la operación y el intercambio de datos entre sistema sociales y de salud, como el Expediente Digital Único en Salud (EDUS) y el Sistema Nacional de Beneficiarios del Estado (SUNERUBE). Es importante dentro del contexto mencionar que la Caja, en la actualidad ya tiene un convenio, no un memorándum de entendimiento como el que se propone, ya se tiene un convenio de cooperación que fue suscrito, entre el Instituto Mixto de Ayuda Social y la Caja y SINERUBE, al amparo de la ley que crea el SINERUBE la Ley N° 9137. Este convenio fue suscrito por las instituciones el 20 de enero del 2017 y actualmente, se encuentra en ejecución. El objeto que tiene este convenio que se firmó en el año 2017, es generar un intercambio de información por parte del IMAS, que aporta contratos de equipo, por parte de la Caja aporta los datos del Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE) y del SIP (Sistema Integrado de Pensiones). A diferencia el memorándum que hoy se somete a conocimiento de ustedes, tiene como objeto hacer esa articulación entre las instituciones que son las mismas que ya participaron en el otro convenio, pero CONICITT con una intención nueva, que es sentarse a elaborar un plan de trabajo como número uno y cuando tengan ese plan de trabajo, formalizar aquellas actividades en

el instrumento que corresponde, conforme a la normativa vigente aplicable. En estos memorandos hay otro apartado donde la Caja fue muy específica en señalar que lo iba a hacer con la normativa aplicable, toda vez que aquí está la Ley de SENERUBE, la Ley de Protección de datos de los habitantes, entonces, en ese sentido es que va este memorándum.

Lic. Rodríguez Arce:

De acuerdo con lo que menciona Carolina, teníamos también de este memorándum de entendimiento, es que podamos generar colaboraciones conjuntas MICITT y la Caja, en temas como: el MICITT es el encargado en el país de establecer el modus de integración de todos los sistemas de información. Como algo biosimilar, incluso el de Estonia, que es una potencia mundial en gobierno digital, a partir de ahí, el MICITT lo que ha visualizado es que la Caja y el sistema de información que se visualiza en la Caja, es una enorme oportunidad de que como país, se empiecen a desarrollar esas acciones puntuales, para mejorar todo el tema de gobierno digital del país. Entonces, se habla incluso de apoyo conjunto visitas de expertos de otros países a mejorar estos temas, es una línea muy importante para nosotros. La idea es que si hay un acuerdo específico tiene que haber una línea de trabajo y los instrumentos jurídicos que acompañen esos planes, para resguardar ese aspecto de confidencialidad de la información que manejamos en la Institución.

Lic. Carolina Cubero:

¿Si hay alguna inquietud respecto de la propuesta de memorándum?

El doctor Macaya Hayes le da la palabra a don Mario.

Director Devandas Brenes:

Ya ustedes lo mencionaron, a mí me preocupa que el EDUS tiene mucha información confidencial, cuál es el alcance que tendrá eso. Hago la pregunta, ¿podrán saber en esas áreas el tratamiento que está recibiendo una persona? Porque ahí entran cosas muy confidenciales, eso me preocupa. El otro tema es ver si se puede aprovechar este espacio, para tratar de impulsar una inquietud que he planteado en otras oportunidades. Yo pienso que los asegurados por el Estado deberían ser incluidos en una planilla del IMAS. El IMAS debería, a los que asegura por el Estado, incluirlos en una planilla y remitirlos a la Caja, porque ahora resulta que es la Caja la que asegura a la gente en estado de pobreza. Entonces, la Caja es la que les hace el estudio social para ver si amerita, si no amerita, para ver si los asegura por el Estado y ahí empiezan a veces a surgir problemas de pago. Yo creo que con esto el IMAS debería hacer que a fulano de tal lo asegura el Estado, lo incluyo yo en una planilla, se lo paso a la Caja y sobre esa planilla paga lo que tenga que pagar y ver hasta dónde, la Caja sigue poniendo el trabajo social para hacer los estudios en las familias y eso, que tiene un costo importante. Yo sé que el IMAS no tiene toda la potencialidad en el territorio nacional, para hacer todo eso y la Caja sí, pero habría que ver si es posible avanzar en ese campo, porque simplificaría para la Caja mucho. Usted me dice que estos son los 100 asegurados y sobre esos paga, como si fuera un patrono que inscribe a sus asegurados. Eso es una inquietud, no se si podrá aprovecharse este espacio para hacerla avanzar.

El doctor Macaya Hayes le da la palabra a don Christian.

Director Steinvorth Steffen:

Relacionada con este tema, me parece que más y más tiene que haber una cooperación interinstitucional, por un lado para repartir las cargas y por otro lado, no todo lo puede asumir la Caja, hay cosas donde realmente, otras instituciones pueden colaborar y por ley posiblemente tengan esa potestad y uno de esos, por ejemplo, es nutrición. Entiendo que es una potestad del Ministerio de Salud y que si el Ministerio de Salud se encarga realmente, o se coordina con la Caja con relación a nutrición, con una sana nutrición, la cantidad a largo plazo de casos que lleguen a la Caja, posiblemente, van a ser menores o menos graves. Entonces, me parece que todo esto habría que verlo como dentro esa cooperación interinstitucional que debe existir entre la Caja y las otras instituciones.

Arq. Murillo Jenkins:

El tema este es, básicamente, un poco porque cuando se habla de integralidad, es que entre diferentes sistemas de información ya no internos de la Caja, sino a nivel de instituciones los sistemas se hablen, para qué, para que el ciudadano no tenga que hacer el que tenga que andar jalando papeles, o a veces le piden un papel y se lo piden en cuatro instituciones más, o cinco instituciones más. Entonces, desde ese punto de vista esto tiene esa lógica, se llama interoperabilidad, ese trasiego de información, claro que se trasiega y cómo, eso ya es una definición específica, porque no es lo mismo y, por ejemplo, yo entiendo a don Mario, el tema es qué se transfiere y de qué manera y quién autoriza qué. No es lo mismo pasar datos que se llaman nominales que es con nombre y apellido, digamos, a que alguien tenga acceso a mi expediente y sepan qué me pasó a mí y qué no me pasó, y otra es lo que se llama pasar datos agregados, es decir, cuántas personas en tal estado y yo me acuerdo de que la Dra. Sáenz era muy celosa en ese tema. Uno podía transferir datos agregados y datos nominales, solo cuando hay una ley que autoriza, por ejemplo, el Ministerio de Salud en caso de una epidemia que pueda entrarle. Entonces, eso no se está discutiendo ahora, o sea, que se les va a dar carta blanca a todos los datos no, lo que dice ahí es que nos vamos a sentar a hacer esa definición de cuáles datos se van a entregar, cómo y de qué manera; incluso, si la misma Junta Directiva quisiera ver cuál sería la propuesta final se podría filtrar por aquí, perfectamente. Pero lo que se está haciendo es que nos vamos a sentar para hacer un plan de trabajo y empezar a definir qué es lo que ocupan y cómo lo requieren y lo otro, es si realmente nosotros lo podemos entregar de la manera que ellos requieren, o que la Caja si le ha dicho muchas veces no a mucha gente, a otras por la ley ha tendido que decirles que sí. Pero sí hay que tener mucho cuidado, porque sí somos los guardianes de esa información que, además, de valiosa equivale a un montón de plata para mucha gente insensible y que podría derivar en responsabilidades para la Caja. Entonces, si nos está definiendo qué se entrega y cómo, si no eso se va a hacer en un trabajo entre ambas, básicamente, es como que nos sentemos a definir ese plan de trabajo, como digo para mayor tranquilidad, pienso yo de la propia Caja y de los señores de la Junta podríamos que ese propuesta final, se va a entregar y cómo sea presentada a Junta de previo a que haya ya un consenso, o ese acuerdo final sea sometido a aprobación de Junta, eso podría ser una opción.

Director Steinvorth Steffen:

Una pregunta, ¿qué gana la Caja?

Dr. Ruiz Cubillo:

Básicamente, la información que nos puede aportar el IMAS, complementando a los Asistentes Técnicos de Atención Primaria (ATAP).

Ing. Rodríguez Arce:

La idea de SINURIBE lo que hace es obligar a la institución del sector social, a aportar (...) por ejemplo, el Patronato Nacional de la Infancia (PANI), los Centros Infantiles de Atención Integral (CEN-CINAI) y otras instituciones. Entonces, como tener un convenio SINERUBE de esta información, podríamos nosotros tener algunos datos que nos interesen, como decía el doctor, para seguimiento de algunos pacientes específicos, e incluso para información táctica con base en el SINERUBE.

El doctor Macaya Hayes le da la palabra al Dr. Cervantes.

Dr. Cervantes Barrantes:

A mí me parece muy importante lo que dice don Mario, también, quiero indicar que ya estamos usando SINERUBE, esto porque hace poquito me tocó un caso ahí que llevaron a la Gerencia y para pensión del Régimen no Contributivo (RNC) decía claramente en la resolución, “revisada la base SINERUBE usted tiene red de apoyo y no califica en los estándares de pobreza”. La resolución no iba ya con el estudio de la Caja, sino sobre la base de SINERUBE y en cambio lo que usted dice, pareciera que esto podría ser más ventajoso todavía, porque cuando se dé el aspecto legal, le vamos a decir, no mire, por qué no, mire por qué no nos pasamos a SINERUBE. Hay que ir a batallar con ellos, porque ellos califican pobreza o no pobreza. Igual para asegurados por el Estado no tanto que los califique el IMAS, sino que con esa base nosotros de plano podemos decir, aquí ustedes no aparecen como pobres, vaya al IMAS y arregle esa situación. Entonces, yo sí creo que se abre una serie de probabilidades para la Institución con esta Red, pero hay mucho que hacer.

Dr. Ruiz Cubillo:

Otro ejemplo y esto tiene que ver, inclusive, con sostenibilidad y va a haber más ejemplos y, posiblemente, como lo decía el Dr. Cervantes hay cosas que ni siquiera estamos viendo que van a pasar. Con el Proyecto Mesoamérica -cuando se inició la captación de los pacientes adolescentes- se dieron cuenta que las adolescentes no estaban llegando a la consulta, inclusive, se les había dado un control más y esa consulta, es una consulta que se bloqueaba en teoría para trabajar en San José y no se le estaba dando atención a otras personas; inclusive, hubo comunidades y médicos o empresarios quienes cuestionaron eso, porque estaban bloqueando cupos que no se usaban. Entonces, se cambió la estrategia y el personal de la Institución en conjunto con el personal del Ministerio de Educación Pública (MEP), comenzó a que se aplicaran los cuestionarios en los colegios y la respuesta fue del 80% a 90%, porque llegaban y aplicaban el cuestionario entre todos, entonces, una muchacha en condición de riesgo veía que la amiga también lo estaba llenando, ya no le daba pena cogerlo y se logró captar toda esa información. Eso para nosotros significó que el programa fue exitoso y si uno se pone a ver que nosotros podemos utilizar información del MEP, por así decirlo, para alimentar nuestras bases de datos, e identificar los pacientes de riesgo, nosotros podemos focalizar la consulta específicamente a esa paciente y ya no la tenemos que ver en la consulta nosotros, sino que ahí mismo se está diciendo esa paciente, es una paciente en riesgo.

Hacia eso es que nos conduce, a una precisión con un roce social para identificar pacientes en riesgo, entonces, tiene que existir una relación interinstitucional.

El doctor Macaya Hayes le da la palabra a don Ólger.

Lic. Sánchez Carrillo:

Sí, desde la perspectiva de Auditoría y control, a nosotros nos parece que la iniciativa es muy importante, porque con alguna recurrencia, sí hemos encontrado casos de beneficiarios del RNC, que a la vez reciben también, un beneficio del IMAS. Este tipo de situaciones podrían de alguna manera detectarse oportunamente, a través de estos procesos de vinculación y de interoperabilidad entre los sistemas que maneja la Institución y los sistemas que maneja el IMAS, de tal manera que también le permita dar un orden a los programas de asistencia social del Estado y que también, exista una articulación entre las diferentes instituciones del Estado que promueven programas de asistencia social. Finalmente, incluso, me parece importante que este tipo de iniciativas se extiendan hacia el mismo Tribunal Supremo de Elecciones (TSE), con la huella digital como se dijo, pero también al Registro Civil para el tema de defunciones, porque también con alguna frecuencia hemos encontrado casos de beneficiarios que han fallecido y la pensión no se corta de manera inmediata, sino que sigue la pensión otorgándose y lo cual, obviamente, genera un riesgo que la Institución esté siendo afectada desde el punto de vista patrimonial. De tal manera, me parece que estos esfuerzos van a ver línea, incluso, de las políticas de Estado que los tres grandes componentes, uno lo que es Gobierno abierto, otro que es gobierno digital y el tercer elemento lo que es el elemento de vinculación interinstitucional entre los entes del Estado.

El doctor Macaya Hayes le da la palabra a doña Maritza.

Directora Jiménez Aguilar:

Lo que quiero decir es que me parece que todos vemos positivo el inicio de esta relación, nada más que teniendo mucho cuidado con el tema del manejo de la información, porque es innegable que cada vez más, las bases de datos sobre todo en instituciones relacionadas tienen que estar interconectadas. Entonces, lo que quiero decir es que es el arranque, demos más tiempo para cuando nos traigan más detalle de la información que se va a compartir, lo que necesitamos ahorita es dar el visto bueno para el arranque y con la advertencia -que me imagino todos los que están en el equipo lo tienen claro- de que el manejo de la información tiene que ser muy cuidadoso.

El doctor Macaya Hayes le da la palabra a don Christian.

Director Steinvorth Steffen:

Quiero aprovechar, pues creo que el doctor Ruiz tiene muy claro las ventajas de trabajar conjuntamente con otras instituciones y es que esta semana hemos estado hablando sobre la posibilidad de hacer un plan piloto en alguna comunidad con ancianos, trabajando en huertas caseras, por decirlo de alguna forma. Entonces, habría que coordinar con el Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG) ese tipo de iniciativas, cómo se coordinaría con el MAG, porque cada vez hay más instituciones con las cuales hay que colaborar. Habría que hacerlo desde una oficina centralizada en coordinación o cómo se haría.

Dr. Ruiz Cubillo:

Probablemente el MAG o ver la iniciativa de lo que se quiere hacer y hay varias alternativas, antes se enviaba y la Presidencia lo trasladaba al comité o indiferentemente, también, se ha hecho a través de las Gerencias. ¿Sería para definir qué cultivar o para qué?

Director Steinvorth Steffen:

Es para que los ancianos estén activos haciendo alguna labor.

Dr. Ruiz Cubillo:

“Ok”, de adulto mayor, hay una unidad de adulto mayor.

El doctor Macaya Hayes le da la palabra a la Dra. Solís.

Directora Solís Umaña:

Esto me parece increíble, lástima que se está haciendo hasta ahora en el 2019, porque sé que es un programa, pero es muy importante, imagínese la cantidad de ancianos que se van a ver favorecidos por esto, aunque por aquí don Ólger dijo que recibían dos ayudas, en realidad yo creo que ochenta mil colones y cuánto es lo que le da el IMAS, es tan poco que eso es una “Alka Seltzer” en el océano, para un anciano que vive todavía con su esposa o su esposo. Pero sí va a ser muy importante, la alimentación de esto va a ser cada Institución y qué tan actualizado va a estar, porque conociéndonos como somos que todo es a largo plazo, qué tan actualizada va a estar en el sistema la información.

Licda. Carolina Cubero:

Yo creo que para hacer la consulta, podría referirse alguno de los compañeros del convenio que está en digital, porque esto es apenas un memorándum, como una carta de intención que no se ha firmado todavía, pero ya la Caja tiene un convenio donde la Caja, aporta información de SICERE, el IMAS aporta el Sistema de Información de la Población Objetivo (SIPO), ya tenemos dos años de estar en el convenio.

Lic. Rivera Cordero:

Buenos días. (...) se tiene que saber qué existe: uno es qué existe ya y otro es qué es lo que el memorando trata. Existe un reglamento, una ley y todo ese tipo de cosas, donde mensualmente se está trasladando información y mensualmente, también, porque diariamente por parte de la Caja sale información, que a través del convenio se establece. Entonces, la información tiene que estar coordinada en función de que la información que va y regresa que usa las diferentes partes, esa información, mensualmente se traslada entre instituciones. La información se ha estado trabajando durante varios meses y ya tiene dos años, a nivel de gestión se está trabajando. El memorándum ya con la participación, en este caso de la Institución haya una facturación más abierta de otras instituciones a nivel del país, que de alguna otra forma, eso para efectos de compartir información conviene, para efectos de toma de decisiones, etc. Pero sí estoy de acuerdo con todo lo que han

dicho en función del cuidado de la información que se traslada, qué pasa en esos niveles, porque hay información confidencial, información sensible, etc., etc. Entonces, lo que vamos a iniciar es un proceso de conversaciones, de inicio de un plan de trabajo para empezar a dialogar sobre el tema y a definir ya estrategias y ya empezar a ver cómo se podría gestionar información de intercambiabilidad (...) entre las instituciones. Pero parece que eso es el inicio de un esquema de trabajo, donde se define también, el manejo de la información, pero a nivel de la Caja ya existe con ellos alguna experiencia en el manejo de esta información. Que obviamente nosotros a nivel de institución se tiene que definir la información que se quiere proteger y se utilice en la toma de decisiones, también, con la información que otras instituciones puedan proveer.

El doctor Macaya Hayes le da la palabra al doctor Salas.

Director Salas Chaves:

A mí me parece muy importante la coordinación, pero me preocupa eso que dice el señor auditor, porque resulta que en el mundo entero, asistí a una reunión en Washington en el Banco Mundial sobre el tema de la pobreza, y resulta que no hay ningún ejemplo, así consistente en disminución de la pobreza. Se hacen esfuerzos y esfuerzos y aquella cosa es tremenda, entonces, hicieron una reunión para ver por qué no funcionaba. Buenos, el primer dato es que el 60% de todos los recursos para la pobreza se va en esto: conectarse a sistemas, edificios, personal, recursos, carro de todo, eso es el 60% de todo el dinero, se va en lo que es infraestructura para llegarle al pobre. El otro elemento muy importante, es que una vez que está interconectado, yo me sé eso que dice el señor auditor, entonces, el señor recibe una pensión del RNC, ya no hay que darle nada más, eso es lo que el Estado le va a dar y esa es la pensión y ya. O el señor tiene un cuarto de terreno de manzana allá que aparece en el Registro de la Propiedad y como está conectado, aparece inmediatamente: ya no es pobre, tiene una propiedad y si le empieza a aparecer una información de ese tipo hace que la persona pobre, efectivamente, no lo va a recibir nunca, porque resulta que de acuerdo con los criterios de la definición de pobreza no los cumple. Entonces, estamos fatal, le estamos quitándole la posibilidad de salir de pobre, porque la idea no es quedarse como pobre, la idea es salir de pobre, no sé si me explico, si ya me dan una pensión del RNC, si además el IMAS me da una ayuda para no sé qué, si el otro no ya con eso. Como dice la doctora, entre todos no llega a doscientos mil pesos y resulta que esa persona no saldrá de pobre nunca, seguirá de pobre siempre. Lo que se busca es al revés, la coordinación interinstitucional para sacar de pobre a la persona e incorporarla al sector productivo. ¿Cómo se incorpora la persona al sector productivo? Bueno, con lo que el IMAS está discutiendo hoy en todo el día. Hoy están haciendo un esfuerzo enorme con todos los sectores, con el objeto de poder ver de qué forma se le puede llegar a la gente para que, efectivamente, pueda ascender dentro de la escala en lo económico- social y poder efectivamente, tener la posibilidad de ser un día un trabajador que pueda tener una empresita, que pueda tener un negocito que pueda poner a sus hijos en el sistema educativo, porque la educación es el movilizador social más grande la historia, no se conoce otro. Si uno quiere que salga de pobre lo educa y él solo va a salir adelante, pero si nosotros no le damos las condiciones para que pueda salir de pobre, nunca va a salir y seguirá haciendo fila en el IMAS, en la Caja, en el RNC, eternamente. Entonces, me parece que los reglamentos que, finalmente, se lleguen a acordar con esta propuesta, porque es una propuesta todavía, yo la vi cuando la anunciaron ayer o antier, se tenga claramente ese tema en cuenta, porque de lo contrario no vamos a resolver un tema tan importante, sobre todo teniendo en cuenta que aquí la pobreza crece, está creciendo y muy pronto se va a anunciar que está creciendo. Entonces, lo que queremos es que, efectivamente, no crezca

más, sino que esas personas puedan ascender dentro de la escala social, no porque estén recibiendo la pensión del RNC, ya no, ya no es pobre, de acuerdo. Gracias.

Doctor Macaya Hayes:

Cerramos con esto, uno más.

Director Devandas Brenes:

Informar que los Reglamentos del RNC los revisamos y se adecuaron a todas las cosas, para que se tomaran en cuenta esos aspectos, efectivamente, existía incluso una cuestión que si una persona tenía un nicho en el cementerio era una propiedad, entonces, no le daban la pensión porque tenía una propiedad. Buenos, pero sí se adecuó el tamaño en las zonas rurales, se hizo un cambio en el Reglamento importante, ojalá que esto, Presidente y compañeros, que se quiere hacer, se aplique dentro de la Caja, porque resulta que una persona va a pedir una pensión por invalidez y en la Gerencia de Pensiones le mandan a que traiga la epicrisis. Entonces, la persona tiene que ir al lugar donde lo atienden a pedir una epicrisis, para presentarla en la Gerencia de Pensiones, o sea, no tenemos la intercomunicación a lo interior de la misma Institución, ojalá que esto se corrija.

Doctor Macaya Hayes:

Dr. Solís y con esto terminamos.

Directora Solís Umaña:

Con respecto de lo que dice el Dr. Salas no me puedo quedar callada, resulta que ayer me llamaron de un lugar que se llama (...) de Puriscal, que es la carretera que van a hacer, entre Puriscal y Parrita, entonces, parece que ahí hay un grupo de ancianos, porque ahora que dicen que la pobreza nunca se va a acabar y entre más envejecemos vamos a ser más pobres, porque en realidad las pensiones no son tan sustantivas como uno quisiera, a pesar de que esta Institución da muchas cosas, no llena las necesidades que uno necesita como viejo. Resulta que hay un grupo de ancianos que no tienen pensión y ni tienen seguro y digo yo, cómo es eso, se supone que el Estado los asegura, resulta que es que tienen fincas, pero ya son ancianos muy viejos, entonces, no las pueden ver y los hijos salieron soplados de ahí, a lo mejor están haciendo aquí cordones de pobreza, también, en las ciudades, porque no les gusta el campo. Entonces, tienen una finca grandísima, que nadie se las compra y que no produce nada, entonces, qué interesante lo que es la repartición de pensiones, porque tiene un pedacillo en el cementerio, el Estado cree que uno es millonario. Entonces yo creo que en eso si hay que tener mucho cuidado y vamos a ser más pobres, más pobreza, porque estamos envejeciendo.

El doctor Macaya Hayes le da la palabra a don José Luis.

Director Loría Chaves:

Nada más, el país está en una situación donde la estructura productiva no corresponde, tenemos 45% de informalidad, tenemos un 16% de desempleo y si sumamos (...) y la desigualdad que está creciendo terriblemente en el país. A mí este proyecto lo que me gusta no es tanto lo que se ve hoy,

sino lo que se va a haber mañana, es decir, hemos hablado acá de la necesidad de tener una integralidad de las acciones del Estado respecto de la pobreza y respecto de la salud, es más, hemos dicho que ya la Caja no puede sola con todo, entonces, yo esto que estoy viendo no lo veo hoy, lo estoy viendo para cinco, diez años donde todas estas acciones que tenemos que juntar con las instituciones del Estado y los gobiernos locales y todo eso, vayan caminando, es decir, yo no estoy viendo este tema puntual. Esto es un avance muy importante para el cruce de datos, para el cruce de información, para mejor diagnosticar las necesidades, pero yo más bien lo estoy viendo a futuro, esa posición que hemos tenido y ahora con el Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM), todo esto tiene que orientarnos a hacer del Seguro Social un tema país, donde todas las instituciones se junten y las fuerzas vivas de las comunidades, para poder salir adelante con todo esto. Básicamente, eso lo veo así.

Ing. Rodríguez Arce:

Nada más para complementar de hecho ayer anunciamos que a través del APP, los usuarios pueden ver la información de pensiones, tanto pensionados como usuarios externos. Bueno, (...) es un trabajo que se hace para integrar información interna. En este caso, por ejemplo, la plataforma de servicios tiene 80.000 usuarios externos en el tema de pensiones, entonces, el APP ya puede manejar 360.000 personas y se tiene una visión un poquito más integral, no solo de Salud, sino que está todo lo de salud y el Régimen de Pensiones. Estamos trabajando también bajo una línea, para poder expandir la memoria y hacer la integración de la información.

Director Devandas Brenes:

¿Lo de pensiones se integra con el EDUS?

Ing. Rodríguez Arce:

Sí, en el APP del EDUS que ya lo aplicamos el 19 de noviembre, se ve también la información para pensiones.

Director Devandas Brenes

La semana pasada, gente que llega para pedir pensiones por invalidez, tiene que traer una epicrisis.

Doctor Macaya Hayes:

Vamos a los acuerdos.

Licda. Carolina Cubero:

Primer acuerdo: autorizar al señor Román Macaya Hayes, Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social para que firme el Memorándum de entendimiento entre el MICITT, la CCSS, el IMAS y SINIRUBE, sobre el proceso para desarrollar interoperabilidad de los sistemas de información. Acuerdo segundo: Delegar el seguimiento, ejecución y fiscalización del Memorándum de entendimiento entre el MICITT, la CCSS, el IMAS y SINERUBE, sobre el proceso para desarrollar interoperabilidad de los sistemas de información, en el Comité Estratégico

EDUS. El Comité, tratándose de la implementación del mismo, participar en la elaboración del plan de trabajo en el que conste todas las actividades por desarrollar para el cumplimiento del objeto establecido, debiendo valorarse para cada una la procedencia de ser materializada, por la vía del instrumento idóneo y conforme a la normativa vigente que resulte de aplicación. Para cada caso debe levantarse un expediente administrativo específico, el cual debe comprender al menos lo siguiente: justificaciones técnicas y administrativas que se han tenido en cuenta para considerar viable su suscripción, criterio legal sobre su viabilidad, así como el respectivo acuerdo de la Junta Directiva.

Doctor Macaya Hayes:

¿Algún comentario sobre los dos acuerdos? Bueno, si no hay más procedemos a votar.

Dr. Devandas Brenes.

¿A partir de cuándo?

Licda. Carolina Cubero:

A partir del plan de trabajo se dispone a hacer un listado de actividades, entonces, para cada uno se debe determinar si el memorándum como tal es suficiente, por ejemplo, (...) que nos dio el MICITT nos dijo si yo quiero capacitar gente en la Caja, no voy a hacer específicamente un instrumento para ello. Sin embargo, si ya implica una entrega de información específica ahí se tiene que generar un convenio y ese convenio tiene que contar con esa viabilidad.

Director Devandas Brenes:

Este es un memorándum de entendimiento para firmar un convenio.

Licda. Carolina Cubero:

Eventual convenio, porque puede ser más de uno.

Director Devandas Brenes:

Ese convenio, quién firma. Ahí no dice.

Licda. Carolina Cubero:

Sí, señor ahí lo indica.

Director Devandas Brenes:

Sí, ahí se indica, muchas gracias.

Nota: los puntos suspensivos (...) significan que una frase o palabra del audio no se comprendió o no se escuchó bien.

Por consiguiente, conocido el oficio N° PE-2661-2019, de fecha 15 de octubre del 2019, que firma el señor Presidente Ejecutivo que, en lo conducente, literalmente dice:

“Reciban un respetuoso saludo. Se ha recibido el oficio MICITT-DGD-OF-143-2019 de fecha 11 de octubre del 2019, suscrito por el Sr. Jorge Mora Flores, Director de Gobernanza Digital del Ministerio de Ciencia, Tecnología y Telecomunicaciones, mediante el cual remite para conocimiento y valoración, el memorándum de entendimiento descrito en el asunto de este oficio.

La iniciativa del acuerdo de colaboración que se materializa en el memorándum, conforme a lo señalado en el oficio MICITT-DGD-OF-143-2019 se inspira en la Estrategia de Transformación Digital hacia la Costa Rica del Bicentenario 4.0 (2018-2022), en el Eje Costa Rica Inteligente, que tiene una línea de acción identificada como plataforma de servicios digitales compartidos, siendo una de sus acciones el “*Integrar la operación y el intercambio de datos en sistemas sociales y de salud tales como el Expediente Digital Único en Salud (EDUS) y Sistema Nacional de Información y Registro Único de Beneficiarios del Estado (SINIRUBE)*”.

En virtud del interés manifestado por los representantes de las distintas autoridades involucradas, se prevé su firma para el próximo viernes 18 de octubre. Por ello, se considera que el mismo sea agendado para la sesión de Junta Directiva del próximo 17 de octubre, en el apartado de la Presidencia Ejecutiva, siendo que la exposición del tema estará a cargo de esta Presidencia, junto con el Dr. Mario Ruiz de la Gerencia Médica y el Ing. Manuel Rodríguez Arce, ambos del Comité Estratégico del EDUS.

- **ANTECEDENTES**

De seguido se describen las acciones y oficios que respaldan el memorándum referido:

- i) El 16 de octubre de 2018, el Presidente de la República, Carlos Alvarado Quesada y el Ministro de Ciencia, Tecnología y Telecomunicaciones (MICITT) Luis Adrián Salazar Solís, presentaron la Estrategia de Transformación Digital de Costa Rica.
- ii) En la Estrategia de Transformación Digital hacia la Costa Rica del Bicentenario 4.0 (2018-2022), en el Eje Costa Rica Inteligente, se establece una línea de acción identificada como plataforma de servicios digitales compartidos, siendo una de sus acciones el “*Integrar la operación y el intercambio de datos en sistemas sociales y de salud tales como el Expediente Digital Único en Salud (EDUS) y Sistema Nacional de Información y Registro Único de Beneficiarios del Estado (SINIRUBE)*”. El documento Estrategia de Transformación Digital hacia la Costa Rica del Bicentenario 4.0 (2018-2022), se encuentra disponible en <https://bit.ly/2QSOOnS>
- iii) El 07 de octubre de 2019, el encargado del Expediente Digital único en Salud (EDUS), Sr. Manuel Rodríguez Arce, funcionario de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, comunica vía correo electrónico a la Presidencia Ejecutiva, que fue contactado por parte del MICITT y del Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) afín

de comunicarle que en el contexto de la Estrategia Puente al Desarrollo, así como la Estrategia de Transformación Digital 4.0, se impulsa la suscripción de un “Memorándum de Entendimiento”, cuyo alcance según indica es general y tiene como eje la integración e interoperabilidad del EDUS con el SINIRUBE, así como acciones complementarias, como parte de la Agenda Social Digital.

- iv) El 13 de octubre de 2019, a solicitud de las autoridades del IMAS y del MICITT se celebró una reunión en el despacho de la Presidencia Ejecutiva de la CCSS, a petición del IMAS y del MICITT, con el objetivo de conocer la iniciativa de memorándum. En dicho encuentro estuvieron presentes las siguientes personas: Por parte del MICITT: Sr. Roberto Lemaitre Picado y Sr. Jorge Mora Flores. Por parte del IMAS: Sr. Javier Antonio Vives Blen. Por parte de la CCSS: Sra. Mayra Acevedo Matamoros, Sra. Carolina Cubero Fernández, Sr. Andrés Madriz Montero, Sr. Manuel Rodríguez Arce y Sr. Mario Ruiz Cubillo.
- v) El 14 de octubre de 2019, la Presidencia Ejecutiva recibe el oficio MICITT-DGD-OF-143-2019 por medio del cual se remite propuesta de memorándum de entendimiento entre el MICITT, la CCSS, el IMAS y el SINIRUBE sobre el proceso para desarrollar interoperabilidad de los sistemas de información.
- vi) Por medio del oficio DJ-5745-2019 del 14 de octubre de 2019, la Dirección Jurídica concede el visto bueno al Memorándum de Entendimiento entre la CCSS, MICITT, IMAS y SINIRUBE antes descrito. Se señala en el oficio DJ-5745-2019 lo siguiente:

“ (...) De la lectura del documento se desprende que existe un interés común de establecer un acuerdo de colaboración para integrar la operación y el intercambio de datos en sistemas sociales y de salud, tales como el Expediente Digital Único en Salud (EDUS) y el Sistema Nacional de Información y Registro Único de Beneficiarios del Estado (SINIRUBE), sustentado en la Estrategia de Transformación Digital hacia la Costa Rica del Bicentenario 4.0 (2018-2022), en el Eje Costa Rica Inteligente, que tiene una línea de acción identificada como plataforma de servicios digitales compartidos.

Considerando que para implementar lo anterior, el Memorándum únicamente establece el compromiso de elaborar un plan de trabajo a futuro en el que conste todas las actividades por desarrollar y el detalle de las obligaciones de las partes suscribiente (las cuales además, serán determinadas conjuntamente y formalizadas según los requerimientos legales que se requieran), esta Dirección Jurídica no encuentra desde el punto de vista estrictamente jurídico, impedimento alguno para que las autoridades institucionales muestren su anuencia de suscribir el Memorándum en estudio”.
- vii) Por medio del oficio PE-2659-2019 del 15 de octubre de 2019, se solicitó al Dr. Mario Ruiz Cubillo, Gerente Médico, emitir sus observaciones respecto al contenido del memorándum de entendimiento referido.
- viii) La Gerencia Médica mediante oficio GM-AG-13661-2019, atendió la solicitud realizada vía oficio PE-2659-2019, indicando lo siguiente:

“(…) desde el ámbito de competencias de la Gerencia Médica no se tienen observaciones al contenido de la propuesta de memorándum remitida, dado que, lo pretendido por las partes es “garantizar la articulación entre las instituciones suscribientes, para realizar las acciones necesarias a fin de lograr la interoperabilidad de los sistemas de información y comunicaciones de las partes conforme al marco jurídico que resulte aplicable”, todo lo cual según, establece el mismo memorándum, se realizará mediante “actividades por implementar”, que “serán determinadas conjuntamente, sólo aquellas que lo ameriten deberán formalizarse por escrito entre las partes mediante instrumentos idóneos conforme a la normativa vigente aplicable, en los cuales se detallarán las obligaciones de las partes, según sea el caso”.

- **DIFERENCIA ENTRE DOCUMENTOS**

Se considera importante señalar que en fecha 20 de enero de 2017, se suscribió un Convenio de Cooperación entre el IMAS, la CCSS y SINIRUBE, para el acceso e intercambio de información en el marco de la Ley 9137 de Creación del Sistema Nacional de Información y Registro único de Beneficiarios del Estado.

En las cláusulas PRIMERA y SEGUNDA del citado convenio se indica lo siguiente:

“PRIMERA: Del objeto:

El presente Convenio tiene como objeto, establecer el marco de coordinación de acciones que permitan garantizar el intercambio de información de las bases de datos del Sistema de Información de la Población Objetivo del IMAS (SIPO), del Sistema Nacional de Información y Registro único de Beneficiarios del Estado (SINIRUBE) y del Sistema Integrado de Pensiones (SIP), Sistema Integrado de Ficha Familiar (SIFF) y el Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE) de la CCSS.

SEGUNDA: Del tipo de información a intercambiar.

Por medio del acceso al SIP, el IMAS y SINIRUBE podrán obtener los montos de las pensiones que se pagan a las personas beneficiadas del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) y el Régimen no Contributivo (RNC). En el caso de las personas beneficiarias del RNC, el IMAS y SINIRUBE también podrán obtener información socioeconómica que consta en los registros de las personas beneficiarias.

Al acceder al SIFF, el IMAS y SINIRUBE podrán obtener información referente a las viviendas (ubicación, zona, tenencia, tipo de vivienda, material y estado del piso, techo y paredes; cielo raso, tipo de riesgo, número de aposentos, número de dormitorios, cocina, energía que utiliza, electricidad, empresa que provee electricidad, tipo de abastecimiento de agua, empresa proveedora de servicio de agua, baño, disposición de excretas, disposición de basuras, equipos y la tenencia de internet). Así como información referente a las personas ocupantes de la casa (datos de identificación, relación con la jefatura de hogar, sexo, estado civil, nacionalidad, nivel educativo, capacitaciones, edad, condición de aseguramiento, condición de actividad, estabilidad en el empleo, la existencia o no de violencia intrafamiliar, personas con discapacidad, ocupación, duración de desempleo, categoría ocupacional). En caso de que la ficha

familiar sea actualizada y se incorporen otras variables socioeconómicas, el IMAS tendrá acceso a esa información, siempre que esa información no sea vinculada con la condición de salud de las personas.

Mediante el acceso a SICERE, el IMAS y SINIRUBE podrán obtener datos de identificación de la persona, el nombre del patrono, la ocupación y jornada laboral declaradas, el tipo de aseguramiento, así como el ingreso declarado mensual.

Por su parte, por medio del acceso al SINIRUBE y al SIPO, la CCSS podrá obtener datos relativos a la condición de pobreza o pobreza extrema de la persona solicitante y su grupo familiar, y a la población beneficiaria de los diferentes programas sociales del Estado en cuanto a monto, duración y tipo de beneficio.

Las partes de este convenio serán las encargadas de definir los mecanismos bajo los cuales se realizará el intercambio, tomando en consideración las capacidades tecnológicas de cada entidad y los aspectos de seguridad que correspondan según el medio a convenir; sin perjuicio de que en caso de considerarlo necesario se propongan cartas de entendimiento para definir aspectos de mayor especificidad”.

Asimismo, en la Cláusula Séptima de dicho Convenio, la CCSS designa a la Jefatura del Área Gestión Pensiones Régimen No Contributivo, a quien funja como titular de la Dirección del Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE) y al titular de la Dirección del Proyecto Expediente Digital Único en Salud (EDUS), como personas encargadas del seguimiento al cumplimiento de las obligaciones, términos y condiciones del Convenio, cada uno en el sistema de su competencia.

Por su parte, el memorándum de entendimiento que hoy se remite, sujeto a aprobación de la Junta Directiva se promueve en el seno de la Agenda Digital Social, la Estrategia Puente al Desarrollo y la Estrategia de Transformación Digital hacia la Costa Rica del Bicentenario 4.0 (2018-2022) dentro de la línea de acción identificada como plataforma de servicios digitales compartidos, siendo una de sus acciones el “*Integrar la operación y el intercambio de datos en sistemas sociales y de salud tales como el Expediente Digital Único en Salud (EDUS) y Sistema Nacional de Información y Registro Único de Beneficiarios del Estado (SINIRUBE)*”.

En este sentido, no solo se incorpora la participación del MICITT sino también la referencia puntual al EDUS, de allí que objeto del memorándum es promover la articulación entre las instituciones suscribientes, para realizar las acciones necesarias a fin de lograr la interoperabilidad de los sistemas de información y comunicaciones de las partes conforme al marco jurídico que resulte aplicable; siendo el memorándum la manifestación del interés de las partes en promover las acciones para materializar la Estrategia de Transformación Digital hacia la Costa Rica del Bicentenario 4.0 (2018-2022), así como Agenda de Digital Social como componente articulador de la Estrategia Puente al Desarrollo.

Al amparo del memorándum el compromiso que se asume, para su implementación, es que las partes elaboren un plan de trabajo en el que conste todas las actividades por desarrollar para el cumplimiento del objeto establecido, siendo que dichas actividades serán

determinadas conjuntamente, y aquellas que lo ameriten deberán formalizarse por escrito mediante instrumentos idóneos conforme a la normativa vigente aplicable, en los cuales se detallarán las obligaciones de las partes, según sea el caso.

Así, la CCSS al ser partícipe del levantamiento del plan de trabajo y actividades, tendrá la posibilidad de identificar cuales deberán formalizarse, sujeto a la normativa vigente que resulte aplicable para cada caso.”

Considerando los oficios números DJ-5745-2019, fechado 14 de octubre de 2019, que firman la licenciada Mariana Ovarés Aguilar, Jefe a.i. Área de Gestión Técnica y Asistencia Jurídica y la licenciada Mayra Acevedo Matamoros, Abogada de la Dirección Jurídica, así como el oficio firmado por el doctor Mario Felipe Ruiz Cubillo, Gerente Médico N° GM-AG-13661-2019, de fecha 15 de octubre de 2019, y habiéndose realizado la presentación pertinente por parte de la licenciada Carolina Cubero, Asesora legal de la Presidencia Ejecutiva, sobre la propuesta de Memorándum de entendimiento entre el MICITT, la CCSS, el IMAS y SINIRUBE, sobre el proceso para desarrollar interoperabilidad de los sistemas de información, la Junta Directiva -en forma unánime- **ACUERDA:**

ACUERDO PRIMERO: autorizar al señor Román Macaya Hayes, Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social para que firme el Memorándum de entendimiento entre el MICITT, la CCSS, el IMAS y SINIRUBE, sobre el proceso para desarrollar interoperabilidad de los sistemas de información, según los términos del documento que en adelante se transcribe, en forma literal:

**“MEMORÁNDUM DE ENTENDIMIENTO
ENTRE EL MINISTERIO DE CIENCIA, TECNOLOGÍA Y TELECOMUNICACIONES,
LA CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL, EL INSTITUTO MIXTO DE
AYUDA SOCIAL, EL SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN Y REGISTRO
ÚNICO DE BENEFICIARIOS DEL ESTADO**

**SOBRE EL PROCESO PARA DESARROLLAR INTEROPERABILIDAD DE LOS
SISTEMAS DE INFORMACIÓN**

El Ministerio de Ciencia, Tecnología y Telecomunicaciones (MICITT), la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) y el Sistema Nacional de Información y Registro Único de Beneficiarios del Estado (SINIRUBE), en adelante “las Partes”.

Considerando que el Gobierno se ha comprometido con el reto de llevar a Costa Rica en una dirección que potencie las oportunidades y coseche los beneficios de la cuarta revolución industrial y de la sociedad del conocimiento, lo cual se ha plasmado en la Estrategia de Transformación Digital hacia la Costa Rica del Bicentenario 4.0 (2018-2022) en la cual se establece el desarrollo de soluciones de interoperabilidad y aprovechamiento de datos mediante tecnologías.

Reconociendo que la Estrategia de Transformación Digital hacia la Costa Rica del Bicentenario 4.0 (2018-2022), en el Eje Costa Rica Inteligente, tiene una línea de acción identificada como plataforma de servicios digitales compartidos, siendo una de sus acciones el “Integrar la operación y el intercambio de datos en sistemas sociales y de salud tales como el Expediente Digital Único

en Salud (EDUS) y Sistema Nacional de Información y Registro Único de Beneficiarios del Estado (SINIRUBE)”.

Reconociendo que todas las partes ejercen funciones calificadas prioritarias para los intereses del país, dentro del ámbito de competencia de cada una de ellas.

Reconociendo la importancia de las tecnologías digitales para el desarrollo socioeconómico del país y la mejor prestación de los servicios, facilitando la interacción con los habitantes de manera abierta, eficiente, integrada y segura.

Reconociendo que la interoperabilidad es un elemento fundamental para lograr que las organizaciones y sistemas diversos puedan interactuar con objetivos consensuados y comunes y obtener beneficios mutuos para que compartan información y conocimiento entre sus respectivos sistemas de tecnología de la información y las comunicaciones, promoviendo la simplificación de la actividad administrativa y de los procesos, lo que genera una mayor eficacia y transparencia en el quehacer de las Administraciones Públicas.

Convencidos de que tal articulación servirá a los intereses comunes en la gestión pública, y contribuirá al avance y desarrollo digital del país.

Han alcanzado el siguiente entendimiento:

1. **Objeto.** El presente memorándum de entendimiento promueve garantizar la articulación entre las instituciones suscribientes, para realizar las acciones necesarias a fin de lograr la interoperabilidad de los sistemas de información y comunicaciones de las partes conforme al marco jurídico que resulte aplicable.
2. **Naturaleza** El presente memorándum de entendimiento demuestra el interés de las partes en promover las acciones para materializar la Estrategia de Transformación Digital hacia la Costa Rica del Bicentenario 4.0 (2018-2022), así como Agenda de Digital Social como componente articulador de la Estrategia Puente al Desarrollo y sus componentes.
3. **Implementación** Las partes elaborarán un plan de trabajo en el que conste todas las actividades por desarrollar para el cumplimiento del objeto establecido en el presente memorándum, observando lo aquí estipulado en el presente memorándum.

Las actividades por implementar en virtud del presente memorándum serán determinadas conjuntamente, sólo aquellas que lo ameriten deberán formalizarse por escrito entre las partes mediante instrumentos idóneos conforme a la normativa vigente aplicable, en los cuales se detallarán las obligaciones de las partes, según sea el caso.

4. **Disposiciones generales** El presente memorándum entrará en vigor una vez se firme por cada una de las partes y tendrá una duración de tres (3) años, contados a partir de la fecha de su perfeccionamiento, y será renovado automáticamente, sin necesidad de escrito previo por ninguna de las entidades. La renovación se hará por periodos iguales al término de duración. Si alguna de las entidades no estuviere de acuerdo con la continuación del presente memorándum, deberá manifestarlo mediante comunicación escrita con antelación de un (1) mes. La terminación anticipada no afectará las actividades que se estén

implementando. El presente memorándum puede ser modificado por mutuo acuerdo de las partes.

Firmado en la Ciudad de San José, el día xx del mes de xxx del año 2019”

ACUERDO SEGUNDO: Delegar el seguimiento, ejecución y fiscalización del Memorándum de entendimiento entre el MICITT, la CCSS, el IMAS y SINIRUBE, sobre el proceso para desarrollar interoperabilidad de los sistemas de información, en el Comité Estratégico EDUS. El Comité, tratándose de la implementación del mismo, participará en la elaboración del plan de trabajo en el que conste todas las actividades por desarrollar para el cumplimiento del objeto establecido, debiendo valorarse para cada una la procedencia de ser materializada por la vía del instrumento idóneo y conforme a la normativa vigente que resulte de aplicación. Para cada caso debe levantarse un expediente administrativo específico, el cual debe comprender al menos lo siguiente: justificaciones técnicas y administrativas que se han tenido en cuenta para considerar viable su suscripción, criterio legal sobre su viabilidad, así como el respectivo acuerdo de la Junta Directiva.

Se deja constando en esta acta que el director Devandas vota a favor del acuerdo, pero no en firme.

Se retiran del salón de sesiones la Arquitecta Gabriela Murillo, Gerente de Infraestructura y Tecnologías, el licenciado Manuel Rodríguez, la licenciada Carolina Cubero, asesora legal de la Presidencia Ejecutiva, licenciada Patricia Sánchez, Régimen no Contributivo y el doctor Mario Ruiz Cubillo.

Ingresa al salón de sesiones el Ing. Luis Fernando Porras Meléndez, Gerente de Logística, Licda. Ileana Badilla Chaves, Jefe Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios, Ing. Miguel Salas Araya, Director, Dirección de Aprovisionamiento de Bienes y Servicios, Licda. Sherry Alfaro Araya, Asesora, Gerencia de Logística, Licda. Adriana Chaves Díaz, Jefe Área de Sede, Área Regulación y Evaluación, Dra. Marjorie Obando, Directora, Dirección de Farmacoepidemiología, Componente Técnico y el Dr. Hugo Marín, Jefe Área de Sede, Área de Farmacoeconomía, Componente Técnico.

ARTICULO 5°

Se recibe el oficio N° GG-1735-2019, de fecha 7 de octubre de 2019, firmado por el doctor Cervantes Barrantes, Gerente General que, en adelante se transcribe y que contiene las propuestas para su respectiva aprobación:


“Reciban un cordial saludo. Mediante varios oficios suscritos por la Licda. Adriana Chaves Díaz, Gerente de Logística a.i. Remite para aprobación de esta Junta Directiva los siguientes temas referentes a procesos de compras:

- *GL-1328-2019 Solicitud de adjudicación Compra directa NO. 2019CD-000060-5101.”*

Se conoce el oficio número GL-1328-2019 (GG-1735-2019), de fecha 12 de setiembre de 2019, firmado por la Licda. Adriana Chaves Díaz, Gerente a.i, de Logística y que contiene la propuesta de adjudicación de la Compra Directa N° 2019CD-000060-5101.

La exposición está a cargo de la Licda. Ileana Badilla Chaves, Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios con el apoyo de las siguientes láminas:

1)



Caja Costarricense de Seguro Social
Gerencia de Logística

Compra Directa No. 2019CD-000060-5101

Vacuna Neumocócica conjugada 13-valente (Proteína Difteria CRM197). Suspensión estéril. Inyectable. Frasco ampolla con 0,5 ml. para dosis única ó Jeringa prellenada con 0,5 ml. para dosis única. Para uso pediátrico. Código: 1-10-44-4900.

2)



Fundamento Legal:

Ley Nacional de Vacunación y su Reglamento:

Art. 19. Obligación de la CCSS de comprar a través del Fondo Rotatorio de la OPS previa revisión del LNCM.

Art. 20. Sólo ante imposibilidad de la OPS de brindar las vacunas, la CCSS las podrá adquirir por la vía ordinaria de compra.

3)



- Cantidad a comprar: 140.000 Frascos ampolla.
- Modalidad de la compra: Directo OPS Régimen especial de vacunas.
- Participante:

Oferta	Oferente	Cantidad	Monto Total
UNICA	Organización Panamericana de la Salud.	140.000 Frascos ampolla.	\$ 1.999.958,50


4)



Efectuado el 27 de junio del 2019 por la Sub Área de Medicamentos del Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios, determinando que la única oferta cumple con todos los aspectos administrativos solicitados en el cartel. Folios del 037 al 039.

5)

6)


DICTAMEN TÉCNICO



Mediante acta de recomendación técnica de 22 de julio del 2019, visible en los folios del 042 al 045, suscrito por la Comisión de Análisis Técnico de las ofertas de vacunas, se recomienda técnicamente la oferta de la compra del concurso 2019CD-000060-5101, de la Vacuna Neumocócica conjugada 13 valente; código 1-10-44-4900.

7)

• Mediante análisis de razonabilidad del precio, de 29 de julio de 2019, el Área de Gestión de Medicamentos, indica, entre otras cosas, que, de acuerdo con la metodología utilizada, los resultados obtenidos, los parámetros establecidos y lo analizado en este estudio, el precio ofrecido por la Organización Panamericana de la Salud para la compra de 140.000 frascos del producto *Vacuna Neumocócica Conjugada 13-Valente (Proteína Diftérica CRM), Suspensión Estéril. Inyectable Frasco Ampolla con 0,5 ml para Dosis Única o Jeringa Preenada con 0,5 ml para Dosis Única para uso Pediátrico*, **se considera un precio razonable.**


DICTAMEN FINANCIERO

Análisis del precio histórico del producto

Fecha de Apertura	Concurso	Ofertante	País de Origen	Cantidad	A %	Precio Unitario g	A %	Precio deflacionado (1)	Precio unitario €	A %	Precio deflacionado (2)	A %
20 ene-14	2014CD-000015-5101	Organización Panamericana de la Salud	Estados Unidos	129.800		16,35319	0%	13,93733	8.400,13	0%	8.139,77	
08 jul-14	2014CD-000160-5101	Organización Panamericana de la Salud	Estados Unidos	104.800	-19%	16,43460	0%	14,00911	9.055,79	7,8%	8.409,13	3,3%
19 ene-15	2015CD-000011-5101	Organización Panamericana de la Salud	Estados Unidos	130.000	15%	16,46223	-3%	13,73374	8.865,57	-2,1%	8.133,00	-3,0%
11 ago-15	2015CD-000115-5101	Organización Panamericana de la Salud	Estados Unidos	139.400	4%	14,31799	0%	13,79701	8.933,24	0,8%	8.137,50	0,4%
05 ago-16	2016CD-000113-5101	Organización Panamericana de la Salud	Estados Unidos	80.000	-38%	13,26568	-6%	12,54617	8.466,27	-6,2%	7.983,47	-6,1%
18 ago-17	2016CD-000198-5101	Organización Panamericana de la Salud	Estados Unidos	110.000	38%	14,56428	-4%	11,79640	8.269,37	-3,3%	7.656,31	-6,1%
04 ago-17	2017CD-000085-5101	Organización Panamericana de la Salud	Estados Unidos	110.000	0%	14,95917	0%	11,81881	8.430,44	1,9%	7.636,88	0,4%
12 feb-18	2018CD-000025-5101	Organización Panamericana de la Salud	Estados Unidos	60.000	-45%	14,56078	0%	11,52491	8.378,54	-0,4%	7.515,08	-1,8%
18 jul-18	2018CD-000079-5101	Organización Panamericana de la Salud	Estados Unidos	120.000	100%	14,56909	0%	11,53089	8.368,75	-0,8%	7.519,89	-1,3%
01 ago-19	2019CD-000017-5101	Organización Panamericana de la Salud	Estados Unidos	140.000	17%	14,31628	-2%	11,89445	8.621,84	3,8%	7.371,43	0,4%
26 jun-19	2019CD-000060-5101	Organización Panamericana de la Salud	Estados Unidos	140.000	0,0%	14,28941	-0,2%	11,87024	8.387,40	-2,7%	7.189,61	-2,5%
Mediana del precio		€7.760,33										

(1) Se utiliza como deflactor el Índice de Precios Implícito del PIB de cada año. Fuente: Fondo Monetario Internacional, World Economic Outlook, Octubre 2018, Año Base 2005 = 100.
(2) Se utiliza como deflactor el Índice de Precios al Productor de la Manufactura. Base 2012 = 100. Fuente: Banco Central de Costa Rica y Prigo Carmona.

8)


DICTAMEN FINANCIERO

Consulta de Precios de Referencia:

Tabla 3. Referencias precios internacionales de Vacuna Neumocócica Conjugada 13-Valente.

Precios de Referencia	País de origen	Periodo	Cantidad	Precio Unitario	Precio Unitario por la Organización Panamericana de la Salud	variación % con respecto a precios de referencias
Precios de Remedios ¹	Argentina	jul-19	No indica	\$57,94	\$14,29	-75,34%
Guatecompras ²	Guatemala	may-19	430	\$27,31		-47,68%
Chilecompra ³	Chile	mar-19	20	\$61,12		-76,63%

1) <https://www.preciosderemedios.com.ar/precios/?iditem=prestar>
 2) <http://www.guatecompras.gt/concurso/compra/ConsultaConcurso.aspx?top=10402635&cm=2>
 3) <http://www.mercadopublico.cl/Puntobase/Consultas/ConsultaConcurso.aspx?top=1714376388&id=16476>

9)



DICTAMEN LEGAL

• Mediante oficio No. DJ-4521-2019 de 20 de agosto del 2019, 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 del acto de adjudicación. Folio 065.



10)



PROPUESTA DE ACUERDO

Conocido el oficio No. GL-1328-2019, de fecha 12 de setiembre del 2019 suscrito por la Licda. Adriana Chaves Díaz, Gerente a. i. de la Gerencia de Logística y teniendo como fundamento:

Análisis Administrativo: Efectuado el 27 de junio del 2019 por el Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios.

Criterio Técnico: Efectuado el 22 de julio del 2019 por la Comisión de Análisis Técnico de las ofertas de vacunas.

Razonabilidad de Precios: Oficio del 29 de julio del 2019, emitido por el Área Gestión de Medicamentos, en el cual determina que el precio es razonable.

Criterio legal de la Dirección Jurídica, oficio DJ-4521-2019 del 20 de agosto del 2019.

Solicitud de Adjudicación por parte de la Dirección de Aprovisionamiento de Bienes y Servicios, mediante oficio No. DABS-2861-2019.

Aprobación de la Comisión Especial de Licitaciones de acuerdo con acta de la sesión Extraordinaria, de fecha 11 de setiembre del 2019;

La Junta Directiva Acuerda:

11)



PROPUESTA DE ACUERDO

Adjudicar a favor de la **ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**, el renglón único de la Compra Directa No. 2019CD-000060-5101, promovida para la adquisición de Vacuna Neumocócica conjugada 13-valente (Proteína Difteria CRM₁₉₇), según el siguiente detalle:

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
UNICO	Vacuna Neumocócica 13-valente (Proteína Difteria CRM ₁₉₇), Suspensión estéril, Inyectable. Frasco ampolla con 0,5 ml, para dosis única o jeringa prellenada con 0,5 ml.	140.000 Frascos ampolla.	\$ 14,285418	\$ 1.999.958,50
MONTO TOTAL A ADJUDICAR			\$ 1.999.958,50	

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

Licda. Badilla Chaves:

Muchas gracias. Buenos días a todos. El primer caso que traemos es la compra de una vacuna, la Vacuna Neumocócica conjugada 13-valente (Proteína Difteria CRM₁₉₇), que es para uso pediátrico. Como todas las compras de vacunas, ya sabemos que el fundamento legal está en la Ley General de Vacunación y su Reglamento, que nos obliga a adquirir directamente a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a través del Fondo Rotatorio todo lo referente a las vacunas. Cuando se da el caso en que la OPS no tenga podríamos irnos a hacer un concurso, mediante la Ley N° 7494. En esta oportunidad se pretende adquirir 140.000 frasco-ampollas en forma directa a la OPS, a un precio total, según la cantidad de soluciones, por un monto de un

millón novecientos noventa y nueve mil novecientos cincuenta y ocho dólares con cincuenta centavos. La oferta presentada cuenta con el dictamen técnico-administrativo favorable emitido por el Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios, igualmente, cuenta con el criterio técnico favorable también, emitido por la Comisión de análisis técnico de las ofertas de vacunas, donde se indica que la oferta presentada por la OPS cumple con todos los requisitos técnicos. Igualmente, se analizó desde el punto de vista financiero determinando que el precio cotizado es un precio razonable, incluso, esto con fundamento en el histórico de precios del producto, donde vemos que la anterior compra que fue en el semestre pasado, tenía un precio de catorce dólares y treinta y un centavos, mientras que en esta oportunidad, nos lo están ofertando a un precio de catorce dólares con veintiocho centavos. Eso quiere decir que hubo una leve disminución en el precio, igualmente, se hizo la consulta a nivel internacional de los precios de referencia, donde vemos que los tres países que se contactó en Argentina, Guatemala y Chile, los precios están muy por encima de lo que en esta oportunidad, nos está ofertando la OPS que es un monto de catorce dólares con veintinueve centavos el frasco. Cuenta también con el criterio de la Dirección Jurídica donde se da el visto bueno, previo a dar toda la explicación y en consecuencia poder ser elevado a esta Junta para su conocimiento. Con todos esos requisitos, el análisis administrativo, criterio técnico, la razonabilidad del precio, el criterio de la Dirección Jurídica favorable, la solicitud de adjudicación, así como la aprobación de la Comisión de licitaciones, la Junta Directiva acuerda adjudicar a favor de la Organización Panamericana de la Salud el renglón único de la compra directa 2019CD-000060-5101 para la adquisición de la Vacuna Neumocócica conjugada 13 valente, según el siguiente detalle cantidad a adquirir 140.000 frasco-ampolla a un precio unitario de catorce dólares con veintiocho centavos de dólar, precio total un millón de dólares novecientos noventa y nueve mil novecientos cincuenta y ocho dólares con cincuenta centavos. Esa sería la propuesta de acuerdo que traemos para ustedes.

El doctor Macaya Hayes le da la palabra a don Christian.

Director Steinvorth Steffen:

¿Por qué puede haber una diferencia tan grande entre los precios de Guatemala, Chile y Argentina en comparación a estos?

Dr. Marín Piva:

El Fondo Rotatorio de la OPS establece dentro de sus cláusulas que tiene que vender al precio más bajo del mercado internacional, posiblemente, esos precios son de mercado privado, porque son países que pertenecen a la OPS, (...) sus sistemas públicos estén adquiriendo la vacuna del Fondo Rotatorio al precio que lo estamos adquiriendo nosotros. El precio del Fondo Rotatorio es el precio más bajo del mundo.

Director Steinvorth Steffen:

Entonces, no son comparables.

Dr. Marín Piva:

Digamos, no pero sí es la misma vacuna, es el mismo oferente nada más que es un precio diferente.

Doctor Macaya Hayes:

Alguna otra pregunta.

Director Devandas Brenes:

¿Es la misma vacuna para nosotros y para Argentina? Porque yo entendí que había cambios para las regiones.

Dr. Marín Piva:

En el caso de la región la vacuna es la misma, esta es la vacuna que pone la Asociación Pediátrica a los cuatro meses y con refuerzos y, básicamente, el objetivo es (...) neumocócicas invasivas, básicamente, neumonía y meningitis y, también, lo que son otitis.

Director Devandas Brenes:

Esa es también la que se aplica en la Unión Europea.

Dr. Marín Piva:

Sí, señor.

Director Devandas Brenes:

Entonces, ¿por qué no tenemos precios de la Unión Europea?

Dr. Marín Piva:

Igual, nada más por el convenio que tiene la OPS con el Fondo Rotatorio, parece que tiene el precio más bajo, porque si hay algún precio más bajo en alguna región, tiene que igualarse el Fondo. De hecho para África y algunas regiones y ya las compañías farmacéuticas no han querido firmar ese tipo de acuerdo como el que tienen con la OPS.

Licda. Sherry Alfaro:

Lo que se hace es revisar en las páginas que tenemos de Seguridad Social de los países de Latinoamérica y los que hay disponibles en otros países, tenemos otra información complementaria de Italia, de Francia. Sin embargo, se hace la búsqueda en todas las páginas y se ubican los precios que estén disponibles, en este caso, estos fueron los que aparecieron como una referencia, no necesariamente porque se tiene la suerte de encontrar precios para todos los medicamentos, en todos los países que tenemos como referencia.

El doctor Macaya Hayes le da la palabra a don Christian.

(...) hay bases de datos o lugares donde uno pueda llegar a precios más reales y puntuales en que, por ejemplo, en lo que estamos viendo aquí.

Ing. Porras Meléndez:

El tema particularmente con las bases de datos indexadas que hay actualmente son para el mercado la mayoría de ellos, hay páginas, portal de compras en los países que tienen sus compras digitalizadas, en que uno podría observar algunos precios, pero recuerden que, también, tenemos que revisar volumen, presentación, requerimiento, tiempo de entrega, etc. y lo que tenemos ahí son datos fríos. Vacuna Neumocócica catorce dólares no dice cantidad, lo que sí se puede hacer es un camino mucho más largo, es consultas institucionales, que se pueden realizar, tenemos a los vecinos de Panamá, tenemos Guatemala que tienen volúmenes similares que nosotros. Vemos a México, pero definitivamente en mi experiencia no hay precios más baratos, ni siquiera los coreanos que son muy competitivos y de muy buena calidad, más que la oferta. Posiblemente, no sea uno de esos fabricantes.

El doctor Macaya Hayes le da la palabra al Dr. Devandas.

Director Devandas Brenes:

Me parece extraño que no tengamos acceso a los precios (...) donde hay una gran transparencia en esto y lo digo, porque ahora que tuve la oportunidad de tener una experiencia ahí, me di cuenta las diferencias abismales de precios en medicamentos, un medicamento aquí, claro en el mercado privado aquí y allá, lo que me costaron aquí 10 pastillas, en España me daban 60 pastillas por el mismo precio. Entonces, lo mismo con un tratamiento importante de quimioterapia, donde aquí cuesta dos mil dólares y en Barcelona cuesta seiscientos euros, entonces, yo creo que nosotros aprovechando el nuevo Gerente, yo he insistido en que tenemos que desarrollar técnicas de compra más agresivas. No sé si es posible, porque la otra vez lo estuvimos discutiendo, tener agencias de compra nosotros en otros países, porque la Caja podría tener una agencia de compra creo, habría que ver todos los pormenores, en España tener una agencia de compra nuestra y ver si se puede llegar a un acuerdo allá, para comprar institucionalmente allá, porque esto de los precios de medicamentos, es una sangría vergonzosa contra la Seguridad Social. Ahora mismo tenemos aquí otro que sigue el Factor VII, más de cuatro mil dólares un frasco. Tenemos que reaccionar frente a eso no podemos seguir, yo creo que hemos sido muy pasivos como Institución en la compra de medicamentos y el problema es que los medicamentos importados sean tan caros, los medicamentos producidos dentro del país tienen eso como techo, entonces, tampoco hay una relación entre los costos de producción de los medicamentos producidos en el país, con márgenes de utilidad normales y el precio al que se vende. Hay un esfuerzo que están haciendo algunos diputados, pero no sé qué grado de éxito van a tener en eso, porque habría que entrar a contratar costos de producción, establecer márgenes de ganancia para algunas empresas. Pero sí es una batalla señor Gerente, que tenemos que dar, porque y esto es parte de la sostenibilidad del Régimen, porque si nosotros seguimos enfrentando esos precios tan (...), es muy difícil sostener el Régimen de Salud en nuestro país.

Doctor Macaya Hayes:

Algún otro comentario sobre esta compra. Entonces, procedemos a votar por esta adjudicación. En firme.

Nota: los puntos suspensivos (...) significan que una frase o palabra del audio no se comprendió o no se escuchó bien.

Por consiguiente, conocido el oficio número GL-1328-2019, de fecha 12 de setiembre de 2019, firmado la Gerente a.i. de Logística que, en lo conducente, en adelante se transcribe literalmente:

“El Área de adquisiciones de Bienes y Servicios, mediante oficio No. DABS-2861-2019, traslada el presente expediente para que el mismo sea avalado por la Comisión Especial de Licitaciones, para su respectiva adjudicación por parte de la Junta Directiva.

- **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 137, del Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa, indica lo siguiente:

“Artículo 137:

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.”

II ANALISIS RECOMENDACIÓN COMISION ESPECIAL DE LICITACIONES:

La Comisión Especial de Licitaciones analiza y recomienda la remisión para la Junta Directiva de la solicitud de adjudicación para la Compra Directa No. 2019CD-000060-5101, para la adquisición de Vacuna Neumocócica conjugada 13-valente (Proteína Difteria CRM₁₉₇), según consta en el acta de la Sesión Extraordinaria celebrada el 11 de setiembre de 2019, de la cual en lo que interesa se extrae:

- **Modalidad de la compra:** Ordinaria, aplicación del artículo 137, del Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa.
- **Participante:**

Oferta	Oferente	Cantidad	Monto Total
UNICA	Organización Panamericana de la Salud.	140.000 Frascos ampolla	\$ 1.999.958,50.

- **Análisis Administrativo:**

Efectuado el 27 de junio del 2019 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. Folios del 037 al 039.

- **Criterio Técnico:**

Mediante acta de recomendación técnica de fecha 22 de julio del 2019, visible en los folios del 042 al 045, suscrito por la Comisión de Análisis Técnico de las ofertas de vacunas, se recomienda técnicamente la oferta de la compra del concurso 2019CD-000060-5101, de la Vacuna Neumocócica conjugada 13 valente; código 1-10-44-4900.

- **Razonabilidad del Precio:**

Mediante análisis de razonabilidad del precio, de fecha 29 de julio de 2019, el Área de Gestión de Medicamentos, indica, entre otras cosas, que, de acuerdo con la metodología utilizada, los resultados obtenidos, los parámetros establecidos y lo analizado en este estudio, el precio ofrecido por la Organización Panamericana de la Salud para la compra de 140.000 frascos del producto *Vacuna Neumocócica Conjugada 13-Valente (Proteína Diftérica CRM), Suspensión Estéril. Inyectable Frasco Ampolla con 0.5 ml para Dosis única o Jeringa Prellenada con 0.5 ml para Dosis Única para uso Pediátrico*, **se considera un precio razonable.**

- **Criterio Legal:**

Mediante oficio No. DJ-4521-2019, de fecha 20 de agosto del 2019, 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. Folio 065.

- **Presupuesto:**

Partida presupuestaria No. 2203 se han separado y se encuentran disponibles los recursos, para hacer frente al compromiso que genera este concurso. Oficio No. DABS-C-PRE-0242-2019. Folio 049.

Por tanto, conocido el oficio N° GL-1328-2019, de fecha 12 de setiembre del 2019, y teniendo como fundamento:

- a. Análisis Administrativo: Efectuado el 27 de junio del 2019 por el Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios.
- b. Recomendación y análisis Técnico: Efectuado el 22 de julio del 2019 por la Comisión de Análisis Técnico de las ofertas de vacunas y el acta de recomendación técnica que, en lo conducente dice: *siempre que se ofrezca como mínimo 12 meses de caducidad a momento de la entrega.*
- c. Razonabilidad de Precios: Oficio del 29 de julio del 2019, emitido por el Área Gestión de Medicamentos, en el cual determina que el precio es razonable.
- d. Criterio legal de la Dirección Jurídica, oficio DJ-4521-2019 del 20 de agosto del 2019.
- e. Solicitud de Adjudicación por parte de la Dirección de Aprovisionamiento de Bienes y Servicios, mediante oficio No. DABS-2861-2019.
- f. Acuerdo de aprobación de la Comisión Especial de Licitaciones en la sesión Extraordinaria, celebrada el 11 de setiembre del 2019,

habiéndose hecho la presentación pertinente por parte de la licenciada Ileana Badilla Chaves, Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios y con base en la recomendación en los citados oficios números GL-1328-2019 y GG-1735-2019, la Junta Directiva -en forma unánime- **ACUERDA** adjudicar a la única oferta, Organización Panamericana de la Salud, el concurso N° 2019CD-000060-5101, promovida para la adquisición de Vacuna Neumocócica Conjugada 13-Valente (Proteína Difteria CRM₁₉₇), según se detalla en el siguiente cuadro:

<i>ITEM</i>	<i>DESCRIPCIÓN</i>	<i>CANTIDAD</i>	<i>PRECIO UNITARIO</i>	<i>PRECIO TOTAL</i>
UNICO	Vacuna Neumococcica 13-valente (Proteína Difteria CRM ₁₉₇), Suspensión estéril. Inyectable. Frasco ampolla con 0,5 ml. para dosis única o jeringa prellenada con 0,5 ml.	140.000 Fracos ampolla.	\$14,285418	\$ 1.999.958,50
MONTO TOTAL A ADJUDICAR			US\$ 1.999.958,50	

Todo de conformidad con las condiciones exigidas en la respectiva solicitud de cotización 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.

Se deja constando en esta acta que el director Devandas vota a favor del acuerdo, pero no en firme.

Ingresa al salón de sesiones el Dr. Manuel Cerdas Calderón de la Comisión de Nefrología, Hospital México Componente Técnico

ARTICULO 6º

Se recibe el oficio N° GG-1735-2019, de fecha 7 de octubre de 2019, firmado por el doctor Cervantes Barrantes, Gerente General que, en adelante se transcribe y que contiene las propuestas para su respectiva aprobación:


“Reciban un cordial saludo. Mediante varios oficios suscritos por la Licda. Adriana Chaves Díaz, Gerente de Logística a.i. Remite para aprobación de esta Junta Directiva los siguientes temas referentes a procesos de compras:

- *GL-1329-2019 Solicitud de adjudicación Licitación pública NO. 2019LN-000009-5101.”*

Se conoce el oficio número GL-1329-2019 (GG-1735-2019), de fecha 12 de setiembre de 2019, firmado por la Licda. Adriana Chaves Díaz, Gerente a.i. de Logística y que contiene la propuesta de adjudicación licitación pública N° 2019LN-000009-5101.

La exposición está a cargo de la Licda. Ileana Badilla Chaves, con el apoyo de las siguientes láminas:

1)



Licitación Pública No. 2019LN-000009-5101.

- **Ítem 01:** Sets de diálisis peritoneal domiciliar según sistema doble bolsa de 2000 CC al 1,5% de concentración de dextrosa. Código 2-36-01-0555.
- **Ítem 02:** Sets de diálisis peritoneal domiciliar según sistema doble bolsa de 2000 CC al 4,25% de concentración de dextrosa. Código 2-36-01-0557.

2)



- **Cantidades referenciales:** **Ítem 01:** 719.000 Unidades.
Ítem 02: 119.000 Unidades.
- **Fecha de invitación:** 26 de marzo del 2019, en el diario oficial La Gaceta No. 060. Folio 047.
- **Apertura:** 10 de mayo del 2019.
- **Modalidad de la compra:** **Prorrogable, entregas según demanda:** Compra para un período de doce meses, con posibilidad facultativa de prórroga, una vez que se acrediten en el expediente los estudios que comprueben la razonabilidad de precios y condiciones de mercado que benefician los intereses institucionales, hasta por tres (03) períodos más de doce meses, para un total de cuatro (04) períodos de doce meses cada uno.

3)



Participante:

Oferta	Oferente	Representante	Ítems Cotizados
Única	Nutricare S.A.	Oferta en plaza.	01 y 02.

4)



1 Se efectuó el 13 de mayo del 2019 por el Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios, determinando que la única oferta presentada, cumple con los aspectos administrativos solicitados en el cartel. Folios 286 al 288.

5)



2 Mediante acta de recomendación suscrita por la Comisión Técnica de Normalización y Compras de Nefrología, visible en folios del 329 al 351, se concluye que la oferta presentada por la empresa Nutricare S.A. cumple con lo solicitado en las especificaciones técnicas para los ítems 01 y 02, por lo que se recomienda técnicamente.

6)



Mediante análisis de razonabilidad del precio, de fecha 05 de junio del 2019, el Área de Gestión de Medicamentos, indica, entre otras cosas, lo siguiente:

*"De acuerdo con la metodología utilizada y los resultados obtenidos, la compra de 719.000 UD de Set de Diálisis Peritoneal según Sistema de bolsa de 2000cc al 1,5% de concentración de Dextrosa, el cual fue solicitada en el ítem 01 y que ofertadas en concurso 2019LN-000009-5101 a un precio unitario de \$ 5,46, ofrecido por la empresa Nutricare S.A. se considera un **precio razonable** de acuerdo con lo analizado.*

Asimismo, indica para el ítem No. 02, lo siguiente:

*De acuerdo con la metodología utilizada y los resultados obtenidos, la compra de 119.000 UD de Set de Diálisis Peritoneal según Sistema de bolsa de 2000cc al 4,25% de concentración de Dextrosa, la cual fue solicitada en el ítem 02 y que fueron ofertadas en concurso 2019LN-000009-5101 a un precio unitario de \$ 5,46 ofrecido por la empresa Nutricare S.A. se considera un **precio razonable** de acuerdo con lo analizado y los parámetros establecidos."*

7)

SEGURO SOCIAL **DICTAMEN FINANCIERO**

Análisis del precio en dólares. 2019LN-000009-5101.
Set de Diálisis Peritoneal bolsa de 2000 CC al 1.5% de Concentración de Dextrosa

Fecha de Apertura Compra	Ofertante	Concurso	País Fabricante	Cantidades	%	Precio Unitario \$	%	Precio Unitario deflacionado (t)	%
29/10/2004	Intermedic Century Panamá S.A.	LIR-2004-027	Colombia	18 000		5,2500		8,46	
25/07/2007	Medical Trade S.A de Capital Variable	2007LA-000074	Colombia	24 000	33%	4,4000	-16%	6,04	-28.0%
21/12/2007	Medical Trade S.A de Capital Variable	2007LA-000150	Colombia	35 232	47%	3,8900	-12%	5,34	-11.0%
18/11/2008	Intermedic Century Panamá S.A.	2018LN-000196-1142	Colombia	104 600	165%	4,2000	0%	4,67	-12.8%
02/06/2011	Naticcare S.A.	2011CD-000059-5101	Colombia	29 508	-72%	6,0000	43%	6,67	42.9%
21/06/2011	Intermedic Century Panamá S.A.	2011LN-000008-5101	Colombia	93 600	222%	4,3400	-28%	4,65	-30.2%
25/04/2012	Naticcare S.A.	2012LN-000001-5101	Colombia	165 000	12%	4,6500	7%	4,66	3.6%
01/02/2013	Naticcare S.A.	2013LN-000001-5101	Colombia	138 000	30%	4,6500	0%	4,81	-1.9%
07/03/2014	Naticcare S.A.	2014LN-000002-5101	Colombia	408 000	200%	5,2574	13%	5,39	11.9%
02/03/2015	Naticcare S.A.	2015LN-000006-5101	Colombia	617 220	51%	5,4600	4%	5,46	1.4%
25/04/2019	Concurso Actual Naticcare S.A.	2019LN-000009-5101	Colombia	719 000	16%	5,4600	0%	4,68	-16.1%
Mediana del Precio		\$5.34							

** Para deflatar los precios unitarios se utilizó el deflactor implícito del PIB del país del laboratorio fabricante.
Fuente: Piango Catastrario y Fondo Monetario Internacional. World Economic Outlook Database, abril, 2019.

8)

SEGURO SOCIAL **DICTAMEN FINANCIERO**

Análisis del precio en dólares. 2019LN-000009-5101.
Set de Diálisis Peritoneal bolsa de 2000 CC al 4.25% de Concentración de Dextrosa

Fecha de Apertura Compra	Ofertante	Concurso	País Fabricante	Cantidades	%	Precio Unitario \$	%	Precio Unitario deflacionado (t)	%
29/10/2004	Intermedic Century Panamá S.A.	LIR-2004-027	Colombia	7 200		5,2500		8,46	
14/02/2007	Intermedic Century Panamá S.A.	2007CD-000040	Colombia	4 800	-33%	5,4500	4%	7,48	-11.6%
09/10/2007	Naticcare S.A.	2007CD-000222	Colombia	8 400	75%	5,7900	6%	7,93	6.1%
18/11/2008	Intermedic Century Panamá S.A.	2008LN-000196-1142	Colombia	34 320	309%	4,2000	-27%	4,67	-41.2%
02/06/2011	Naticcare S.A.	2011CD-000059-5101	Colombia	11 000	-68%	6,0000	43%	6,67	42.9%
21/06/2011	Intermedic Century Panamá S.A.	2011LN-000008-5101	Colombia	59 400	358%	4,3400	-28%	4,65	-30.2%
25/04/2012	Naticcare S.A.	2012LN-000001-5101	Colombia	46 000	9%	4,6500	7%	4,66	3.6%
01/02/2013	Naticcare S.A.	2013LN-000001-5101	Colombia	50 000	9%	4,6500	0%	4,81	-1.9%
07/03/2014	Naticcare S.A.	2014LN-000002-5101	Colombia	144 000	188%	5,2574	13%	5,39	11.9%
02/03/2015	Naticcare S.A.	2015LN-000006-5101	Colombia	140 000	-3%	5,4600	4%	5,46	1.4%
25/04/2019	Concurso Actual Naticcare S.A.	2019LN-000009-5101	Colombia	118 000	-19%	5,4600	0%	4,68	-16.1%
Mediana del Precio		\$5.42							

** Para deflatar los precios unitarios se utilizó el deflactor implícito del PIB del país del laboratorio fabricante.
Fuente: Piango Catastrario y Fondo Monetario Internacional. World Economic Outlook Database, abril, 2019.

9)

SEGURO SOCIAL **DICTAMEN FINANCIERO**

Solicitud de descuento

Mediante oficio DABS-3284-2019 de 26 de setiembre de 2019 se solicitó un descuento a la empresa recomendada, la cual mediante oficio 000565-GCAR-09-2019 de 30 de setiembre de 2019 indicó:

“...conscientes del adecuado uso de los recursos públicos y en respuesta a la demanda del producto planteada en la licitación, para la apertura de la oferta se estableció una negociación con el fabricante para mantener el precio unitario de \$5.46 de la licitación anterior; por un nuevo periodo de 4 años correspondientes al concurso en cuestión. Esto considerando el porcentaje de inflación anual estimado, así como la incorporación del impuesto de valor agregado a los servicios complementarios requeridos para disponer el producto en la institución, lo que encarece el costo de este.

Por tal razón, con el propósito de no comprometer la razonabilidad de la operación se debe mantener el precio inicialmente ofertado.”

10)

SEGURO SOCIAL **DICTAMEN LEGAL**

• Mediante oficio No. DJ-03991-2019 de 24 de julio del 2019, la Dirección Jurídica otorga el visto bueno para que la Comisión Especial de Licitaciones recomiende a la Junta Directiva el dictado del acto de adjudicación. Folio 415.



11)

PROPUESTA DE ACUERDO

Conocido el oficio No. GL-1329-2019, de fecha 12 de setiembre del 2019 suscrito por la Licda. Adriana Chaves Díaz, Gerente a.i. de la Gerencia de Logística y teniendo como fundamento:

- Análisis Administrativo:** Efectuado el 13 de mayo del 2019 por el Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios.
- Criterio Técnico:** Efectuado el 28 de mayo del 2019 por la Comisión Técnica de Normalización y Compras de Nefrología.
- Razonabilidad de Precios:** Oficio del 05 de junio del 2019, emitido por el Área Gestión de Medicamentos, en el cual determina que el precio es razonable.
- Criterio legal de la Dirección Jurídica,** oficio DJ-03991-2019 del 24 de julio del 2019.
- Aprobación de la Comisión Especial de Licitaciones** de acuerdo con acta de la sesión extraordinaria, de fecha 11 de setiembre del 2019;

la Junta Directiva Acuerda:

Adjudicar a la empresa **NUTRICARE S.A.**, oferta única, oferta en plaza, la Licitación Pública No. 2019LN-00009-5101, promovida para la adquisición de Sets de Diálisis Peritoneales Domiciliares, según el siguiente detalle:

12)

PROPUESTA DE ACUERDO

ITEM	DESCRIPCIÓN	Cantidad referencial anual	Precio Unitario
UNO	Set de diálisis peritoneal domiciliar según sistema doble bolsa de 2000 CC al 1,5% de concentración de dextrosa.	719.000 Unidades.	\$ 5,46 Cada Unidad.
DOS	Set de diálisis peritoneal domiciliar según sistema doble bolsa de 2000 CC al 4,25% de concentración de dextrosa.	119.000 Unidades.	\$ 5,46 Cada Unidad.

Para efecto de reserva presupuestaria y de gestión contractual, se estima un monto MÁXIMO total anual para los dos ítems de \$ 4.575.480,00. (\$ 3.925.740,00 el ítem No. 01 y \$ 649.740,00 el ítem No. 02). En caso de requerirse una cantidad mayor deberá solicitarse la autorización previa a la Junta Directiva.

Modalidad de la compra: Prorrogable, entregas según demanda: Compra para un periodo de doce (12) meses, con posibilidad facultativa de prórroga, una vez que se acrediten en el expediente los estudios que comprueben la razonabilidad de precios y condiciones de mercado que benefician los intereses institucionales, hasta por **tres (03)** periodos más de doce (12) meses, para un total de **cuatro (04)** periodos de doce (12) meses cada uno.

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

13)

- **ACUERDO SEGUNDO:** Instruir a la Gerencia de Logística para que, en coordinación con la Gerencia Médica y la Gerencia Financiera, realice un estudio de costo beneficio para determinar la conveniencia de producir el set de diálisis peritoneal domiciliar a través del Laboratorio de Soluciones Parenterales u otras opciones, lo anterior en un plazo no mayor a seis meses.
- **ACUERDO TERCERO:** Instruir a la Gerencia General en conjunto con la Gerencia Médica, para que realice una revisión de los estudios técnicos realizados sobre la enfermedad renal crónica y presente un informe a esta Junta Directiva en un plazo de tres meses.

Licda. Badilla Chaves:

La siguiente compra es una licitación pública para la adquisición de sets de diálisis peritoneales domiciliarios, son dos ítems, uno con una concentración de 1.5% Dextrosa y el otro al 4.25% de concentración de Dextrosa. Tenemos cantidades referenciales para cada uno de los ítems. Para el primer ítem son 719.000 unidades y para el segundo 119.000 unidades. Por ser una licitación pública, la invitación se hace mediante publicación en el Diario La Gaceta, en esta oportunidad del 26 de marzo de este año y la apertura se realizó el 10 de mayo. La modalidad de compra es prorrogable, en un período por un período más, para un total de cuatro períodos y bajo la modalidad de entrega según demanda. En esta oportunidad, después de haberse realizado mediante

publicación en la Gaceta, solamente participa la Empresa Nutricare S.A. para ambos ítems, con una oferta. Cuenta con el dictamen administrativo favorable, donde se determina que la única oferta presentada cumple con los requisitos administrativos exigidos en el cartel de esta compra. Igualmente, cuenta con el criterio favorable de la Comisión Técnica de Normalización y compras de Nefrología que indica que cumple también la oferta única, tanto para el ítem número 1), como para el ítem 2), en relación con todas las especificaciones técnicas, por lo que la recomiendan técnicamente. En ambos ítems la única oferta presentada es Nutricare S.A. oferta un precio de cinco dólares con cuarenta y centavos y, luego, de analizado desde el punto de vista financiero, se considera que ambos precios son razonables. Aquí vemos el análisis del precio en dólares, no tenemos incluso que el precio ofertado en esta oportunidad es igual a las referencias que nos ofrecieron en el año 2015, lo que implica que al deflactar el precio, el valor real sea de cuatro dólares cincuenta y ocho centavos y no de cinco dólares cuarenta y seis centavos. Igual sucede con el ítem 2) donde el precio es exactamente el mismo, nos están ofertando un precio de cinco dólares cuarenta y seis centavos y al deflactarlo se convierte en cuatro dólares cincuenta y ocho centavos, también, la última compra fue en el 2015 y al mismo proveedor. A pesar de esto se solicita un descuento para ambos ítems a la empresa y ellos indican que no es posible en esta oportunidad de ofrecer algún tipo de descuento, porque se están manteniendo los precios de la última compra y que, además, el porcentaje de inflación anual, así como la incorporación del Impuesto del Valor Agregado (IVA) a los servicios complementarios, encarece el costo del producto, por lo que no les es posible ofrecer ningún tipo de descuento. Cuenta, además, con el criterio favorable de la Dirección Jurídica, en el que otorga el visto bueno para que se eleve a la Junta Directiva. En consecuencia traemos ante ustedes esta propuesta de acuerdo: con base con todos los requisitos, administrativos, técnicos, financieros, el criterio legal de la Dirección Jurídica y la aprobación de las Comisión Especial de Licitaciones, sometemos a ustedes la aprobación del siguiente acuerdo, según el siguiente detalle: Adjudicar a la empresa Nutricare S.A., oferta única, oferta en plaza Licitación Pública N° 2019LN-000009-5101, para la adquisición de set de diálisis peritoneal domiciliar: el ítem 1) por una cantidad referencial de 719.000 unidades, a un precio de cinco dólares con cuarenta y seis centavos cada unidad y el ítem 2) 119.000 al mismo precio que el anterior ítem. Para efectos de reserva presupuestaria y de gestión contractual, se estima un monto Máximo total anual para los dos ítems de cuatro millones quinientos setenta y cinco mil cuatrocientos ochenta dólares (\$4.575.480,00), para el ítem 1) son tres millones novecientos veinticinco mil setecientos cuarenta dólares (\$3.925.740,00) y el ítem 2) de seiscientos cuarenta y nueve mil setecientos cuarenta dólares (\$649.740,00). En caso de requerirse una cantidad mayor deberá solicitarse la autorización previa a la Junta Directiva. La modalidad, tal y como lo habíamos dicho, es prorrogable, de entrega según demanda, compra para un período de doce (12) meses, con posibilidad facultativa de prórroga, una vez que se acrediten en el expediente los estudios que comprueben la razonabilidad de precios y condiciones de mercado que benefician los intereses institucionales, hasta por tres (03) períodos más de doce (12) meses, para un total de cuatro (04) períodos de doce (12) meses cada uno.

Director Steinvorth Steffen:

La compra anterior se le hizo también a Nutricare S.A., ¿cuál puede ser la razón por la cual solo esa empresa participa?

Licda. Badilla Chaves:

Aquí está un representante de la Comisión de Nefrología.

Ing. Salas Araya:

Ese insumo es muy importante, porque es el que utilizamos en la Institución, para darle tratamiento dialítico a los pacientes con enfermedad renal crónica y como bien se sabe, hay una epidemia nacional, de hecho tuvimos una conferencia de prensa aquí sobre ese tema. La otra alternativa que hay para esos pacientes, es hemodiálisis que prácticamente son para aplicar dentro de hospitales y eso es cinco veces más costoso. El programa este, es un programa domiciliario, o sea, al paciente se le educa o al cuidador y una vez que esté preparado, el paciente se hace el tratamiento en la casa, se hace entre dos y tres intercambios diarios. El número de pacientes ha crecido importantemente, si vemos las estadísticas de los últimos ocho años, ha crecido en 800% el número de pacientes. Es el programa de la Institución que más rápidamente ha crecido, inclusive, si los comparamos con los programas de oncología y los programas de enfermedades cardiovasculares. Respecto de la pregunta de por qué en las últimas dos licitaciones ha ganado solo esa marca, la razón es la siguiente: este es un sistema que utiliza una bolsa y un extensor y unos adaptadores y la marca no calza con otras marcas. Entonces, no podemos estar cambiando, digamos de sistema cada seis o cada año si gana otra marca, entonces, lo más recomendable y así ha sido prácticamente por los últimos cuatro años, es que nos quedemos solo con un sistema. A raíz de esa situación, inclusive, otros oferentes pusieron un contencioso administrativo en su oportunidad ante la Institución, la Comisión y fuimos al contencioso y los tres jueces de la república nos dieron la razón. Este sistema es el más seguro, el más eficaz y el paciente tiene menos infecciones y desde el punto de vista de costos, cuando vemos el precio de cada set se ha mantenido y más bien se ha reducido, si lo comparamos con lo que cuesta en el resto de la región como Centroamérica y el Caribe, es un precio muy razonable e inclusive, más bajo. ¿Si tienen alguna otra pregunta? Seguimos.

Lic. Delgado Martén:

Según entiendo entonces a partir de este contencioso que se da y más, se demuestra que efectivamente hay una relación entre los equipos y lo que esta gente ofrece. Pero entonces ¿eso no nos estaría metiendo en un escenario casi como de una especie de oferente único? Me llama la razón que sigue dándose una licitación pública, entonces, si efectivamente existe esta situación que la normativa justifica, en el presente, ¿por qué efectivamente se insiste en hacer una licitación pública con invitación en Gaceta y demás?

Dr. Cerdas Calderón:

Yo creo que ahí es algo sumamente administrativo y por el monto hay que cumplir con todo lo que es la Ley de Contratación Administrativa, lo que pasa es que la ficha técnica hay que cumplirla, así como con la ficha técnica que así se determinó en ese momento, solo ese oferente la cumple.

Lic. Delgado Martén:

Bueno, solo dejo planteado, entonces, la inquietud porque efectivamente pareciera, o sea, la misma ley, por eso le decía es un aspecto que tal vez no lo maneje normativamente, pero existe la posibilidad cuando se da una situación en donde solo un oferente en el mercado tiene la posibilidad de brindar un servicio o un producto determinado, eso inclusive podría salir, pero que es una

licitación y tomarse como una excepción. O sea, me llamó la atención que usted lo dijera, inclusive, fueron a un contencioso y los jueces demostraran que, efectivamente, existe esta dependencia en los equipos. Entonces, vale la pena analizar si efectivamente estamos en un escenario donde ni siquiera es necesaria la licitación -perdón- y lo otro que quería preguntar, asociado con el tema del estudio técnico, estaba viendo de la información que ustedes remiten, habla de que esta licitación la relacionan con otra compra, la 2018-LN-000035 y dice así: “estas licitaciones deben ser adjudicadas a un solo oferente con el objetivo de evitar problemas de incompatibilidad de los accesorios, con los set de diálisis de doble bolsa”. Empezaría entendiendo entonces que hay dos licitaciones que van de la mano.

Dr. Cerdas Calderón:

Voy a explicar, los pacientes que están en este programa tienen tres tipos de soluciones: una es al 1.5%, una es al 4.25% y otra al 2.3%, cada paciente tiene de acuerdo con la condición clínica hidratación, tiene un esquema que uno indica cuál solución utilizar. Entonces, lo que queremos decir y así está en la licitación, es que los tres tipos de solución tienen que ser de una misma marca y compatible, entonces, todo debe ser al mismo tiempo.

Lic. Delgado Martén:

¿Pero entonces no ameritaba todo en una sola licitación?

Dr. Cerdas Calderón:

Sí, tienen que ir juntas, por ejemplo, el esquema más usual, es del tres de 1.5% y uno de 4.25% cada día, entonces, la licitación de este debe ser de tal manera que se adquiera, digamos, un 75% de 1.5% y un 25% de 4.25%. Entonces, deben ir juntas por eso se especifican así.

Lic. Delgado Martén:

Entonces, ahora si le entendí doctor, no quito mucho tiempo, si efectivamente van juntas pero de lo que yo analizo de la información, existe otra licitación paralela. La pregunta para cerrar es por qué no se busca hacer todo un solo proceso, sino que se hace separadamente y al final de cuentas, inclusive, me llama la atención que dice que tienen que ser adjudicadas a un solo oferente. Esto me preocupa un poco, porque podría quedar todo en un procedimiento licitatorio y no hacer dos diferentes.

Dr. Cerdas Calderón:

Sí, correcto. Cuando nosotros nos sentamos con el verificador de logística a analizar los consumos históricos de las soluciones de conocimiento de los últimos años, un 70% se está consumiendo de 1.5%, un 15% de 4.25% y un 15% de 2.3%, esto suple la mayor parte de las necesidades de todos los pacientes que en el proceso actualmente. Como usted dice, se puede planificar para un futuro ya teniendo esos números, una sola licitación o como usted dice una excepción, pero que se adquieran esas cantidades para el número de pacientes que tenemos en el programa.

Lic. Delgado Martén:

Gracias.

El doctor Macaya Hayes le da la palabra a doña Marielos y después a don Christian.

Directora Alfaro Murillo:

Muchas gracias. (...) si de alguna manera asumimos paradigma de que este es el equipo y este es el insumo, lo que estoy diciendo es que para muy largo plazo, por no decir eternamente, voy a estar amarrado a alguien y eso no juega así, no en el mercado de hoy, no donde vemos que el surgimiento de nuevas opciones y demás competencias tiran el precio para abajo. Yo lo he dicho aquí en varias oportunidades, en materia de compras -creo que lo hemos dicho varios- aquí queremos ver competencia. Queremos ver a las empresas compitiendo, por todos los productos, por todos los insumos, por todos los servicios, yo quiero ver competencia, quiero saber de precio, quiero saber que estamos negociando en las mejores condiciones, por ejemplo, si desde el inicio se sabe que este equipo que está amarrado al insumo, lógicamente, eso requería dentro de la contratación una excelente negociación que permitiera luego decir “bueno, me vas a hacer un mejor precio”, ustedes mostraron ahora que sí hay una disminución, pero es que estamos hablando de compras millonarias. Yo quiero ver quién, con lo buen pagador que es la Caja, porque no hablemos de volumen, volumen hay en otros países podría ser, pero como buen pagador y buen cliente que es la Caja, yo quiero saber si es tan fácil entrar, esperar siempre los trámites, pero son cuatro millones y medio de dólares seguros. Entonces, entrar en una negociación y perdonen que haga el cuento con otro tema, pero recientemente y espero que próximamente acá, en la Gerencia de Logística y en particular el trabajo que ha estado desarrollando doña Adriana, nos traigan un ejemplo de cómo la competencia me tira al suelo los precios, eso es lo que yo quiero ver. En este caso, lo único que quiero dejar planteado es de esos equipos de los que habló el doctor, tienen una vida útil, no son eternos, en el momento que lleguen a su vida útil yo los puedo cambiar y puedo cambiar el tipo de insumo, si yo tengo una mejor oferta del mercado, hay que valorarlo, para ver si se continúa o se cambia, pero no puede ser permanente, porque esos equipos, igualmente, va a llegar el momento en que el equipo tenga que ser renovado. Entonces, se va a decir cómo ya teníamos el equipo y teníamos los insumos, ahora voy a comprarle un equipo, esa lógica no va porque la empresa está en el mejor de los mundos, en su zona de confort, tengo a la Caja amarrada y a esta Institución nadie la amarra, ¿de acuerdo? esta Institución tiene que tener la flexibilidad y la destreza para buscar las mejores opciones. Entonces, lo lógico sería que en estos casos se tuviera muy claro ese equipo cuándo llega a su etapa, digamos, de vida útil, cuándo se estaría pensando en la renovación y en esa renovación, que supongo no serán todos al mismo tiempo, empezar a ver siempre otras opciones, pero no me amarro a una empresa permanentemente. Creo que ese paradigma hay que romperlo, siempre voy a buscar, si voy a cambiar equipo porque hay una mejor oferta económica de insumo y equipo, cambio pero tengo que cambiar y busco lo mejor. Porque también y ustedes lo saben, los oferentes están cómodos, si ellos saben que nuestra actitud es mantenernos tranquilos en ese esquema de trabajo, no van a estar preocupados, ni estresados, yo quiero a esos oferentes estresados, diciendo “hay competencia, compito con fulano, compito con sutano, esos se me van a ir arriba y entonces, voy a bajar los precios, voy a acomodarme a esta competencia”. Y como digo ejemplo de cientos, que espero que veamos aquí en Junta, lo muestran y eso es lo que yo quisiera, ese dinamismo. Gracias.

El doctor Macaya Hayes le da la palabra a don Christian.

Director Steinvorth Steffen:

Me parece que poco estamos colaborando con la reactivación económica de este país, si siempre las mismas empresas son las que ganan las licitaciones, el otro día tuvimos aquí la compra, pues nos presentaron la compra de unos vehículos y uno de los requisitos era la cantidad de vehículos que vende esa empresa en el país. Entonces, obviamente, solo dos calificaban, entonces, me parece que tenemos que ser, bueno, en los términos que dijo doña Marielos, específicamente, tiene que tener oportunidad cualquiera en este país de poderle vender a la Caja y, obviamente, con las ventajas que eso puede tener. Ahora, con relación a lo que decía don Juan Manuel, me parece que tiene toda la razón y preparar una licitación es un costo importante, porque es todo un esfuerzo de un equipo y no es necesario pasar por todo eso, porque se necesita específicamente una cosa muy particular, pero entonces, hay que evitar ese proceso licitatorio.

Doctor Macaya Hayes:

Quisiera preguntar si hay algunas opciones técnicas y operativas para mejorar el costo, entonces, producirlo nosotros, estas bolsas con el contenido o tener algún tipo de adaptador de estas bolsas con los diferentes equipos, porque estamos hablando de 4.5 millones de dólares y probablemente, el costo es mucho más bajo que eso. Si nosotros podemos jugar con algo que adopte para no estar amarrados a un equipo, buscar una solución tecnológica, pregunto.

Dr. Cerdas Calderón:

La posibilidad de que parenterales produzca, digamos, es con un equipo suizo, es un dispositivo ya se ha analizado y no es posible, comenzando por el material que tiene las bolsas y el tipo de solución y los adaptadores que tiene, eso no es posible en la Institución. Los que se preparan en la Institución sirven para sueros de diálisis, pero son sencillos, es que esto necesita el tema de bolsa gemela que el paciente se lo lleva a la casa, yo estoy de acuerdo en que debe haber congenia, por supuesto, pero particularmente en este caso, la gran discusión en su momento es el buen juicio, el hecho de estar cambiando la marca cada año, implica cambiar todo el sistema al que el paciente está conectado, es decir, un catéter para diálisis peritoneal. En cuanto al comienzo del programa, había que traer todos los pacientes y educarlos, nuevamente, con el nuevo sistema lo cual implicaba un costo de tiempo del médico, de enfermería; básicamente, de laboratorio y lo que vimos con un estudio que tuvimos que llevar en ese momento, al estar cambiando de un sistema a otros, hubo más infecciones peritoneales, lo cual implicaba que el paciente se tenía que internar de siete a diez días, ustedes saben lo que cuestan los días de hospitalización. Todos esos razonamientos se vieron en su momento y la mejor decisión fue quedarse solo con un sistema, es lo mejor para el paciente, para el programa y desde el punto de vista, porque los precios siguen siendo razonables, es lo mejor también para la Institución.

Director Salas Chaves:

A mí me parece que se me adelantó el Dr. Cerdas, esta enfermedad está ocurriendo en prácticamente, toda la región centroamericana y República Dominicana, es una enfermedad que se volvió epidémica y está causando enorme cantidad de pacientes que muy jóvenes que, prácticamente, de veinte o menos años, llegan al trabajo con datos ya de elevación de creatinina y de ahí en adelante arranca una enfermedad que puede ser de un inicio agudo o que venían ya crónicamente enfermos. Lo real es que durante todo el proceso del trabajo de la vida activa, la enfermedad progresa muy rápidamente, hacia una insuficiencia renal crónica. Buenos, de todos,

porque los he examinado a todos los países centroamericanos el único que tiene un programa verdadero, efectivo que funciona es el nuestro, porque en el resto de los países no se logró educar adecuadamente a la familia y al enfermo, para la utilización del equipo. Lo que pasó en Nicaragua es el desastre hasta el día de hoy, en la zona norte de Nicaragua donde se encuentran las plantaciones de la caña de azúcar más grande que generan ahí el ron Flor de Caña. Ahí resulta que tuvieron una mortandad, no era la mortalidad, era la mortandad, se murieron los pacientes de peritonitis aguda, porque se trata de cortadores de caña, sembradores de caña que no fueron a la escuela la mayoría y que esos se conviertan en expertos en asepsia, para la utilización de unas manos corronchosas, durísimas, llenas de tierra que se les cepilla las manos y todo lo demás, con el objeto de que tengan una adecuada higiene, por no decir asepsia murieron por peritonitis aguda “pero como matar moscas”, en el caso nicaragüense y hasta el día de hoy ha sido un caso presentado ante la Organización Internacional del Trabajo (OIT), por haber sido tan masivo, fueron cientos de muertos. Entonces, yo lo fui a ver y tuvo que ser eliminado, no pudo continuar y no se pudo hacer la diálisis peritoneal en la casa, que es lo que se pretende. No estamos hablando de la que se hace en el hospital, que ahí tiene una garantía y que hay unas enfermeras y unos médicos, etc. y un equipo. En el resto de los países centroamericanos es, exactamente, un desastre, porque resulta que los cuidados que hay que tener a la hora de conectar todos los sistemas en una persona, que difícilmente entiende más allá de un machete en sus manos, ha sido difícilísimo. Entonces aquí, como dice el Dr. Cerdas nosotros los tuvimos igual, nada más que existe un sistema nacional de salud y, obviamente, los pacientes fueron valuados al Hospital de Liberia y atendidos, alguno se habrá muerto por la “peritonitis”, porque es una peritonitis montada sobre un paciente que ya tiene insuficiencia renal, a quien no se les puede dar todos los medicamentos, que uno le daría a cualquier otro paciente, en las cantidades que uno quisiera dárselas, porque no tiene capacidad de eliminación. Entonces, yo estoy absolutamente de acuerdo con lo que aquí se ha dicho, a mí me parece muy importante, tanto lo que ha dicho Marielos Alfaro sobre la necesidad de poner a todo el mundo a competir y lo digo para todos los demás productos y equipos y todo lo demás. Sin embargo, hay consideraciones y yo creo que hay que hacer, el monto es elevadísimo, a mí me parece que cuatro millones de dólares es una cosa muy grande, bueno, pero son 700.000 bolsas, por un lado y ciento y resto de mil de otras. Los que ustedes han podido visitar en Cañas, las unidades que se tiene ahí de diálisis, o en Liberia lo habrán visto y ahora, iniciando en Neilly, ya Neilly estrenó una unidad para atender los pacientes, porque resulta que el estudio que está haciendo el Dr. Roy Wong, es interesantísimo porque se puede ver cómo los pacientes, donde ya se detectan enfermos no los contratan, entonces, empiezan a irse a otros lugares a buscar trabajo y tienen familiares y responsabilidades y están terminando en Limón, en San Vito y en Neilly. Entonces, ya son tantos que allá les tienen que hacer este tipo de atención. Estamos ante un problema gravísimo, estamos totalmente de acuerdo, entonces, yo pienso que si bien lo que aquí se ha dicho -y me parece fundamental que quede claro ante todos los que estamos aquí- de que estamos dando una lucha frontal, por el sostenimiento del Seguro de Salud y que tengamos Seguro Social por muchos años, este tipo de cosas, por supuesto que es muy importante y tiene un impacto enorme, pero hay que entender que el tema de educación al paciente, en este caso es el tema central de todo el asunto, porque por más educación que yo le dé a él y a la familia, siempre quedan posibilidades de que no se aprenda adecuadamente la técnica y que no podamos darle atención a un paciente, que en la mayoría de estos casos no son tributarios de trasplante renal que es lo que quisiéramos tener para todos. Los que están en diálisis en el hospital en este momento, son tributarios de un trasplante renal, probablemente algunos de ellos van a tener que hacerlo por los últimos días.

Dr. Cerdas Calderón:

Nada más agregar, si los pacientes que si los pacientes no salen de este programa, pero por si alguna razón tiene que salir del programa, ya sea por alguna falla técnica de los dispositivos, la opción que les queda es la de la hemodiálisis y nuestros servicios de hemodiálisis están saturados, ya no nos caben más pacientes de los hospitales que vienen. Entonces, no es posible ampliar la oferta de hemodiálisis, nos hemos ido con la mayor parte de los pacientes hacia este programa y sí hemos logrado sacar pacientes. No es un programa paliativo, sino que es un programa que en realidad, también estamos sacando bastantes pacientes del programa y recordando también, hablando de lo que es el costo que hemodiálisis, un estudio de costos de la Gerencia de Tecnologías e Infraestructura, propiamente del área de equipamiento, la hemodiálisis es cinco a seis veces más cara, que es lo que cuesta este programa.

El doctor Macaya Hayes le da la palabra a don Mario y después a la Dra. Solís.

Director Devandas Brenes:

Bueno, en primer lugar yo creo que la Caja efectivamente hace un esfuerzo impresionante en este tipo de padecimiento, ya lo hemos discutido en varias oportunidades aquí en la Junta Directiva. Yo sigo insistiendo que a pesar de unos estudios que se hicieron, esto tiene todas las características de ser una enfermedad derivada de las condiciones laborales, porque nos decían que Guanacaste el agua tenía no sé qué, incluso, el agua se mandó a un especialista a Argentina, para hacer un estudio de aguas pesadas y separación de metales, para poder hacer análisis de este tipo del agua en esas zonas, pero se extiende por Centroamérica y curiosamente, en plantaciones similares, caña y entonces, el problema es que si esto se determina como una enfermedad laboral, el Instituto Nacional de Seguros (INS) tiene que asumir la responsabilidad que le corresponde y resulta que no lo hace y le corresponde a la Caja absolutamente todo el costo de este programa humanitario, que me parece que hay que seguirlo apoyando. Yo eso lo entiendo muy bien y el esfuerzo que hace el país, pero aquí hay un tema de carácter, digamos, de carácter político-técnico, el Dr. Cerdas nos ha dicho que ustedes, después de un análisis con los pacientes llegaron a la conclusión de que la mejor decisión técnica era mantener el esquema de tratamiento con esos equipos y estos insumos. Entonces, ya ahí esa licitación se convierte en un formalismo, porque ya hay una base técnica que nos obliga a adjudicar, prácticamente, sin grado de libertad para la Junta, porque la idea de que la Junta Directiva discuta y apruebe las licitaciones, es porque hay cierto grado de libertad para tomar decisiones. Entonces, esto me lleva a otro tema, ese tipo de decisiones técnicas, creo yo cuándo se van a tomar, porque tenemos también, recuerdo la discusión de Loría en el caso de los exámenes de laboratorio que las máquinas que hacen los exámenes de los laboratorios están vinculadas a cierto tipo de insumos. Entonces, comprábamos las máquinas y después, no había más remedio que comprar los mismos insumos. A mí me lleva la consideración que estas definiciones técnicas de esa naturaleza, deberíamos estudiarlas Dr. Cervantes, para ver de qué manera vienen a Junta, incluso, por lo que dice el licenciado, si la decisión técnica ya tomada incluso por la Junta es que eso va en esta dirección, podemos ahorrar procedimientos y costos de contratación y esta es la decisión que se toma. La otra cosa que aquí hemos hablado ya varias veces -Dr. Cervantes, Dr. Macaya- de que en algunas licitaciones, casi que sería como prudente que la Junta Directiva, viera los carteles es que a veces, cuando a usted le dicen y algunos oferentes se me han acercado a mí y me dicen “es que ese cartel ya está” -y lo voy a decir como me lo han dicho- “ese cartel está diseñado con nombres y apellidos, no podemos ofertar, porque ya el cartel nos dejó afuera”, pero

me parece que tenemos que estudiar. Entonces, ahora vuelvo a molestar al nuevo Gerente de Logística en estudiar esto, si alguno; bueno, primero las comisiones que tienen los carteles; segundo, si alguno de esos carteles por sus características debería ser revisado, incluso, a nivel de Junta porque de nuevo, de por sí el cartel ya está en la licitación, es un formalismo como en este caso. Esas son mis consideraciones en torno a esto, para ir digamos avanzando en la complejidad, yo entiendo la complejidad del problema, no es fácil, pero ustedes también deben comprender que para nosotros, la Junta Directiva es muy complicado estar amarrada a un solo oferente, porque ciertamente si yo soy el único oferente, puedo hacer concesiones, pero voy a tener una gran ventaja a la hora de definir el precio, porque solo yo estoy. Incluso, fíjese usted que podría ser que nos resultara que en otros países el precio es similar o más bajo que el de nosotros. Qué hacemos, habrá que ir a rogarle al oferente, mire usted vende en tal lado más bajo, se le pide el descuento y si dice que no, estamos obligados a comprárselo por las razones médico-técnicas que el Dr. Cerdas nos ha explicado, Ese es mi criterio y mi sugerencia tanto para el Gerente General, como para el Gerente de Logística de estudiar más los procedimientos, para ver si podemos estar más satisfechos y más tranquilos.

Directora Solís Umaña:

Lo que pensaba decir ya lo dijeron los compañeros, pero yo los felicito doctor, porque tienen ese tipo de programas y en muchos países no se tienen y el problema renal, la insuficiencia renal lo lleva a uno a la muerte en menos de un día.

Dr. Cerdas Calderón:

La mayoría de los pacientes son de la tercera edad.

Directora Solís Umaña:

Eso por un lado, a ese riñón viejo además le caen muchas cosas. Yo creo que la Institución -lo vuelvo a repetir- está hecha para dar salud, si bien es cierto todo hay que comprarlo, porque no lo hacemos, los economistas van a tener que dejar de pensar en blanco y negro, porque hay de por medio un ser humano y qué dicha que usted lo dijo, del por qué es que estamos apuntados con un solo oferente, porque habrá que sacarles a todos el dispositivo este, para volverles a meter otro y cada vez que se hace una licitación y queda otra empresa, hay que volverles a cambiar el dispositivo, o sea, eso es inhumano y arriesgado, porque es un proceso quirúrgico, a que haya infecciones peritoneales, porque me imagino que ahí donde se lo ponen y yo, los entiendo, pero sí tratemos de que ya que existe un solo oferente, de buscar rebajas de pedir rebajas, porque es mucho dinero con el que estamos tratando.

El doctor Macaya Hayes le da la palabra a don Ólger.

Lic. Sánchez Carrillo:

Una recomendación y una sugerencia para la administración activa, una vez que efectuamos la revisión de este proceso licitatorio, en el ítem 1) no dispone de certificado de registro MB del Ministerio de Salud, por lo cual se invoca la aplicación artículo 117° de la Ley General de Salud, lo cual es jurídicamente válido. Sin embargo, la recomendación es que aquí, profanamente, para

futuros procesos de contratación administrativa, cuando invocamos el 11° de la Ley General de Salud, es como un procedimiento excepcional, porque el riesgo es que la Caja asume toda la responsabilidad en relación con una eventual falla del insumo en este caso y la otra recomendación, también, es aprovechar las bondades que a la Caja le otorga la Ley N° 6914, específicamente, en el tema de materia de calificación de oferentes, porque eso también nos da como Institución un mayor músculo y evitar como decía el tema de la utilización del 117° que debe ser un mecanismo excepcional.

Dr. Cerdas Calderón:

El problema es que el Ministerio tarda mucho en renovar los Registros Sanitarios, tardan mucho, mucho tiempo, entonces, cuando se les llegó el momento de la licitación, la solicitud de renovación que presentó el oferente no se había renovado, entonces, se tuvo que recurrir a ese artículo de excepción.

El doctor Macaya Hayes le da la palabra a don José Luis.

Director Loría Chaves:

(...) don Mario lleva razón y esto lo discutimos hace varios años, la Junta cuando se viene aquí a presentar una licitación, con criterios técnicos y demás, no tiene otra salida que aprobarla, incluso, si uno ve el histórico de eventuales licitaciones que vienen, a veces las suspenden temporalmente, a veces un miembro vota en contra de una licitación, por lo general todo se aprueba es como que no hubiera otra alternativa, eso es lo que uno entiende. Y hace bien don Mario al decir que la Junta debería discutir algunos temas esenciales, sobre todo porque los procedimientos son muy caros, si aquí va a haber algún esquema de atención de una enfermedad terminal, sería interesante que la Junta apruebe el esquema antes de que se hagan las licitaciones. Yo comparto con don Mario y también, la Junta más que las licitaciones debería ver los carteles, porque ahí es donde está el contrato y normalmente, lo hacemos al revés, a veces hay señores directores que tienen dudas sobre una licitación y todo lo que se trabaja en los diferentes ámbitos, pero no conoce el cartel de previo, eso es un tema que a la luz de la sostenibilidad del Régimen de Salud deberíamos de ver nuevas alternativas. Yo insistí mucho y seguro tengo al Dr. Cervantes cansado de decirle un ejemplo que pasa mucho en la Caja, que es cuando un especialista hace una subespecialidad afuera y allá en un hospital famoso encuentra un nuevo procedimiento, va al hospital de referencia donde trabaja, convence para que se haga ese procedimiento, hay una nueva demanda y la Junta ni cuenta se dio. Es más la Junta lo que vio al final fue un nuevo procedimiento en el México, en el mismo Calderón Guardia, pero esa demanda que tiene un costo, la Junta no solicitó, es más nadie sabe quién autorizó al director del hospital a hacer un nuevo procedimiento. Estas cosas, como que se empiezan al revés, hay que pararlas si queremos que esa sostenibilidad esté acompañada de criterios de Junta Directiva más sustentados, porque puede ser que haya procedimientos que son tan caros, extremadamente, caros que la Junta pueda decir busquemos otros procesos diferentes, yo compro el argumento de don Mario que es correcto. Por otro lado, me parece a mí que tratándose de una licitación de esta naturaleza que, efectivamente, no es cara y no es cara, es cara por el monto, pero el impacto que tienen los asegurados sin duda alguna es muy importante y yo que trabajo mucho con ustedes y pensando fundamentalmente en el bienestar de los pacientes y de los asegurados. Sin embargo, yo que conocí productos parenterales desde que se inició en la Caja, que se llamaba Clavenol, es una empresa gringa, prácticamente, que la Dra. Ching Apuy fue la primera directora

de ese laboratorio, porque venía porque venía con Clavenol y se quedó con la Caja, he visto las mejoras que le han hecho a ese laboratorio hace ocho años, cuando don Ubaldo Carrillo estuvo de Gerente de Logística y lo puso a producir el triple. No quiero decir que hay que hacerlo, que hay que comprar nueva maquinaria para hacer esto mismo, pero sí estamos obligados a hacer un estudio de costos-beneficios. No digo que montemos una maquinaria para producir este tipo de insumo, para empezar hay que hacer bolsas de otra naturaleza, pero bolsas, la bolsa tampoco la produce parenteral, porque produce los sueros y todo lo demás, entonces, tal vez me hago entender, yo no digo que lo hagamos en parenterales, pero sí debería haber un estudio costo-beneficio, o sea, mínimo, porque si yo voy a tener aquí esto, cuatro años, más cuatro años, serían varios años de comprarlo, estoy obligado a hacer por lo menos un estudio de costo-beneficio, lo más objetivo posible, no significa que vamos a hacer los otros o a comprar, simplemente, para ver dónde estamos parados con respecto del tema de costos, porque sobre todo ese tipo de productos, no es tan complejo hacer. Tal vez estoy diciendo una cosa que suene como a “herejía”, pero digamos no es lo mismo esto que otros productos, que son más biotecnológicos, más complejos, etc. Entonces yo sí creo, doctor Macaya, que si bien es cierto, podemos aprobar esta licitación, yo quisiera un segundo acuerdo en el sentido de que se haga un estudio costo-beneficio, simplemente de lo que es posible aquí y lo que es comprarlo, porque si se está empezando se va a tener que comprar por muchísimos años, no es malo hacer ese estudio costo-beneficio.

Dr. Cerdas Calderón:

En una bolsa viene la solución de diálisis que, básicamente, (...) tiene una concentración de glucosa y electrolitos y un (...) para la corriente sanguínea, muy similar al de la sangre y tiene una línea que se va al paciente y luego, tiene una bolsa vacía y el paciente drena el suero, luego, el peritoneo. El proceso no es fácil.

Lic. Delgado Martén:

Una pregunta, ustedes de casualidad cuando hacen los sondeos previos para estos carteles, en alguna oportunidad han utilizado la audiencia preliminar cartelaria, como una forma de acercar los potenciales oferentes, para conocer qué tienen y qué no. ¿La han utilizado alguna vez?

Licda. Badilla Chaves:

En realidad nosotros sí utilizamos la figura de la audiencia previa, pero en esta licitación en particular, no se utilizó, en otros casos sí la hemos utilizado, en este caso particular no. Igualmente, en relación con los otros temas que hemos considerado, es importante indicar que si bien es cierto que podría ser que el proveedor que sea idóneo, lo que está planteado por ellos para utilizar la figura de oferente único, si bien es cierto que existen en el mercado otras opciones también y por eso se optó por hacer la licitación pública, con el fin de abrir la posibilidad que cualquier otro oferente no solo participara, sino que si considera que la ficha técnica, podría estar siendo guiada para un mismo oferente que las pudieran ocupar, sin embargo, no hubo objeción. Como les digo, se dio la posibilidad de que pudieran participar más oferentes, se publicó mediante La Gaceta y sin embargo, no hubo objeciones y solamente participó esta empresa, eso por un lado. Por otro lado también, en relación con el otro código que anda por ahí, no configura el hecho de que aquí se están haciendo dos procesos y el tercero en forma separada, no configuraría un fraccionamiento, sino

que lo que se está analizando, eventualmente, con la Gerencia Médica es consolidar para futuras compras los tres ítems y valorar hacer una sola compra con los tres ítems incluidos.

Doctor Macaya Hayes:

Si no hay más comentarios pasemos al acuerdo. Sería el acuerdo para adjudicar esta compra y un segundo acuerdo de que se realice un análisis costo-beneficio de producir lo que se pueda producir de esto, internamente.

Nota: se están generando una serie de observaciones respecto de los acuerdos.

Dr. Cerdas Calderón:

Para aclararle a don Mario, existe una comisión interinstitucional de esa enfermedad, está el Ministerio de Salud, el Ministerio de Trabajo, la Institución, están los trabajadores, el Instituto Nacional de Seguros (INS) y hasta el momento el INS en esa comisión lo que está haciendo en la práctica, únicamente, se ha comprometido a atender los casos agudos que llamamos choque de (...), pero con los crónicos no hay todavía nada definido.

Director Devandas Brenes:

(...) nos encontramos un estudio hecho por una gran cantidad de especialistas sobre este tema y, curiosamente, no me cerraba; entonces, me enteré por otras vías que había cierta resistencia gubernamental, a que eso se incluyera como una enfermedad laboral, pues podría tener un roce internacional y una serie de razones, ustedes saben que hay empresas que pagan (...). Le parece se podría tomar un acuerdo para que el tema sea revisado.

Directora Solís Umaña:

Se podría hacer un estudio para determinar de cuánto es por laboral, cuánto es por diabetes, cuánto es por hipertensión, porque ese tipo de insuficiencia es por todo eso.

Dr. Cerdas Calderón:

Doctora, depende de la parte geográfica, nosotros podemos hablar de enfermedad renal crónica de causa tradicional que es por hipertensión, diabetes, lupus, etc. y la no tradicional que es la mesoamericana que es la que tiene un gran riesgo laboral. Si nos vamos a la región Chorotega, la gran parte de ahí son mesoamericanos. Si nos venimos al Valle Central al (...) ahí sigue siendo la tradicional, diabetes, hipertensión y lupus, entre otras. Yo diría que el 35% de los pacientes que actualmente están en los programas de diálisis, no solo la región Chorotega, sino todo el país, responden a la mesoamericana, no tradicional y el resto serían las causas tradicionales.

Directora Solís Umaña:

Y este programa es para todos.

Dr. Cerdas Calderón:

Este programa nos ha servido como un pozo salvavidas, para poder afrontar las epidemia de pacientes que se nos vinieron los últimos años.

Dr. Cervantes Barrantes:

Nada más una observación de lo que dijo don José Luis y don Mario, realmente, sí es cierto muchos directores muchas veces y jefes de servicio han dicho que se han disparado, que hay tecnología nueva, a uno le ha pasado como director y, sin embargo, muchas veces no han sido muy exitosos. Pero tiene toda la razón hay que ordenarlos y precisamente, en eso hemos estado trabajando con la comisión de reestructuración, con el departamento de evaluación de tecnologías, esa es una solución que ya la tenemos muy cerca. Básicamente, yo diría y don José Luis estuvo en la última reunión, ya la tenemos armada es cuestión de terminar de estructurarla y eso hace con que ahí se para todo. Ahí es donde se decide, ahora van a ver algo interesante con unas tecnologías que traemos ahí, que podría ahorrarle mucho dinero a la Institución y sin embargo, yo les contaba que ya está en Heredia y, entonces, me preguntaron cómo y es una realidad que produce ahorro. Esto va a ser regulado por la comisión de tecnologías y ahí va a ser un desarrollo diferente.

Director Loría Chaves:

Perdón doctor, ahora que lo dice, hay que aprobar una política al respecto, doctor hay un congreso interamericano de tecnologías.

Doctor Macaya Hayes:

Ahora en noviembre, pero lo gestionamos nosotros.

Director Loría Chaves:

Pero es muy raro y no hemos aprobado la política, entonces, hay que hacerle el ajuste a la política, podríamos trabajarlo con premura.

Dr. Cervantes Barrantes:

Ya lo presentó.

Director Loría Chaves:

Qué bueno eso me encanta.

Doctor Macaya Hayes:

Bueno, entonces, este es el segundo acuerdo.

Licda. Chaves Badilla:

El segundo acuerdo sería instruir a la Gerencia de Logística para que en coordinación con la Gerencia Médica y Financiera, se realice un estudio de costo-beneficio para determinar la conveniencia de producir suero de diálisis peritoneal domiciliar, a través del laboratorio de soluciones parenterales.

Dr. Cervantes Barrantes:

Que la Gerencia Médica haga una revisión de todas las iniciativas que hay y entonces, así unificar iniciativas, porque tenemos en varias partes del país y en varios hospitales nacionales.

Director Loría Chaves:

Don Manuel Cerdas, es que ya está bastante analizado, las zonas y el tipo de proceso de la enfermedad, entonces, yo más bien diría que sería bueno que nos trajeran un informe más detallado, para que la Junta tenga una idea más clara.

Director Devandas Brenes:

Perdón, podría ser algo más amplio, la Gerencia General, la Presidencia Ejecutiva con base en esos informes y que se procure un acercamiento con el INS para tratar de llegar a un acuerdo, sin acuerdo vea que, incluso -y si no es así me corrige don Gilberth- si tuviéramos discrepancias con el INS en un tema como este, creo que hasta el Presidente de la República tiene cierta injerencia, porque el Poder Ejecutivo cuando hay discrepancia entre las instituciones tiene cierta facultad, porque este es un problema de sostenibilidad de la Seguridad Social. Entonces, yo más bien diría en el acuerdo que la Gerencia General, con base en los folios científicos técnicos de la Institución procure un acercamiento, o impulse un acercamiento con el INS para tratar de llegar a un acuerdo sobre este tema. Yo sé que hay una comisión técnica pero, bueno, ese es mi criterio. Loría, para no dejarlo sujeto a que vuelva a Junta, lo que vendría a Junta es si no se llega a un acuerdo, informar a Junta, pero ojalá se llegue a un acuerdo.

Doctor Macaya Hayes:

Incluso, se está planeando un estudio para determinar las causas de la enfermedad crónica renal, incluye la Asociación de Nefrología Internacional y un montón de organismos.

Director Devandas Brenes:

Hay un estudio que se hizo con especialistas de la Caja, si no me falla la memoria, el Dr. Cerdas debe saber, había como 100 especialistas, hicieron un informe largo.

Doctor Macaya Hayes:

Se iba a publicar y faltaba como más, hay ciertas cosas, primero detectar los casos de forma más temprana, se detectan cuando ya están muy avanzados en su enfermedad y tener como cohortes de grupos, o sea, un estudio diseñado para eso. El que se realizó que fue un estudio bastante grueso no llegó a ser conclusivo.

Dr. Cerdas Calderón:

Nosotros con el Dr. Wong ya estamos haciendo un protocolo y lo tenemos bastante avanzado y yo creo que en algún momento, va a llegar a presentarse.

Doctor Macaya Hayes:

Se ha producido en esta Junta Directiva una discusión, aparte de la licitación, sobre la investigación que se está planeando para abordar el tema y ver hasta dónde hay espacio para que se revise el tema.

Licda. Badilla Chaves:

Instruir a la Gerencia General, en conjunto con la Gerencia Médica para que realice una revisión de los estudios técnicos realizados, sobre la relación de la enfermedad renal crónica y presente un informe a esta Junta Directiva en un plazo de tres meses.

Director Devandas Brenes:

¿Y cuál es el primer acuerdo?

Licda. Badilla Chaves:

El primero es la adjudicación de la compra que quedaría en estos términos.

Director Devandas Brenes:

Es que se está adjudicando por cuatro años.

Licda. Badilla Chaves:

Pero es facultativa y eso se revisará previo, las prórrogas no son inmediatas.

Lic. Delgado Martén:

Don Mario, en realidad es por un año y la posibilidad de la prórroga es facultativa de la Junta Directiva, no es automática.

Subgerente Jurídico, Lic. Alfaro Morales:

Lo que ha pasado es que se ha estilado por parte de la Junta, más allá de que legalmente no es estrictamente necesario, pero sí ha estilado la Junta que cuando se van a prorrogar estas compras, la Junta quiere tener conocimiento previo y no se hace si previamente no le da un aval, aunque no sea estrictamente necesario y hay antecedentes y aquí lo dice.

Licda. Badilla Chaves:

En realidad esta autorización que se trae a Junta Directiva es cuando el monto va a ser superado, cuando es una licitación pública, pero en los casos de las prórrogas no se traen a Junta Directiva, eso siempre ha sido facultativo de la administración.

Director Devandas Brenes:

La pregunta mía es, perdón, si después de esta discusión llegamos a una conclusión dentro de seis meses, pero ya son cuatro años. Me siento muy incómodo que sean cuatro años.

Subgerente Jurídico, Lic. Alfaro Morales:

Perdón, Ileana es que el tema es que cuando las discusiones se dieron en algún momento, nada más para decir que como es un estimado el monto que se tiene por la naturaleza de la compra, algunos directivos en otras oportunidades, no era estrictamente esta conformación de la Junta Directiva, viera que como era un estimado, de alguna manera tenían el temor de que ese estimado rebasara lo que se le estaba presentando a Junta. Hablo de historia no digo que sea cierto o no, pero decía que como era un estimado de cuatro millones de dólares, puede rebozar en cinco o seis millones de dólares. Entonces qué harían ellos tomando el pulso a que ese estimado fuera más o menos aceptado y por eso esa prórroga que se hiciera de una compra de este tipo, ellos querían conocerla antes de que se aprobara.

Licda. Badilla Chaves:

Lo que pasa es que en la prórroga se conserva el mismo monto, la autorización es cuando se va a sobrepasar el monto y por eso es que se pone la leyenda, que en caso de requerirse una cantidad mayor, se deberá solicitar la autorización previa a la Junta Directiva. La prórroga en principio es facultativa, porque el mismo monto adjudicado quedaría en este techo, entonces, la prórroga sí está establecida de esa manera.

Director Loría Chaves:

Lo que pasa es que la Junta había pedido insistentemente, que no le parece que las prórrogas de los contratos se hagan automáticas, porque eso se puede, eventualmente, prestar que no se haga la tarea previa de buscar en el mercado mejores precios. Entonces, la Junta dijo si usted ve el histórico de las compras la mayoría se prorrogan automáticamente y la Junta cuando tiene conocimiento de si se hizo o no, se haya tomado alguna decisión para la prórroga, para ver si se hizo la indagación en el mercado, para ver si hay otros precios en el mercado. Por lo menos que nos informe, a eso me refiero también que era una preocupación de la Junta Directiva.

Licda. Badilla Chaves:

Tal vez en ese sentido me gustaría aclarar que dada la redacción del acuerdo que esta prórroga, a pesar de que es facultativa, se debe acreditar previamente en el expediente los estudios que comprueben la razonabilidad del precio y las condiciones del mercado que beneficien los intereses de la Institución.

Director Loría Chaves:

Pero en el expediente, entonces, la Junta no lo conoce.

Doctor Macaya Hayes:

¿La compra anterior a esta por cuánto tiempo fue o cuántas prórrogas?

Licda. Badilla Chaves:

Igual a esta, la última compra fue en el 2015. Ha estado por tres, cuatro años.

Doctor Macaya Hayes:

Hay que ver el estudio de cuánto cuesta producir esto internamente, porque estamos hablando de si los volúmenes eran similares, estamos hablando como de dieciocho millones de dólares en estos cuatro años, un monto de esa naturaleza da para establecer plantas de todo tipo. Pero si no fuera el caso, tal vez las compras deberían ser por plazos mayores, una compra por cuatro años que viene con el equipo, entonces, ahí tiene que competir porque sabe que el que pierde va a estar fuera por cuatro años.

El doctor Macaya Hayes le da la palabra a la Licda. Chaves Díaz.

Licda. Chaves Díaz:

Tal vez un poco para recordar, hay una norma que precisamente fue aprobada por Junta Directiva, condiciones generales del contrato desde hace algún tiempo, condiciones generales señala que antes de prorrogar un contrato, se tienen que hacer estudios. Ese principio nosotros sí tenemos reglado que bajo ninguna circunstancia puede haber una prórroga tácita en el contrato, usted tiene razón, porque cuando se va a prorrogar se hacen estudios y se analizan las condiciones similares a las anteriores, pero ya se han hecho estudios como estos, por ejemplo, ya se ha determinado que no hay mejores precios, o no hay precios más ventajosos en el mercado. Se ha determinado que en la necesidad se actualice que el contrato contractual siga siendo el mismo, que no haya cambiado la demanda, ni la necesidad de la Gerencia Médica. Entonces, se determina la viabilidad de prorrogar o no, esa es una de las prerrogativas que la ley nos permite. Además, considerando los otros procedimientos de que sea por un período, con la facultad prorrogable de otros períodos. Ahora, en este caso específico, ustedes tienen razón tenemos un estudio que está en el criterio, ese estudio se va a hacer, obviamente, si ese estudio va a arrojar que existe viabilidad de producir, igual tendríamos que determinar el tiempo en el que se va a producir y de ahí, partiría la decisión de si se prorroga o no el contrato.

Director Loría Chaves:

Eso no es lo que yo estoy planteando, perdonen las dos, yo lo que digo es que esta Junta Directiva, este cuerpo colegiado toma una decisión del contrato y conoce el contrato y conoce el monto y todo lo que hoy se está votando, pero no conoce la prórroga, ese es mi punto. Yo estoy votando hoy realmente cuatro años, estoy votando no el monto, estoy votando un monto muy diferente. Entonces, mi punto es -Adriana tal vez- no me están comprendiendo, hoy no estamos votando este

monto, estamos votando un monto de los cuatro años, ¿están comprendiendo? yo dentro de un año no sé qué pasó con eso y nadie me informa y estamos sobre un acuerdo anterior prorrogando, me explico. Yo lo que estoy planteando es que la Junta debe tener informes sobre cada situación que se hace prorrogable, se le informe a la Junta dentro de un mes se ve y se va a prorrogar por esto, esto y esto, simplemente le informe, para que la Junta sepa que lo que votó hace un año se va a prorrogar, porque al final no estamos votando esto, estamos votando cuatro años.

Licda. Chaves Díaz:

Don José, lo hablé ahorita con don Juan Manuel, un poco el asunto es el plazo, no le vemos pero, obviamente, ustedes tienen la prerrogativa de solicitar estos informes y los vamos a hacer, el tema es que, usualmente, y no podemos esperarnos un mes el vencimiento. Entonces, los estudios para determinar si se va a prorrogar o no, por el tema de la fabricación y la importación de los insumos, dependiendo de lo que sea, se inicia cinco meses antes. Entonces, nosotros estaríamos viniendo a Junta, yo creo que muy tarde a determinar si se va a prorrogar o no, casi que tres meses antes, 90 días don Miguel, 90 días antes estaríamos aquí.

Director Loría Chaves:

(...) hacer un análisis de todos los contratos que tiene esta Institución y cuántas prórrogas tienen. Algunos contratos tienen 20 años de prórrogas, es una realidad, 16 años están con prórrogas, 12 años de hacer prórrogas, no es ni un año, ni cuatro, simplemente es el estado de cosas aquí. Entonces, por eso yo digo la Junta debe estar informada cada año, haciendo una nueva valoración, es un nuevo monto. Entonces, que se revisen los expedientes y le pasen un informe a la Junta de todas las prórrogas que se hacen y el monto de la prórrogas.

Director Devandas Brenes:

Póngame el segundo acuerdo, porque me parece que podríamos agregarle lo del laboratorio de soluciones parenterales u otras opciones y ponerle un plazo no mayor de un año, que nos den el informe, porque si entonces viene el informe dándonos dos opciones dentro de menos de un año, entonces, ya podemos tomar decisiones sobre estas compras. Yo les sugiero eso que pongan en el acuerdo, instruir a la Gerencia de Logística para que en coordinación con la Gerencia Médica y la Gerencia Financiera, realice un estudio de costo-beneficio para determinar la conveniencia de producir el set de diálisis u otras opciones y ponerle un plazo de no más de un año. No sé si será mucho.

Director Loría Chaves:

Para el estudio debe ser más rápido.

Director Devandas Brenes:

Bueno, no más de seis meses y una vez que nos traigan eso, entonces, sí podemos estar más tranquilos con las prórrogas o no. Esa es mi propuesta.

Subgerente Jurídico, Lic. Alfaro Morales:

Un comentario, en el acuerdo tercero, se indica también que traigan estudios técnicos realizados sobre la relación de la enfermedad renal crónica con qué, en relación con qué.

Doctor Macaya Hayes:

Algún otro comentario. Procedemos a votar los acuerdos uno por uno. Vamos con el primero, en firme. Vamos por el segundo acuerdo, en firme y vamos con el tercer acuerdo, en firme. Muchas gracias.

Nota: los puntos suspensivos (...) significan que una frase o palabra del audio no se comprendió o no se escuchó bien.

Por consiguiente, conocido el oficio número GL-1329-2019, de fecha 12 de setiembre de 2019, que firma la Gerente a.i. de Logística que, en lo conducente, en adelante se transcribe literalmente:

“El Área de adquisiciones de Bienes y Servicios, mediante oficio No. DABS-2559-2019, traslada el presente expediente para que el mismo sea avalado por la Comisión Especial de Licitaciones, para su respectiva adjudicación por parte de la Junta Directiva.

- **Antecedentes:**

- **Fecha de invitación:** 26 de marzo del 2019. Diario Oficial La Gaceta No. 060.
- **Apertura:** 10 de mayo del 2019.

II ANALISIS RECOMENDACIÓN COMISION ESPECIAL DE LICITACIONES:

La Comisión Especial de Licitaciones analiza y recomienda la remisión para la Junta Directiva de la solicitud de adjudicación para la Licitación Pública No. 2019LN-000009-5101, para la adquisición de Sets de Diálisis Peritoneales Domiciliares, según consta en el acta de la Sesión Extraordinaria celebrada el 11 de setiembre de 2019, de la cual en lo que interesa se extrae:

- **Modalidad de la compra: Ordinaria. Prorrogable, entregas según demanda:** Compra para un período de doce (12) meses, con posibilidad facultativa de prórroga, una vez que se acrediten en el expediente los estudios que comprueben la razonabilidad de precios y condiciones de mercado que benefician los intereses institucionales, hasta por tres (03) períodos más de doce (12) meses, para un total de cuatro (04) períodos de doce (12) meses cada uno.
- **Participantes:**

Oferta	Oferente	Representante	Ítems Cotizados
Única	Nutricare S.A.	Oferta en plaza.	01 y 02.

- **Análisis Administrativo:**

Se efectuó el 13 de mayo del 2019 por el Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios, determinando que la única oferta presentada, cumple con los aspectos administrativos solicitados en el cartel. Folios 286 al 288.

- **Criterio Técnico:**

Mediante acta de recomendación suscrita por la Comisión Técnica de Normalización y Compras de Nefrología, visible en folios del 329 al 351, se concluye que la oferta presentada por la empresa Nutricare S.A. cumple con lo solicitado en las especificaciones técnicas para los Ítems 01 y 02, por lo que se recomienda técnicamente.

- **Razonabilidad del Precio:**

Mediante análisis de razonabilidad del precio, de fecha 05 de junio del 2019, el Área de Gestión de Medicamentos, indica, entre otras cosas, lo siguiente:

*“De acuerdo con la metodología utilizada y los resultados obtenidos, la compra de 719.000 UD de Set de Diálisis Peritoneal según Sistema de bolsa 2000cc al 1,5% de concentración de Dextrosa, el cual fue solicitada en el ítem 01 y que ofertadas en concurso 2019LN-000009-5101 a un precio unitario de \$ 5,46, ofrecido por la empresa Nutricare S.A. se considera un **precio razonable** de acuerdo con lo analizado.*

Asimismo, indica para el ítem No. 02, lo siguiente:

*De acuerdo con la metodología utilizada y los resultados obtenidos, la compra de 119.000 UD de Set de Diálisis Peritoneal según Sistema de bolsa de 2000cc al 4,25% de concentración de Dextrosa, la cual fue solicitada en el ítem 02 y que fueron ofertadas en concurso 2019LN-000009-5101 a un precio unitario de \$ 5,46 ofrecido por la empresa Nutricare S.A. se considera un **precio razonable** de acuerdo con lo analizado y los parámetros establecidos.”*

- **Criterio Legal:**

Mediante oficio No. DJ-03991-2019, de fecha 24 de julio del 2019, la Dirección Jurídica otorga el visto bueno para que la Comisión Especial de Licitaciones recomiende a la Junta Directiva el dictado del acto de adjudicación. Folio 415.

- **Presupuesto:**

Partida presupuestaria No. 2219 se han separado y se encuentran disponibles los recursos, para hacer frente al compromiso que genera este concurso No. DABS-CA-PRE-018-2019. Folio 361.

Por tanto, conocido el oficio N° GL-1329-2019, de fecha 12 de setiembre del 2019, y teniendo como fundamento:

- a. Análisis Administrativo: Efectuado el 13 de mayo del 2019 por el Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios.
- b. Acta de la recomendación técnica de la Comisión Técnica de Normalización y Compras de Nefrología en sesión ordinaria N° 009-2019, celebrada el 28 de mayo del año 2019.

- c. Razonabilidad de Precios: oficio del 05 de junio del 2019, emitido por el Área Gestión de Medicamentos, en el cual determina que el precio es razonable.
- d. Criterio legal de la Dirección Jurídica, oficio DJ-03991-2019 del 24 de julio del 2019.
- e. Acuerdo de aprobación de la Comisión Especial de Licitaciones en sesión extraordinaria, de fecha 11 de setiembre del 2019,

habiéndose hecho la presentación pertinente por parte de la licenciada Ileana Badilla Chaves, Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios y con base en la recomendación en los citados oficios números GL-1329-2019 y GG-1735-2019, la Junta Directiva -en forma unánime- **ACUERDA** adjudicar los renglones uno y dos de la licitación pública N° 2019LN-000009-5101, promovida para la adquisición de Sets de Diálisis Peritoneales Domiciliares, a la única oferta NUTRICARE S.A., oferta en plaza, según se detalla en el siguiente cuadro:

ITEM	DESCRIPCIÓN	Cantidad referencial anual	Precio Unitario
UNO	Set de diálisis peritoneal domiciliar según sistema doble bolsa de 2000 CC al 1,5% de concentración de dextrosa.	719.000 Unidades.	\$ 5,46 Cada Unidad.
DOS	Set de diálisis peritoneal domiciliar según sistema doble bolsa de 2000 CC al 4,25% de concentración de dextrosa.	119.000 Unidades.	\$ 5,46 Cada Unidad.

Para efecto de reserva presupuestaria y de gestión contractual, se estima un monto **MÁXIMO total anual para los dos ítems de \$4.575.480,00**. (Ítem 01: \$3.925.740,00 y el Ítem 02: \$649.740,00). En caso de requerirse una cantidad mayor deberá solicitarse la autorización previa a la Junta Directiva.

Modalidad de la compra: prorrogable, entregas según demanda: compra para un período de doce (12) meses, con posibilidad facultativa de prórroga, una vez que se acrediten en el expediente los estudios que comprueben la razonabilidad de precios y condiciones de mercado que benefician los intereses institucionales, hasta por tres (03) períodos más de doce (12) meses, para un total de cuatro (04) períodos de doce (12) meses cada uno.

Todo de conformidad con las condiciones exigidas en la respectiva solicitud de cotización y las ofrecidas por la adjudicataria.

ACUERDO SEGUNDO: instruir a la Gerencia de Logística para que, en coordinación con la Gerencia Médica y la Gerencia Financiera, realice un estudio de costo beneficio para determinar la conveniencia de producir el Set de Diálisis Peritoneal domiciliar a través del Laboratorio de Soluciones Parenterales u otras opciones, lo anterior en un plazo no mayor a seis meses.

ACUERDO TERCERO: instruir a la Gerencia General en conjunto con la Gerencia Médica, para que realice una revisión de los estudios técnicos realizados sobre la enfermedad renal crónica y presente un informe a esta Junta Directiva en un plazo de tres meses.

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

Se deja constando en esta acta que el director Devandas vota a favor del acuerdo, pero no en firme.

ARTICULO 7°

Se recibe el oficio N° GG-1735-2019, de fecha 7 de octubre de 2019, firmado por el doctor Cervantes Barrantes, Gerente General que, en adelante se transcribe y que contiene las propuestas para su respectiva aprobación:

“Reciban un cordial saludo. Mediante varios oficios suscritos por la Licda. Adriana Chaves Díaz, Gerente de Logística a.i. Remite para aprobación de esta Junta Directiva los siguientes temas referentes a procesos de compras:

- *GL-1330-2019 Solicitud de adjudicación Compra de medicamentos N° 2019ME-000033-5101.”*

Se conoce el oficio número GL-1330-2019 (GG-1735-2019), de fecha 12 de setiembre de 2019, firmado por la Licda. Adriana Chaves Díaz, Gerente a.i, de Logística y que contiene la propuesta de adjudicación compra de medicamentos N° 2019ME-000033-5101, promovida para la adquisición de Warfarina Sódica 1 mg. y 5 mg.

La exposición está a cargo de la Licda. Ileana Badilla Chaves, con el apoyo de las siguientes láminas:

1)



Compra de Medicamentos No. 2019ME-000033-5101

- **Ítem 01:** Warfarina Sódica 1 mg. Tabletas. Código 1-10-11-1758.
- **Ítem 02:** Warfarina Sódica 5 mg. Tabletas. Código 1-10-11-1760.

2)



- Proveedor precalificado - Ley de 6914.
- Cuenta con registro Sanitario del Ministerio de Salud.
- Producto aprobado por el Laboratorio de Normas y control de Calidad de Medicamentos de la Caja.

- **Cantidades referenciales:** **Ítem 01:** 48.000 Cientos.
Ítem 02: 35.500 Cientos.
- **Fecha de invitación:** 26 de abril del 2019.
- **Apertura:** 06 de mayo del 2019.
- **Modalidad de la compra:** **Prorrogable, entregas según demanda:** Compra para un período de doce meses, con posibilidad facultativa de prórroga, una vez que se acrediten en el expediente los estudios que comprueben la razonabilidad de precios y condiciones de mercado que benefician los intereses institucionales, hasta por tres (03) períodos más de doce meses, para un total de cuatro (04) períodos de doce meses cada uno.

3)



Ofertas Participantes inscritas en el Registro Precalificado Ley 6914:

ITEM No. 01. Tabletas de 1 mg.

Oferente	Representante	Precio Unitario (cada CN)	Observaciones
Apotex Costa Rica S.A.	Oferta en plaza.	\$ 9,00	REGISTRO PRECALIFICADO. Ley 6914.

ITEM No. 02. Tabletas de 5 mg.

Oferente	Representante	Precio Unitario (cada CN)	Observaciones
Apotex Costa Rica S.A.	Oferta en plaza.	\$ 24,15	REGISTRO PRECALIFICADO. Ley 6914.

4)



1

Se efectuó el 08 de mayo del 2019 por la Subárea de Medicamentos del Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios, determinando que la única oferta presentada, cumple con todos los aspectos administrativos solicitados en el cartel. Folios 138 al 141.

5)



- Mediante análisis de razonabilidad del precio, de 07 de mayo del 2019, el Área de Gestión de Medicamentos, indica, entre otras cosas, lo siguiente:

“De acuerdo con los lineamientos que rigen la metodología utilizada, los elementos descritos y los resultados obtenidos en los escenarios de análisis, a continuación, se determina el criterio de razonabilidad según cada ítem:

Ítem	Descripción	Oferente	Criterio
1	Warfarina sódica 1 mg. tabletas	Apotex Costa Rica S.A.	Precio Razonable.
2	Warfarina sódica 5 mg. tabletas		Precio Razonable.

6)



Análisis del precio en dólares. 2019ME-000033-5101
Warfarina sódica 1 mg. tabletas

Fecha de Apertura	Curso	Oferente	País Origen	Cantidad	Δ %	Precio Unitario US\$	Δ %	Precio deflactado (1)	Δ %	Precio unitario c	Δ %	Precio deflactado (2)	Δ %
31-mar-09	2009LA-000014-1142	INFARMA LIMITADA	Israel	5.200		12,83		11,80		6.574,36		7.807,10	
10-abr-12	2012LA-000020-5101	GLOBAL PHARMED INT S.A.	España	15.000	188%	8,00	-38%	6,91	-41%	4.097,76	-38%	4.123,74	-47%
25-nov-13	2013CD-000297-5101	APOTEX COSTA RICA S.A.	Canadá	17.000	13%	7,50	-6%	6,37	-8%	3.791,48	-7%	3.692,88	-10%
20-nov-14	2014IN-000037-05101	APOTEX COSTA RICA S.A.	Canadá	31.500	85%	7,50	0%	6,25	-2%	4.065,53	7%	3.769,96	2%
06-may-19	2019ME-000033-5101	APOTEX COSTA RICA S.A.	Canadá	48.000	52%	9,00	20%	7,04	13%	5.385,06	32%	4.601,44	22%
Mediana del Precio		3.946,85											

(1) Se utiliza como deflactor el índice de precios implícito del PIB de cada país. Fuente: Fondo Monetario Internacional. World Economic Outlook, Octubre 2018. Año Base 2005 = 100.
(2) Se utiliza como deflactor el Índice de Precios al Productor de la Manufactura. Base 2012 = 100. Fuente: Banco Central de Costa Rica y Pilego Cartelario.

7)

**Análisis del precio en dólares. 2019ME-00033-5101
Warfarina sódica 5 mg. tabletas**

Fecha de Apertura	Concurso	Ofertante	País Origen	Cantidad	Δ %	Precio Unitario US\$	Δ %	Precio deflactado (1)	Δ %	Precio unitario c	Δ %	Precio deflactado (2)	Δ %
04-oct-10	2010MA-000061-1142	VMG HEALTHCARE PRODUCTS S.A.	India	10.200		16,97		12,0039		8.790,63		9.961,05	
08-feb-11	2011ME-000044-1142	APOTEX COSTA RICA S.A.	Canadá	22.000	116%	22,50	33%	19,6636	64%	11.410,43	30%	12.307,65	24%
17-feb-12	2012ME-000022-5101	APOTEX COSTA RICA S.A.	Canadá	22.000	0%	23,00	2%	19,8580	1%	11.847,30	4%	11.994,84	-3%
20-nov-14	2014LN-000037-05101	APOTEX COSTA RICA S.A.	Canadá	32.000	45%	23,00	0%	19,1703	-3%	12.467,61	5%	11.561,21	-4%
06-may-19	2019ME-000033-5101	APOTEX COSTA RICA S.A.	Canadá	35.500	11%	24,15	5%	18,8937	-1%	14.449,91	16%	12.347,21	7%
Mediana del Precio											11.778,02		

(1) Se utiliza como deflactor el índice de precios implícito del PIB de cada país. Fuente: Fondo Monetario Internacional. World Economic Outlook, Octubre 2018. Año Base 2005 = 100.
(2) Se utiliza como deflactor el Índice de Precios al Productor de la Manufactura. Base 2012 = 100. Fuente: Banco Central de Costa Rica y Pliego Cartelario.

8)

Consulta de Precios de Referencia:

Warfarina Sódica 1 mg.

Precios de Referencia	País de origen	Marca	Periodo	Cantidad en ciento	Precio por ciento en \$	Precio Unitario Ajustado a valor presente (1)	Precio Unitario por Apotex Costa Rica S.A.	variación % con respecto a precios de referencias
ANVISA, precio máximo de venta al Gobierno	Brasil	Coumadin	2019	No se indica	\$3,30	\$3,30		138,61%
Commodity Health	Canadá	Apotex	2019	No se indica	\$9,00	\$9,00	\$9,00	33,00%
Amstat	Argentina	Coumadin	2019	No se indica	\$13,262	\$13,262		-32,24%
Gobierno Australiano	Australia	Coumadin	2019	No se indica	\$45,99	\$45,99		-89,43%
Promedio							\$14,32	-87,18%

(1) Se utiliza como deflactor el índice de precios implícito del PIB de cada país. Fuente: Fondo Monetario Internacional. World Economic Outlook, Abril 2013. Año Base 2005 = 100.

Warfarina Sódica 5 mg.

Precios de Referencia	País de origen	Marca	Periodo	Cantidad en ciento	Precio por ciento en \$	Precio Unitario Ajustado a valor presente	Precio Unitario por Apotex Costa Rica S.A.	variación % con respecto a precios de referencias
Chilecampa	Chile	Coumadin	21/04/2017	800	\$4,00	\$4,000		500,11%
Comodity Health	Canadá	Apotex	2019	No se indica	\$5,00	\$5,000		-374,88%
Observatorio de Precios Farmacéuticos	Paraguay	Coumadin	28/06/2019	No se indica	\$5,00	\$5,000	\$24,150	308,29%
Amstat	Argentina	Coumadin	28/06/2019	3,30	\$15,668	\$15,668		-51,84%
Gobierno Australiano	Australia	Coumadin	2019	No se indica	\$49,00	\$49,000		-89,69%
Promedio							\$12,89	87,37%

(1) Se utiliza como deflactor el índice de precios implícito del PIB de cada país. Fuente: Fondo Monetario Internacional. World Economic Outlook, Abril 2013. Año Base 2005 = 100.
*Se utiliza el mismo precio y se quiere se tiene un índice para estos países.

9)

• Solicitud de descuento

Mediante Oficio DABS-3325-2019 de 01 de octubre de 2019 la Dirección de Aprovisionamiento solicita descuento a los precios cotizados.

La empresa Apotex, en escrito de 02 de octubre propone una reducción de sus precios, de tal manera que los mismos quedarían de la siguiente manera:

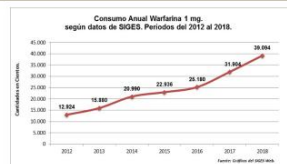
- Warfarina 5 mg: USD 23 por cada ciento.
- Warfarina 1 mg: USD 8,5 por cada ciento.

Indica además que: "para lograr tales rebajas en los precios, requerimos se autorice la presentación de la Warfarina 1 mg, en frascos de 100 tabletas y no de 30 tabletas. Esta aprobación es fundamental para que la indicada reducción sea viable."

Mediante oficio DABS-3372-2019 la Administración acepta el descuento de la Warfarina de 5 mg., sin embargo para la Warfarina de 1 mg., resulta improcedente por cuanto los pacientes deben recibir la cantidad específica para consumo de un mes lo cual nos obliga a re-ensavar el producto añadiendo con ello costos adicionales por la compra de envases, así como agregar dicha labor al recurso humano especializado, todo lo cual podría acarrear riesgos de eventuales afectaciones a la inocuidad del producto.

Lo anterior implica un **descuento de \$ 40,825.00** (cuarenta mil ochocientos veinticinco dólares)

10)

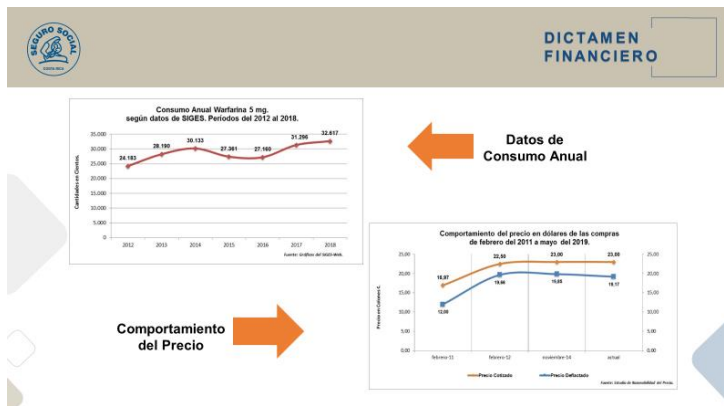


Datos de Consumo Anual

Comportamiento del Precio



11)



12)



DICTAMEN LEGAL

• Mediante oficio No. DJ-04043-2019 de 26 de julio del 2019, la Dirección Jurídica otorga el visto bueno para que la Comisión Especial de Licitaciones recomiende a la Junta Directiva el dictado del acto de adjudicación. Folio 203.



13)

PROPUESTA DE ACUERDO

Conocido el oficio No. GL-1330-2019, de fecha 12 de setiembre del 2019 suscrito por la Licda. Adriana Chaves Díaz, Gerente a.i. de la Gerencia de Logística y teniendo como fundamento:

- Análisis Administrativo:** Efectuado el 08 de mayo del 2019 por el Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios.
- Razonabilidad de Precios:** Oficio del 10 de junio del 2019, emitido por el Área Gestión de Medicamentos, en el cual determina que el precio es razonable.
- Criterio legal de la Dirección Jurídica,** oficio DJ-04043-2019 del 26 de julio del 2019.
- Solicitud de Adjudicación** por parte de la Dirección de Aprovisionamiento de Bienes y Servicios, mediante oficio No. DABS-2633-2019.
- Aprobación de la Comisión Especial de Licitaciones** de acuerdo con acta de la sesión extraordinaria, de fecha 11 de setiembre del 2019;

la Junta Directiva Acuerda:

Adjudicar a favor de la empresa **APOTEX COSTA RICA S.A.**, oferta única, oferta en plaza, el renglón único de la compra de medicamentos No. 2019ME-000033-5101, promovida para la adquisición de Warfarina Sódica 1 mg. y 5 mg., según el siguiente detalle:

14)

PROPUESTA DE ACUERDO			
ITEM	DESCRIPCION	Cantidad referencial anual	Precio Unitario
01	Warfarina Sódica 1 mg	48.000 Cientos	\$9,00 cada CN
02	Warfarina Sódica 5 mg	35.500 Cientos	\$23,00 cada CN

Para efecto de reserva presupuestaria y de gestión contractual, se estima un monto máximo anual de: ÍTEM 01: \$ 432.000,00. ÍTEM 02: \$ 816.500,00, para un total máximo anual de \$ 1.248.500,00. En caso de requerirse una cantidad mayor deberá solicitarse la autorización previa a la Junta Directiva.

Modalidad de la compra: Prorrogable, entregas según demanda: Compra para un periodo de doce meses, con posibilidad facultativa de prórroga, una vez que se acrediten en el expediente los estudios que comprueben la razonabilidad de precios y condiciones de mercado que benefician los intereses institucionales, hasta por tres (03) periodos más de doce meses, para un total de cuatro (04) periodos de doce meses cada uno.

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

Licda. Badilla Chaves:

La siguiente compra es la compra N° 2019ME-000033-5101, promovida para la adquisición de Warfarina en dos presentaciones, una es la Warfarina Sódica 1 mg. y 5 mg. Esta es una compra fundamentada en la Ley N° 6914, lo que significa que hay proveedores precalificados que cuenta con el registro sanitario del Ministerio de Salud y cuánto el producto aprobado por el Laboratorio de Normas y Control de Calidad de Medicamentos de la Caja. Las cantidades referenciales por adquirir son para el ítem 1) 48.000 cientos y para el ítem 2) 45.500 cientos. Se invitó a participar el 26 de abril de este año y la apertura fue realizada el 6 de mayo de este mismo. Una compra prorrogable, entrega según demanda para un período de doce meses, más tres períodos adicionales más, para un total de cuatro períodos. Igual que la anterior, previo los estudios que acrediten la razonabilidad del precio y las condiciones del mercado favorable para la Institución. En esta oportunidad participan Apotex Costa Rica S.A. tanto para el ítem 1) como para el ítem 2), siendo la única empresa precalificada en estos códigos. Para el ítem 1) oferta un precio de nueve dólares cada ciento y para el ítem 2) un precio de veinticuatro dólares con quince centavos cada ciento. Cuenta con el análisis administrativo y se llega a determinar que ambos ítems cuentan con los requisitos administrativos solicitados en el cartel, igualmente, se le realiza el análisis financiero determinándose que los precios de los ítems son razonables. Aquí vemos el análisis del precio de la Warfarina sódica 1 mg. donde la última compra fue realizada en el año 2014 y el precio era de siete dólares con cincuenta centavos el ciento, la cantidad era menor en aquella oportunidad 21.500 y en esta oportunidad son 48.000 cientos. Para el ítem 2) de 5 mg. también la compra anterior fue en el año 2014, el precio unitario fue de veinticuatro dólares con quince centavos, la compra anterior fue de veintitrés dólares. Se hicieron consulta de referencia de precios donde se ve que en el ítem 2) hay algunos precios que están por debajo, en Brasil y Canadá, mientras que en Argentina y en Australia están por encima de los precios cotizados en esta oportunidad. Para la Warfarina de 5 mg. también vemos que en Chile, Canadá, Perú y Argentina los precios están por debajo de los que se cotizan en esta oportunidad, es decir, en esta compra. Hicimos el ejercicio de solicitarle un descuento a la Empresa Apotex y ellos manifestaron que podían hacer una reducción en los precios, dejando la Warfarina de 5 mg. en veintitrés dólares el ciento, igual que la compra anterior y la Warfarina de 1 mg. en ocho dólares con cinco centavos cada ciento. Ellos indican que, además, para poder hacer las rebajas en los precios solicitan que les autoricen que la Warfarina de 1 mg. sea adquirida en frascos de 100 tabletas y no en 30 tabletas como lo solicita la ficha técnica, ellos indican que esa aprobación es fundamental para la reducción en el precio que se haría. La administración analiza ambas propuestas realizadas por la empresa y se acepta la reducción del

precio en la Warfarina de 5 mg., mientras que la Warfarina de 1 mg. el hecho de adquirir en otro tipo de presentación significa que la administración tendría que reemplazar el producto por medio de los especialistas para realizar esa labor, adquirir los frascos y además, podría haber riesgos en el antioxidante del producto, entonces, en ese sentido se valora y no se acepta el descuento condicionado que nos hacen para la Warfarina de 1mg. pero sí se acepta el de la Warfarina de 5 mg. Eso implica una reducción el precio de cuarenta mil ochocientos veinticinco dólares. Aquí vemos las gráficas donde se pueden observar los datos de consumo anual en relación con la Warfarina de 1 mg. y se observa que hubo un incremento del 2017 al 2018 y el comportamiento del precio en la Warfarina. Con relación a la presentación de la Warfarina 5 mg. también tenemos los gráficos del consumo anual, no es tan elevado como el de la 1 mg. y se muestra la gráfica que nos demuestra el comportamiento del precio. En realidad al disminuir el precio de 5 mg. queda el precio en el mismo de la compra anterior. Cuenta con el criterio de la Dirección Jurídica, donde le dan el visto bueno, para que sea elevado a conocimiento de esta Junta Directiva. Con base en estos elementos y contando con el análisis administrativo, la razonabilidad de precios, el criterio legal de la Dirección Jurídica y la solicitud de adjudicación y la aprobación por parte de la Comisión de Licitaciones, se somete ante ustedes la aprobación del siguiente acuerdo: Adjudicar a favor de la Empresa Apotex de Costa Rica S.A. oferta única, oferta en plaza, el renglón único de la compra del medicamento 2019ME-000033-5101, según el siguiente detalle: de la Warfarina 1 mg. sería 48.000 cientos a nueve dólares cada ciento y de la Warfarina de 5 mg. 35.500 los cientos a veintitrés dólares cada ciento. Para efecto de reserva presupuestaria y gestión contractual, estima un monto máximo anual para el ítem 1) de cuatrocientos treinta y dos mil dólares, para el ítem 2) ochocientos seis mil quinientos dólares, para un total máximo anual de un millón doscientos cuarenta y ocho mil quinientos dólares. Igualmente, la leyenda que en caso de requerir una cantidad mayor, se deberá solicitar la autorización previa a la Junta Directiva. La modalidad igual es prorrogable por un período de tres años, para un total de cuatro previo a los estudios que se realicen y para un total de cuatro periodos, bajo la modalidad de entrega según demanda. Ese sería el acuerdo.

El doctor Macaya Hayes le da la palabra a don Christian.

Director Steinvorth Steffen:

La compra anterior fue también a esta empresa.

Licda. Badilla Chaves:

Sí señor, a Apotex.

Director Steinvorth Steffen:

Y ¿por qué será que un producto solo una empresa se interesa?

Licda. Badilla Chaves:

En realidad desde el 2011 ha sido el que suministra este tipo de medicamento y es la única empresa que está precalificada, para este medicamento bajo la Ley N° 6614.

Director Loría Chaves:

¿Qué significa precalificado?

Licda. Badilla Chaves:

El producto es previamente sometido a valoración por parte del Laboratorio de Normas y Control de Calidad de Medicamentos, además se le pide una serie de documentos a la empresa para acreditar, tiene que tener el registro sanitario vigente, entre otras condiciones. Entonces, se hace el proceso de forma previa, para que las empresas queden precalificadas e incluso estas compras que hacemos bajo esta ley, no se someten a análisis técnico, por qué, porque ese proceso se ha hecho de forma previa. Entonces, en eso consiste la precalificación que se hace bajo la Ley N° 6614.

Ing. Salas Araya:

(...) este medicamento requiere bioequivalencia, entonces, no ha llegado a ofrecer para registrar al Ministerio de Salud, ni a nosotros otro proveedor un medicamento de esta característica.

Director Loría Chaves:

Es buena la explicación de que no hay registrados otros proveedores en el país, eventualmente, puede precalificarse para saberlo, a mí no me gustaría pensar que como es de previo precalificado, es el único que siempre va a estar ganando la licitación y, también, creo que hay que hacer esfuerzos porque otros precalifiquen, porque hay que ser también proactivos en eso. Nada más es la pregunta para entender qué es el tema de la precalificación y si no hay otro proveedor.

Licda. Badilla Chaves:

En realidad está abierto a que cualquier otro proveedor pueda precalificarse, pero debe cumplir con todos los requisitos de bioequivalencia.

Doctor Macaya Hayes:

¿Este es el único que cumple con bioequivalencia en el país?

Ing. Salas Araya:

En este momento sí, pero se hizo el cambio reglamentario.

Licda. Badilla Chaves:

Sí, señor.

Doctor Macaya Hayes:

Aquí el precio unitario por el mismo fabricante aumenta ahora en mayo, el último renglón, estaba en veintidós dólares en el 2011, veintidós dólares con cincuenta centavos en el 2011, veintitrés dólares en el 2012, veintitrés en el 2014 y ahora en mayo, veinticuatro dólares con quince centavos.

Ing. Salas Araya:

Hubo un cambio porque era un producto que se fabricaba en Canadá, (...) en frascos de 30 unidades para no tener que trasladar y este elemento de la ficha llevó a que ellos incrementaran el precio.

Licda. Badilla Chaves:

Este precio de veinticuatro dólares con quince centavos, se les pidió un descuento y quedó en veintitrés dólares, igual que las compras anteriores.

Doctor Macaya Hayes:

Fue antes de este año que se exigió la bioequivalencia ¿o no?

Lic. Delgado Martén:

Diga que antes del 2016 suministraba productos en frascos de cien tabletas, entonces, ahí la pregunta es si efectivamente la Institución adquiría en frascos de cien tabletas y segundo, si existe el análisis y que efectivamente el monto del costo de pasar a frascos de treinta supera eventualmente el ahorro que puede tener si se mantiene en frascos de cien tabletas, porque la empresa está diciendo que si se mantiene así mantienen el precio anterior de ciento cincuenta, entonces, no sé si ese análisis se hizo y si antes del 2016 la Institución adquiría frascos de cien tabletas.

Ing. Salas Araya:

Importante, podíamos fijarnos meramente en el empaque que es una diferenciación, pero comprábamos en frascos de cien tabletas tenemos que recordar que hay otro costo que la Institución asumía en las farmacias, donde había especialistas en farmacia y técnicos de farmacia que también estaban generando este trabajo. De hecho, inclusive, por eso había unos proyectos en la Institución y que estamos trabajando para traer sobre todo en códigos, en empaques ya fijos porque se dice este momento que el 28% del trabajo de las farmacias se va a empacar. Entonces, es importante, esa es la valoración que se hace, no solo que puede ser que el frasco sea despreciable, costos, pero aun así lo que le acabamos de hacer, más el problema que estamos vinculando al producto nos daba a que pudiera ser razonable.

Directora Solís Umaña:

¿Por qué en frascos y no en blíster?

Ing. Salas Araya:

El proveedor no maneja ese tipo de presentación el blíster. A veces nosotros tenemos algunas condiciones que quisiéramos, pero finalmente a veces las empresas transnacionales tienen otras condiciones y nuestra capacidad de compra, no son como para que cambien el proceso a lo externo. De hecho, algunos proveedores lo que han hecho en otras ocasiones es lo que se llama, el traer el medicamento e industrial en el país, pero no es factible en el caso de este proveedor.

Doctor Macaya Hayes:

¿Algún otro comentario? Dónde quedamos con el comentario de don Gilberth respecto de quién está recomendando.

Licda. Badilla Chaves:

Perdón, la propuesta de acuerdo inicia: conocido el oficio N° GL de la Gerencia de Logística y habiéndose cumplido con todos los requisitos administrativos, de razonabilidad de precios, el criterio legal de la Dirección Jurídica, la solicitud de adjudicación por parte de la Dirección de Aprovisionamiento, así como la aprobación de la Comisión de Licitaciones, entonces se somete a ustedes habiendo cumplido con todos esos estudios.

Doctor Macaya Hayes:

Si no hay más comentarios.

Ing. Porras Meléndez:

El último comentario: el producto al tener un margen estrecho terapéutico y ser un producto que requiere bioequivalencia es muy delicado a la hora de ser administrado a los pacientes, por eso a la mayoría de los fabricantes les cuesta llegar a esa bioequivalencia, por eso uno de estos productos que son de alta vigilancia para las autoridades sanitarias y principalmente de los médicos que tienen que hacer una titulación muy específica del producto, por eso particularmente tenemos dos potencias una de 5 mg. y otra de 1 mg.

Doctor Macaya Hayes:

Si no hay más comentarios procedemos a votar esta adjudicación.

Director Devandas Brenes:

Nada más para comentar que se ha demostrado aquí que la bioequivalencia probada de este medicamento no pone en riesgo la seguridad de los pacientes, es lo que yo capto de la explicación técnica que me están dando, es decir, que la bioequivalencia demostrada de este medicamento es eficaz y no pone en riesgo la seguridad de los pacientes.

Ing. Salas Araya:

Es un elemento que brinda seguridad y eficacia del producto.

Director Devandas Brenes:

Con esa consideración yo voto.

Doctor Macaya Hayes:

Votamos. En firme. Perfecto. Vamos a la siguiente.

Nota: los puntos suspensivos (...) significan que una frase o palabra del audio no se comprendió o no se escuchó bien.

Por consiguiente, conocido el oficio número GL-1330-2019, de fecha 12 de setiembre de 2019, que firma la Gerente a.i. de Logística, que, en adelante se transcribe literalmente:

“El Área de adquisiciones de Bienes y Servicios, mediante oficio No. DABS-2633-2019, traslada el presente expediente para que el mismo sea avalado por la Comisión Especial de Licitaciones, para su respectivo acto final por parte de la Junta Directiva.

- **Antecedentes:**

- **Fecha de invitación:** 26 de abril del 2019.
- **Participantes:** 01 de 01 inscritos en el Registro de Oferentes Precalificados. Ley 6914.
- **Apertura:** 06 de mayo del 2019.

II ANALISIS RECOMENDACIÓN COMISION ESPECIAL DE LICITACIONES:

La Comisión Especial de Licitaciones analiza y recomienda la remisión para la Junta Directiva de la solicitud de adjudicación para la compra de medicamentos No. 2019ME-000033-5101, para la adquisición de Warfarina Sódica 1 mg. y 5 mg., según consta en el acta de la Sesión Extraordinaria celebrada el 11 de setiembre de 2019, de la cual en lo que interesa se extrae:

- **Modalidad de la compra: Prorrogable, entregas según demanda:** Compra para un período de doce (12) meses, con posibilidad facultativa de prórroga, una vez que se acrediten en el expediente los estudios que comprueben la razonabilidad de precios y condiciones de mercado que benefician los intereses institucionales, hasta por tres (03) períodos más de doce (12) meses, para un total de cuatro (04) períodos de doce (12) meses cada uno.
- **Participante Precalificado:**

ITEM No. 01. Tabletas de 1 mg.

Oferente	Representante	Precio Unitario (cada CN)	Observaciones
Apotex Costa Rica S.A.	Oferta en plaza.	\$ 9,00	REGISTRO PRECALIFICADO. Ley 6914.

ITEM No. 02. Tabletas de 5 mg.

Oferente	Representante	Precio	Observaciones
----------	---------------	--------	---------------

		Unitario (cada CN)	
Apotex Costa Rica S.A.	Oferta en plaza.	\$ 24,15	REGISTRO PRECALIFICADO. Ley 6914.

- **Análisis Administrativo:**

Se efectuó el 08 de mayo del 2019 por el Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios, determinando que la única oferta presentada, cumple con todos los aspectos administrativos solicitados en el cartel. Folios 138 al 141.

- **Razonabilidad del Precio:**

Mediante análisis de razonabilidad del precio, de fecha 10 de junio del 2019, el Área de Gestión de Medicamentos, indica, entre otras cosas, lo siguiente:

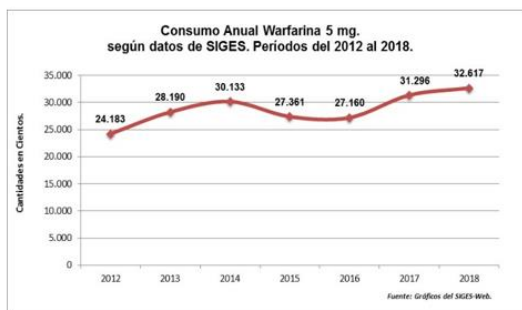
“De acuerdo con los lineamientos que rigen la metodología utilizada, los elementos descritos y los resultados obtenidos en los escenarios de análisis, a continuación, se determina el criterio de razonabilidad según cada ítem:

Ítem	Descripción	Oferente	Criterio
1	Warfarina sódica 1 mg. tabletas	Apotex Costa Rica S.A.	Precio Razonable.
2	Warfarina sódica 5 mg. tabletas		Precio Razonable.

Ítem 01: Tabletas de 1 mg.



Ítem 02: Tabletas de 5 mg.



- **Criterio Legal:**

Mediante oficio No. DJ-04043-2019, de fecha 26 de julio del 2019, la Dirección Jurídica otorga el visto bueno para que la Comisión Especial de Licitaciones recomiende a la Junta Directiva el dictado del acto de adjudicación. Folio 203.

- **Presupuesto:**

Partida presupuestaria No. 2203 se han separado y se encuentran disponibles los recursos, para hacer frente al compromiso que genera este concurso No. DABS-CA-PRE-021-2019. Folio 184.

Por tanto, conocido el oficio No. GL-1330-2019, de fecha 12 de setiembre del 2019 y teniendo como fundamento:

- Análisis Administrativo: Efectuado el 08 de mayo del 2019 por el Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios.
- Razonabilidad de Precios: oficio del 10 de junio del 2019, emitido por el Área Gestión de Medicamentos, en el cual determina que el precio es razonable.
- Criterio legal de la Dirección Jurídica: oficio DJ-04043-2019 del 26 de julio del 2019.
- Solicitud de Adjudicación por parte de la Dirección de Aprovisionamiento de Bienes y Servicios, mediante oficio No. DABS-2633-2019.
- Acuerdo de aprobación de la Comisión Especial de Licitaciones en la sesión extraordinaria, de fecha 11 de setiembre del 2019;

habiéndose hecho la presentación pertinente por parte de la licenciada Ileana Badilla Chaves, Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios y con base en la recomendación en los citados oficios números GL-1330-2019 y GG-1735-2019, la Junta Directiva -en forma unánime- **ACUERDA** adjudicar a la única oferta APOTEX COSTA RICA S.A., oferta en plaza, los renglones uno y dos del concurso N° 2019ME-000033-5101, promovida para la adquisición de Warfarina Sódica 1 mg. y 5 mg., según se detalla en el siguiente detalle:

ITEM	DESCRIPCIÓN	Cantidad referencial anual	Precio Unitario
01	Warfarina Sódica 1 mg. Código 1-10-11-1758	48.000 Cientos.	\$ 9,00 Cada CN.
02	Warfarina Sódica 5 mg. Código 1-10-11-1760	35.500 Cientos.	\$ 24,15 Cada CN.

Para efecto de reserva presupuestaria y de gestión contractual, **se estima un monto MÁXIMO anual de: ÍTEM 01: \$432.000,00. ÍTEM 02: \$857.325,00, para un total MÁXIMO ANUAL de \$ 1.289.325,00.** En caso de requerirse una cantidad mayor deberá solicitarse la autorización previa a la Junta Directiva.

Modalidad de la compra: prorrogable, entregas según demanda: Compra para un período de doce meses, con posibilidad facultativa de prórroga, una vez que se acrediten en el expediente los estudios que comprueben la razonabilidad de precios y condiciones de mercado que benefician los intereses institucionales, hasta por tres (03) períodos más de doce meses, para un total de cuatro (04) períodos de doce meses cada uno.

Todo de conformidad con las condiciones exigidas en la respectiva solicitud de cotización 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.

Se deja constando en esta acta que el director Devandas vota a favor del acuerdo, pero no en firme.

ARTICULO 8°

Se recibe el oficio N° GG-1735-2019, de fecha 7 de octubre de 2019, firmado por el doctor Cervantes Barrantes, Gerente General que, en adelante se transcribe y que contiene las propuestas para su respectiva aprobación:

“Reciban un cordial saludo. Mediante varios oficios suscritos por la Licda. Adriana Chaves Díaz, Gerente de Logística a.i. Remite para aprobación de esta Junta Directiva los siguientes temas referentes a procesos de compras:

- *GL-1331-2019 Solicitud de adjudicación Licitación pública N° 2019LN-000020-5101.*

Se conoce el oficio número GL-1331-2019 (GG-1735-2019), de fecha 12 de setiembre de 2019, firmado por la Licda. Adriana Chaves Díaz, Gerente a.i, de Logística y que contiene la propuesta de adjudicación licitación pública N° 2019LN-000020-5101, promovida para la adquisición de Complejo Coagulante Anti-Inhibidor 500 U.

La exposición está a cargo de la Licda. Ileana Badilla Chaves, con el apoyo de las siguientes láminas:

1)



Licitación Pública No. 2019LN-000020-5101

Complejo coagulante anti-inhibidor 500 U. Polvo liofilizado estéril. Frasco ampolla con diluyente, agua estéril para inyección. Frasco ampolla con 20 ml. y set de infusión y equipo para infusión. No contiene preservantes. Código 1-10-12-3995.

2)



- **Cantidad referencial:** 4.000 Frascos.
- **Fecha de invitación:** 23 de mayo del 2019, en el diario oficial La Gaceta No. 095.
- **Apertura:** 21 de junio del 2019.
- **Modalidad de la compra:** **Prorrogable, entregas según demanda:** Compra para un período de doce meses, con posibilidad facultativa de prórroga, una vez que se acrediten en el expediente los estudios que comprueben la razonabilidad de precios y condiciones de mercado que benefician los intereses institucionales, hasta por tres (03) períodos más de doce meses, para un total de cuatro (04) períodos de doce meses cada uno.

3)



Participante:

Oferta	Oferente	Representante	Precio Unitario (cada FC)
Única	Shire Biotech Costa Rica S.R.L.	Oferta en plaza.	\$ 495,00

4)



DICTAMEN ADMINISTRATIVO

1

Se efectuó el 02 de julio del 2019 por la Subárea de Medicamentos del Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios, determinando que la única oferta presentada, cumple con todos los aspectos administrativos solicitados en el cartel. Folios 138 al 140.

5)



DICTAMEN TÉCNICO

2

Mediante análisis técnico de 10 de julio del 2019, la Comisión Técnica de Normalización y Compras de Medicamentos, determinan que la oferta presentada por la empresa Shire Biotech Costa Rica S.R.L., cumple con los requisitos de la ficha técnica y con la Normativa vigente de condiciones especiales para la adquisición y precalificación institucional de medicamentos biológicos y biotecnológicos. Folios del 143 al 153.

6)



DICTAMEN FINANCIERO

• Mediante análisis de razonabilidad del precio, de 26 de julio del 2019, el Área de Gestión de Medicamentos, indica, entre otras cosas, que, de acuerdo con la metodología utilizada y los resultados obtenidos en los escenarios de análisis, el precio cotizado por Shire Biotech Costa Rica S.R.L., para la compra de 4.000 frascos del producto complejo coagulante anti-inhibidor 500 U., **se considera un precio razonable**. Folios del 160 al 161

7)



DICTAMEN FINANCIERO

Análisis del precio histórico del producto:
Complejo coagulante anti-inhibidor 500 U.

Fecha de Apertura	Concurso	Ofertante	País de Origen	Cantidad	Δ %	Precio Unitario US\$	Δ %	Precio deflacionado US\$ (1)	Δ %	Precio unitario €	Δ %	Precio deflacionado € (2)	Δ %
29-may-12	2012LN-000008-5101	Baxter Export Costa Rica S.R.L.	Austria	2 000		499,75		440,59		254 417,73		255 639,14	
12-ago-13	2013MR-000149-5101	Baxter Export Costa Rica S.R.L.	Austria	4 500	125%	499,75	0%	433,55	-2%	252 238,82	-1%	245 822,84	-4%
19-mar-14	2014ME-000048-5101	Baxter Export Costa Rica S.R.L.	Austria	6 000	33%	497,50	0%	423,21	-2%	273 013,08	8%	256 711,87	4%
09-mar-15	2015MR-000031-5101	Baxter Export Costa Rica S.R.L.	Austria	8 700	45%	497,50	0%	413,64	-2%	268 918,65	-1%	247 304,26	-4%
16-nov-18	2018LA-000086-5101	Shire Biotech Costa Rica S.R.L.	Austria	2 020	-77%	495,00	-1%	395,35	-5%	302 093,55	12%	260 830,21	5%
21-jun-19	2019LN-000020-5101	Shire Biotech Costa Rica S.R.L.	Austria	4 000	98,0%	495,00	0,0%	387,81	-1,4%	291 035,25	-3,7%	249 473,04	-4,4%
Mediana del Precio						255 619,14							

(1) Se utiliza como deflactor el índice de precios implícito del PIB de cada país. Fuente: Fondo Monetario Internacional, World Economic Outlook, Octubre 2018. Año Base 2005 = 100.
(2) Se utiliza como deflactor el índice de Precios al Productor de la Manufactura, Base 2012 = 100. Fuente: Banco Central de Costa Rica y Pliego Cartelario.

8)

Consulta de Precios de Referencia:

Sitio de Consulta	Fecha	Cantidad Adquirida en FC	Precio por Frasco en US\$	Precio Ajustado a Valor Presente	Precio por FC Shire Biotech en US\$	Variación Nominal del Precio Shire Biotech / Referencia
Ministerio de Salud Colombia	26/7/2019	No se indica.	366,33	366,33		35,1%
Instituto Mexicano del Seguro Social	31/12/2018	2704	480,18	498,79	495,00	-0,8%
Guatecompras	9/7/2019	15	739,39	739,39		-33,1%

9)

Solicitud de descuento

Mediante oficio DABS-3285-2019 de 26 de setiembre de 2019 se solicitó un descuento a la empresa recomendada, la cual mediante oficio sin número de 01 de octubre de 2019 indicó:

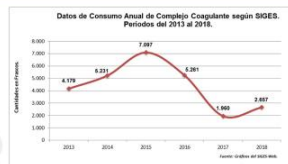
"...hemos ofertado nuestro mejor precio, esto ha hecho que la CCSs tenga uno de los precios más bajo de todo Latinoamérica.

Por todo lo anterior no nos es posible hacer una mejor (sic) del precio, pero sí podemos proponer a la institución una reducción en sus costos de manejo, nuestro precio es DDU, es decir, se entregaría en almacén fiscal, le proponemos a la CCSs correr nosotros con estos gastos (nacionalización, traslados con sistema refrigerado) y entregar el producto en plaza en sus almacenes de frigoríficos, con lo que la Institución se ahorraría todos esos gastos. Esperamos que nuestra propuesta sea aceptada."

La Administración en oficio DABS-3352-2019 de 03 de octubre de 2019 acepta la propuesta "en el entendido de que su representada garantiza que la cadena de frío se conservará en todo momento hasta la entrega final del producto en el Almacén de Frigoríficos de la Institución"

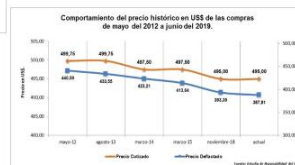
Con esta propuesta la Administración se economizaría los servicios de agencia para nacionalizar esa cantidad un total de \$334.12 así como un monto diario de bodegajes aproximado de €1.053.630.00 en la aduana Santamaría

10)



Datos de Consumo Anual

Comportamiento del Precio



11)

• Mediante oficio No. DJ-4388-2019 de 12 de agosto del 2019, la Dirección Jurídica otorga el visto bueno para que la Comisión Especial de Licitaciones recomiende a la Junta Directiva el dictado del acto de adjudicación. Folio 180.



12)

13)

PROPUESTA DE ACUERDO

Conocido el oficio No. GL-1331-2019, de fecha 12 de setiembre del 2019 suscrito por la Licda. Adriana Chaves Díaz, Gerente a. i. de la Gerencia de Logística y teniendo como fundamento:

- Análisis Administrativo:** Efectuado el 02 de julio del 2019 por el Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios.
- Criterio Técnico:** Efectuado el 10 de julio del 2019 por la Comisión Técnica de Normalización y Compras de Medicamentos.
- Razonabilidad de Precios:** Oficio del 26 de julio del 2019, emitido por el Área Gestión de Medicamentos, en el cual determina que el precio es razonable.
- Criterio legal de la Dirección Jurídica,** oficio DJ-4388-2019 del 12 de agosto del 2019.
- Aprobación de la Comisión Especial de Licitaciones** de acuerdo con acta de la sesión extraordinaria, de fecha 11 de setiembre del 2019;

la Junta Directiva Acuerdo:

Adjudicar a la empresa **SHIRE BIOTECH COSTA RICA S.R.L.**, oferta única, oferta en plaza, la Licitación Pública No. 2019LN-000020-5101, promovida para la adquisición de Complejo Coagulante Anti-Inhibidor 500 U, según el siguiente detalle:

PROPUESTA DE ACUERDO

ITEM	DESCRIPCIÓN	Cantidad referencial anual	Precio Unitario
UNICO	Complejo Coagulante anti-inhibidor 500 UJ (Sinónimo: Actividad de desviación del Inhibidor del Factor VIII), Polvo liofilizado estéril. Frasco ampolla con 20 ml.	4.000 Frascos.	\$ 495,00 Cada Frasco.

Para efecto de reserva presupuestaria y de gestión contractual, se estima un monto MÁXIMO ANUAL de \$ 1.980.000,00. En caso de requerirse una cantidad mayor deberá solicitarse la autorización previa a la Junta Directiva.

Modalidad de la compra: Prorrogable, entregas según demanda: Compra para un período de doce meses, con posibilidad facultativa de prórroga, una vez que se acrediten en el expediente los estudios que comprueben la razonabilidad de precios y condiciones de mercado que benefician los intereses institucionales, hasta por tres (03) períodos más de doce meses, para un total de cuatro (04) períodos de doce meses cada uno.

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

Licda. Badilla Chaves:

La siguiente compra es la licitación pública N° 2019LN-000020-5101, promovida para la adquisición de Complejo Coagulante Anti-Inhibidor 500 U. Polvo Iofilizado estéril, ese es el conocido como Feiba. La cantidad referencial es de cuatro mil frascos, se invita mediante publicación en la Gaceta del 23 de mayo de este año y la apertura se realiza el 21 de junio de este mismo año. La modalidad de compra es entrega según demanda prorrogable en un período de doce meses más la posibilidad de prórrogas facultativas por tres períodos más para un total de cuatro períodos previos a estudios que acrediten la conveniencia de reactivarlo de esta manera. Nuevamente a pesar de haber hecho una licitación pública, donde puede participar cualquier interesado, solo participa una única empresa, que es Shire Biotech Costa Rica a un precio unitario de cuatrocientos noventa y cinco dólares cada frasco. Cuenta con el análisis administrativo favorable realizado por el Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios determinando que sí cumple con todos los requisitos administrativos solicitados en el cartel. Igualmente cuenta con el criterio técnico de la Comisión de Normalización y Compras de Medicamentos, donde se determina que la oferta cumple, no solo con los requisitos técnicos, sino también con las normativas vigentes, condiciones especiales para la adquisición y precalificación de medicamentos biológicos y biotecnológicos. Tiene requisitos especiales. Se somete también al criterio financiero determinándose que el precio ofertado por esta empresa se considera un precio razonable. Aquí vemos el análisis del precio histórico del producto, donde el precio unitario se mantiene igual ante la última compra que fue registrada en el 2018 de cuatrocientos noventa y cinco dólares, ese precio deflactado en colones tiene una rebaja de doscientos setenta mil ochocientos treinta a doscientos

cuarenta y nueve mil cuatrocientos setenta y tres colones. Se realizan estudios de referencia en el Ministerio de Salud de Colombia se obtuvo un precio de trescientos sesenta y seis dólares en el Instituto Mexicano de Seguridad Social cuatrocientos ochenta dólares con dieciocho centavos dólares y en Guatecompras setecientos treinta nueve dólares con treinta y nueve centavos. Se realiza una solicitud de descuentos igualmente. En realidad, aquí lo que nos ofrecen es la cotización de ellos con el Incoter TDU y entregando en el Almacén Fiscal. Lo que ellos proponen es que ellos realizan estos gastos de nacionalización y traslados con sistemas refrigerados y entregando propiamente los almacenes frigoríferos. El que ellos toman estos costos duplican para la administración una economía en servicios de agencia para nacionalizar, por un total de trescientos treinta y cuatro dólares, aquí como el monto de bodegaje aproximado de un millón cincuenta y tres mil seiscientos treinta colones en la Aduana Santamaría. Entonces fue el único que nos ofrecieron descontar, lo cual fue aceptado por la administración, los datos del consumo anual, ahí vemos como el producto tuvo una disminución en el consumo en el año 2016 y 2017 y nuevamente 2018 empieza a subir el consumo. Igualmente, el comportamiento del precio se nota en la segunda gráfica. Cuenta con el criterio de la Dirección Jurídica donde se le otorga el visto bueno de previo a ser sometido a esta Junta Directiva y contando con todos estos requisitos la Gerencia de Logística determinando que ha cumplido con el análisis administrativo, el criterio técnico, la razonabilidad de los precios, el criterio legal de la Dirección Jurídica.

Directora Jiménez Aguilar:

Una pregunta. ¿Cómo se eligen los países con los que se compara el precio?

Licda. Badilla Chaves:

En realidad lo que se hace es hacer una búsqueda en distintas instituciones de seguridad social que hay a nivel de Latinoamérica, principalmente y los que tengan condiciones similares al producto que se pretende adquirir son los que se toman en cuenta para realizar el estudio de razonabilidad de precios, no sé si usted le quiere agregar algo más, entonces contando con todos los criterios, así como la aprobación de la Comisión Especial de Licitaciones, la Gerencia de Logística somete ante ustedes la aprobación del siguiente acuerdo: Adjudicar a la empresa Shire Biotech Costa Rica, oferta única, oferta en plaza, la licitación pública 2019LN-000020-5101 para la adquisición de Complejo Coagulante Anti-Inhibidor según el siguiente detalle: Ítem único, cantidad referencial anual de cuatro mil frascos a un precio unitario de cuatrocientos noventa dólares cada frasco, para efecto de reserva presupuestaria y de decisión contractual, se estima un monto máximo anual de un mil novecientos sesenta mil dólares, en caso de requerirse una cantidad mayor deberá solicitarse la autorización previa a la Junta Directiva, la modalidad de entrega según demanda prorrogable por un período más tres adicionales para un total de cuatro períodos de más condiciones y especificaciones de acuerdo con la oferta recomendada y la solicitada en el cartel .

Director Steinvorth Steffen:

No hay más oferentes.

Licda. Badilla Chaves:

A pesar de haber realizado licitación pública, donde puede participar cualquier interesado solamente participa esta empresa.

Director Steinvorth Steffen:

Pero si hay más precalificados.

Licda. Badilla Chaves:

No es una compra precalificada, es una licitación nacional, se hace bajo la ley 7494 e innova con la ley N° 6914 que exige la precalificación.

Ing. Salas Araya:

Otro elemento importante es que este es un producto que todavía tiene patente.

Director Steinvorth Steffen:

¿Para qué es que se usa?

Dra. Obando:

Este es un medicamento que se utiliza para padecimientos de pacientes que tienen inhibidores de Factor VIII, son pacientes en los cuales tampoco se puede prever el consumo real, porque depende de los episodios de sangrado que el paciente vaya a tener. En la actualidad son cinco pacientes los que tenemos y es importante que se están utilizando de manera preventiva, tratando que el paciente no llegue a alcanzar esos episodios de sangrado y ustedes pueden ver acá el comportamiento que tiene porque dos de estos pacientes ya no están utilizando este medicamento sino que tienen otra opción terapéutica que están utilizando y que probablemente vaya a mejorar las condiciones. Es muy importante indicar acá que existe un valor agregado en el uso o en lo que es el abordaje de este tipo de pacientes, porque cuando estos pacientes llegan a sangran van a consumir unidades hemoderivados, van a ser pacientes que van a tener que estar hospitalizados y asociados con otro tipo de complicaciones, entonces de esta forma son pacientes con patologías muy delicadas, muy particulares y que no se puede realmente prever una estabilidad porque una condición, por ejemplo un chiquito de estos que va a jugar y se cae bajando una grada porque son pacientes en los cuales nosotros también buscamos que tengan la mejor calidad de vida y hacer esfuerzos a esa calidad de vida pues es muy probable que vaya a tener riesgos de tener complicaciones. En los picos que nosotros encontramos ahí se relacionan a momentos específicos de algunos de estos pacientes donde hubo un consumo exagerado, porque tuvieron episodios de sangrado.

Director Devandas Brenes:

Cinco pacientes se estima que consumirían cuatro mil frascos por año, es la relación, me dice que hay cinco pacientes y estamos comprando cuatro mil frascos por año, es la pregunta que llama la atención. Yo entiendo aquí nos presentaron el caso de un niño de Cartago que estuvo en el Hospital Nacional de Niños, pero esa es mi pregunta sobre el consumo. Nos habían dicho que había 116, pero me imagino que, para otros, no para esto. Yo no sé si 4.000 frascos es mucho o poco no sé.

Dra. Obando:

Tiene que ver con el histórico del consumo que ha tenido estos pacientes porque es una población muy definida, no es para todos los pacientes hemofílicos ni aquellos pacientes en el cual el nivel inhibitor impide que reciban otro tipo de tratamiento. Podemos ver acá en la cantidad de frascos como en el 2015 7.000, 2016 5.000 y hubo ese comportamiento para el 2018 de 2.657. Es muy probable que vaya a haber una disminución en ese consumo; sin embargo, es un contrato a demanda y la relación va a depender específicamente de control de los episodios de sangrado que tiene esta población.

Director Loría Chaves:

No son muchos frascos para cinco pacientes.

Dra. Obando:

Hay un protocolo de prevención, pero en el momento en que estos pacientes consumen con un número importante de medicamento.

Director Loría Chaves:

Solo para saber cuántos frascos consume en un estado crítico un paciente por día.

Dr. Marín Piva:

Podrían ser 10, 20, frascos pueden utilizar fácilmente, cuando el sangrado ya no se controla debe pasar al Factor VII recombinante. En este momento, había un paciente en el Hospital Nacional de Niños que estaba consumiendo alrededor de 54 frascos por mes y un paciente en el Hospital México que estaba consumiendo como 73 frascos por mes, aproximadamente, porque tenía problemas no controlados sangrados y entonces van consumiendo cantidades muy grandes de frascos hasta que se controle ese problema van a seguir consumiendo. Una vez que se logra controlar entonces baja, entonces es ahí donde tenemos ese comportamiento, tal vez la cantidad referencial está haciendo en este momento la Gerencia de Logística suena un poco alta, podría bajar a 3.000, 2.000 y algo, por eso es importante que se haga según demanda el contrato específicamente. La idea es tener esa flexibilidad de ir monitoreando ese producto que no queremos tener demasiado en inventario y que pierda, pero tampoco podemos darnos ese lujo de no tener y poder atender la necesidad cuando se presente, y es un producto que normalmente nos da esto. Cuando uno ve esos comportamientos más largos incluso con el factor VII recombinante que tienen a ir haciendo picos precisamente relacionados cuando el paciente tiene un evento.

Dr. Macaya Hayes:

¿Y no hay otro oferente registrado en el país?

Dr. Marín Piva:

No señor, y lo he buscado a nivel internacional y tampoco hay otro que este fabricando complejo coagulante anti-inhibidor. Lo que sí hay en investigación son algunos medicamentos, que pueden utilizarse dirigidos contra los inhibidores de alta respuesta, que podrían ser una alternativa que ya estamos empezando a estudiar.

Licda. Badilla Chaves:

Esta sería la propuesta de acuerdo entonces.

Doctor Macaya Hayes:

¿Y esto tiene de previo quien está recomendando la compra de licitaciones?

Licda. Badilla Chaves:

Sí señor, ahí está el análisis administrativo, el criterio técnico, la razonabilidad de precios, el criterio legal y la aprobación de la Comisión de Licitaciones.

Subgerente Jurídico, Lic. Alfaro Morales:

Es la lista de documentos de por qué esto se trae acá, pero una recomendación expresa a Junta Directiva uno no ve y eso no es nuevo en esta Junta Directiva. Alguien le recomienda a la Junta con responsabilidad de nivel, porque se supone que el que lo trae sin lugar a duda lo ha estudiado, ha visto eso en detalle y la Junta tiene veinte minutos para ver esto, media hora, y sin duda alguna, parte de la tecnicidad de los documentos que se presentan, pero a la Junta le ha dado tranquilidad cuando al final le dicen, la Comisión de Licitaciones, la Gerencia o alguien, le recomienda como hacen todos estos documentos a la Junta Directiva adjudicarle a tal y entonces lo que usted tiene ahí es un listado de documentos, pero no ve uno la recomendación.

Licda. Badilla Chaves:

Dice: Conocido el oficio GL de la Gerencia de Logística, entonces ahí le podríamos agregar que la recomendación es realizada por la Gerencia cumpliendo con todos los requisitos. En realidad, en el documento que somete a la Junta Directiva viene el detalle de cada uno de los documentos y con base en todos esos criterios la Gerencia de Logística le recomienda a la Junta Directiva, tal vez podemos indicarlo en una más expresa que la Gerencia de Logística le recomienda a la Junta Directiva la siguiente propuesta.

Lic. Delgado Martén:

En la línea de don Gilberth sería un tema “redactivo” para que quede en el acuerdo, porque efectivamente la información que ellos mandan sí está de tema de análisis técnico-legal. La Comisión Especial de Licitaciones que llaman acá entendería eso, técnicamente la última que manda Tec para poder adjudicar lo hace a través de un oficio de la Gerencia, pero en realidad aquí es la Comisión Especial la que recomienda todos los análisis, legal, financiero, técnico, lo revisé y

ahí de hecho creo que son los gerentes los que firman esto y lo transmiten, entonces, sí es un tema de redacción, para darle claridad al acuerdo pero sí está la información consignada.

Licda. Badilla Chaves:

Entonces, sería no solo la aprobación de la Comisión Especial de licitaciones, sino la recomendación de este mismo órgano.

Doctor Macaya Hayes:

¿Algún otro comentario sobre el acuerdo? Procedemos entonces a votar esta adjudicación. En firme.

Nota: los puntos suspensivos (...) significan que una frase o palabra del audio no se comprendió o no se escuchó bien.

Por consiguiente, conocido el oficio número GL-1331-2019, de fecha 12 de setiembre de 2019, que firma la Gerente a.i. de Logística, que, en lo conducente, en adelante se transcribe:

“El Área de adquisiciones de Bienes y Servicios, mediante oficio No. DABS-2743-2019, traslada el presente expediente para que el mismo sea avalado por la Comisión Especial de Licitaciones, para su respectiva adjudicación por parte de la Junta Directiva.

- **Antecedentes:**

- **Fecha de invitación:** 23 de mayo del 2019. Diario Oficial La Gaceta No. 095.
- **Participantes:** 01.
- **Apertura:** 21 de junio del 2019.

II ANALISIS RECOMENDACIÓN COMISION ESPECIAL DE LICITACIONES:

La Comisión Especial de Licitaciones analiza y recomienda la remisión para la Junta Directiva de la solicitud de adjudicación para la Licitación Pública No. 2019LN-000020-5101, para la adquisición de Complejo Coagulante Anti-Inhibidor 500 U, según consta en el acta de la Sesión Extraordinaria celebrada el 11 de setiembre de 2019, de la cual en lo que interesa se extrae:

- **Modalidad de la compra: Ordinaria. Prorrogable, entregas según demanda:** Compra para un período de doce (12) meses, con posibilidad facultativa de prórroga, una vez que se acrediten en el expediente los estudios que comprueben la razonabilidad de precios y condiciones de mercado que benefician los intereses institucionales, hasta por tres (03) períodos más de doce (12) meses, para un total de cuatro (04) períodos de doce (12) meses cada uno.
- **Participante:**

Oferta	Oferente	Representante	Precio
--------	----------	---------------	--------

			Unitario (cada FC)
Única	Shire Biotech Costa Rica S.R.L.	Oferta en plaza.	\$ 495,00

- **Análisis Administrativo:**

Se efectuó el 02 de julio del 2019 por el Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios, determinando que la única oferta presentada, cumple con todos los aspectos administrativos solicitados en el cartel. Folios 138 al 140.

- **Criterio Técnico:**

Mediante análisis técnico, de fecha 10 de julio del 2019, la Comisión Técnica de Normalización y Compras de Medicamentos, determinan que la oferta presentada por la empresa Shire Biotech Costa Rica S.R.L., cumple con los requisitos de la ficha técnica y con la Normativa Vigente de Condiciones Especiales para la adquisición y precalificación institucional de medicamentos biológicos y biotecnológicos. Folios del 143 al 153.

- **Razonabilidad del Precio:**

Mediante análisis de razonabilidad del precio, de fecha 26 de julio del 2019, el Área de Gestión de Medicamentos, indica, entre otras cosas, que, de acuerdo con la metodología utilizada y los resultados obtenidos en los escenarios de análisis, el precio cotizado por Shire Biotech Costa Rica S.R.L., para la compra de 4.000 frascos del producto complejo coagulante anti-inhibidor 500 U., **se considera un precio razonable**. Folios del 160 al 161.



- **Criterio Legal:**

Mediante oficio No. DJ-4388-2019, de fecha 12 de agosto del 2019, la Dirección Jurídica otorga el visto bueno para que la Comisión Especial de Licitaciones recomiende a la Junta Directiva el dictado del acto de adjudicación. Folio 180.

- **Presupuesto:**

Partida presupuestaria No. 2203 se han separado y se encuentran disponibles los recursos, para hacer frente al compromiso que genera este concurso No. DABS-C-PRE-0257-2019. Folio 168.

Por tanto, conocido el oficio N° 1331-2019, de fecha 12 de setiembre del 2019, y teniendo como fundamento:

- a. Análisis Administrativo: Efectuado el 02 de julio del 2019 por el Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios.
- b. Acta de recomendación técnica de la Comisión Técnica de Normalización y Compras de Medicamentos en sesión ordinaria N° 020-2019, celebrada el 10 de julio de 2019.
- c. Razonabilidad de Precios: oficio del 26 de julio del 2019, emitido por el Área Gestión de Medicamentos, en el cual determina que el precio es razonable.
- d. Criterio legal de la Dirección Jurídica: oficio DJ-4388-2019 del 12 de agosto del 2019.
- e. Acuerdo de aprobación de la Comisión Especial de Licitaciones en la sesión extraordinaria, de fecha 11 de setiembre del 2019;

habiéndose hecho la presentación pertinente por parte de la licenciada Ileana Badilla Chaves, Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios, y con base en la recomendación en los citados oficios números GL-1331-2019 y GG-1735-2019, la Junta Directiva -en forma unánime- **ACUERDA** adjudicar a la oferta única SHIRE BIOTECH COSTA RICA S.R.L., oferta en plaza, la licitación pública N° 2019LN-000020-5101, promovida para la adquisición de Complejo Coagulante Anti-Inhibidor 500 U, según se detalla en el siguiente cuadro:

ITEM	DESCRIPCIÓN	Cantidad referencial anual	Precio Unitario
Único	Complejo Coagulante anti-inhibidor 500 UI (Sinónimo: Actividad de desviación del inhibidor del Factor VIII), Polvo liofilizado estéril. Frasco ampolla con 20 ml.	4.000 Frascos.	\$ 495,00 Cada Frasco.

Para efecto de reserva presupuestaria y de gestión contractual, se estima un monto **MÁXIMO anual de: \$1.980.000,00**. En caso de requerirse una cantidad mayor deberá solicitarse la autorización previa a la Junta Directiva.

Modalidad de la compra: prorrogable, entregas según demanda: compra para un período de un año, con posibilidad facultativa de prórroga, una vez que se acrediten en el expediente los estudios que comprueben la razonabilidad de precios y condiciones de mercado que benefician los intereses institucionales, hasta por tres (03) períodos más de doce meses, para un total de cuatro (04) períodos de doce meses cada uno.

Todo de conformidad con las condiciones exigidas en la respectiva solicitud de cotización 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.

Se deja constando en esta acta que el director Devandas vota a favor del acuerdo, pero no en firme.

ARTICULO 9°

Se recibe el oficio N° GG-1735-2019, de fecha 7 de octubre de 2019, firmado por el doctor Cervantes Barrantes, Gerente General que, en adelante se transcribe y que contiene las propuestas para su respectiva aprobación:

“Reciban un cordial saludo. Mediante varios oficios suscritos por la Licda. Adriana Chaves Díaz, Gerente de Logística a.i. Remite para aprobación de esta Junta Directiva los siguientes temas referentes a procesos de compras:

- *GL-1421-2019 Solicitud de declaratoria de infructuosa compra directa N° 2017CD-000075-5101.”*

Se conoce el oficio número GL-1421-2019 (GG-1735-2019), de fecha 27 de setiembre de 2019, firmado por la Licda. Adriana Chaves Díaz, Gerente a.i, de Logística y, refiere a la solicitud de declaratoria infructuosa de la compra directiva N° 2017CD-000075-5101, promovida para la contratación de 38 médicos especialistas en radiología para disminuir listas de espera.

La exposición está a cargo de la Licda. Ileana Badilla Chaves, con el apoyo de las siguientes láminas:

1)



Compra Directa 2017CD-000075-5101
Declaratoria de Infructuoso
Contratación de 38 médicos especialistas en radiología para disminuir listas de espera.

2)



1) La Caja Costarricense de Seguro Social gestionó el concurso N° 2017CD-000075-5101 como contratación directa al amparo del artículo 2 bis de la Ley de Contratación Administrativa (en adelante LCA) y el artículo 138 (actual 146) del Reglamento a esa misma Ley (en adelante RLCA).

2) Mediante Resolución DCA-3188 (Oficio 17159) del 21 de diciembre del 2016 y Resolución DCA-1159 (Oficio 06383) del 06 de junio del 2017, la Contraloría General de la República autorizó realizar la contratación directa concursada, mediante número de petición N°28-1110603 L para adquirir "Contratación de 38 médicos especialistas en radiología e imágenes médicas para la elaboración, reporte e interpretación de ultrasonidos a nivel nacional, en las diferentes divisiones administrativas de la CCSS."

3) Mediante Resolución DCA-1159 (Oficio 06383) del 06 de junio del 2017, la Contraloría General de la República autorizó un monto máximo de ₡2.918.400.000,00 (Folio 83).

3)



La Administración solicitó ofertas para el procedimiento de compra N°2017CD-000075-5101, por medio de invitación en la Gaceta No. 136 de fecha 18 de julio del 2017 y cuya fecha de apertura de ofertas fue el día 11 de agosto de 2017.

Para este concurso participó únicamente la siguiente Oferta:

- **3-101-666539 S.A.**

4)



1

Se efectuó por el Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios, y se determinó que la única oferta presentada, cumplió con todos los aspectos administrativos solicitados en el cartel. Folios 179 al 181.

5)



1

Oficio sin número emitido por la Unidad Técnica Listas de Espera y Hospital William Allen de Turrialba, quienes determinaron que el oferente cumplió técnicamente con los elementos solicitados en el cartel. Folio 184 al 185.

6)



Mediante oficio ACC-1128-2017- SACCH-114-2017, el Área Contabilidad de Costos determinó que, bajo la metodología utilizada y los resultados obtenidos, el precio cotizado es excesivo. Posteriormente la empresa ofreció un descuento de un 10%.

Por lo que el Área Contabilidad de Costos mediante oficio ACC-0285-2017- SACCH-029-2017, revaloró el estudio realizado y se determinó que los precios cotizados en la oferta mantienen su condición de excesivos. Folios 222 al 225.

7)



DICTAMEN TÉCNICO

Posteriormente la Comisión Técnica señaló que la oferta no se ajustó a los elementos esenciales del concurso (costo), aunado a que el impacto sobre la lista de espera sería cercano a un 2% únicamente, motivo por el cual consideraron apegarse al artículo 86 RLCA.

8)



DICTAMEN LEGAL



- Mediante oficio No. DJ-03238-2018, de 11 de junio del 2018, la Dirección Jurídica otorga el visto bueno para que se recomiende a la Junta Directiva el dictado de la declaratoria de infructuosa. Folio 234.

9)



PROPUESTA DE ACUERDO

Conocido el oficio No. GL-1421-2019, de 27 de setiembre del 2019 suscrito por la Licda. Adriana Chaves Díaz, Gerente a. i. de la Gerencia de Logística y teniendo como fundamento:

- a. **Análisis Administrativo:** Efectuado el 14 de agosto del 2017 por el Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios.
- b. **Criterio Técnico:** Efectuado por la Comisión de Análisis Técnico de las ofertas.
- c. **Razonabilidad de Precios:** Oficio del 13 de setiembre del 2017, emitido por el Área Contabilidad de Costos, en el cual determina que el precio es excesivo.
- d. **Criterio legal de la Dirección Jurídica,** oficio DJ-03238-2018 del 11 de junio del 2018.
- e. **Solicitud de Declaratoria de Infructuosa** por parte de la Gerencia Médica, mediante oficio No. GM-AC-9610-2019.
- f. **Aprobación de la Comisión Especial de Licitaciones de acuerdo con acta de la sesión Ordinaria No. 14-2019, de fecha 24 de setiembre del 2019;**

10)



PROPUESTA DE ACUERDO

la Junta Directiva Acuerda:

Declarar infructuoso el concurso 2017CD-000075-5101 tramitado con fundamento al artículo 2 bis de la Ley de Contratación Administrativa, el artículo 138 (actual 146) del Reglamento a esa misma Ley y con la autorización de la Contraloría General de la República de realizar la contratación directa concursada mediante resolución DCA-3188 (Oficio 17159) del 21 de diciembre del 2016 y Resolución DCA-1159 (Oficio 06383) del 06 de junio del 2017, para la "Contratación de 38 médicos especialistas en radiología e imágenes médicas para la elaboración, reporte e interpretación de ultrasonidos a nivel nacional, en las diferentes divisiones administrativas de la CCSS.", Código Institucional: 0-06-10-0420.

Licda. Badilla Chaves:

Esta es la declaratoria de infructuoso, de una compra que realizó la Gerencia de Logística, pero que era un proyecto de la Gerencia Médica. Era para la contratación de treinta y ocho médicos especialistas en Radiología para disminuir listas de espera. Esta compra se realizó con una autorización que se hizo al órgano contralor, la cual fue otorgada por ellos, lo importante aquí es que se inicia, pero no se solicita una declaratoria de inviabilidad para hacer la compra. Igualmente inicia con esa falencia, se hace la invitación, solamente participa una empresa y que no ofrece la totalidad de los ítems, porque estaba dividido por regiones. Se le realiza el análisis técnico, se dice que cumple, igualmente el dictamen técnico también es favorable, se hace un análisis a los precios ofertados y el Área de Contabilidad de Costos determina que los precios son excesivos. Posteriormente, la Comisión Técnica vuelve a evaluar e indica que con la satisfacción realizada por esta empresa el impacto sería apenas de un 2% únicamente, por lo que también recomienda entonces, que la compra se deja declarada infructuosa. Cuenta con el criterio de la Dirección Jurídica quien le otorga el visto bueno para elevarlo a Junta Directiva y entonces la Gerencia de Logística con fundamento en todos los análisis administrativos, técnicos, razonabilidad de precios, el criterio legal de la Dirección Jurídica, la solicitud de declaratoria de infructuosa por parte de la Gerencia Médica y así como la aprobación y recomendación de la Comisión Especial de Licitaciones, somete a la Junta Directiva declarar infructuoso el concurso 2017-CD-000075-5101 transitado con fundamento en el artículo 2 b) de la Ley de Contratación Administrativa, el artículo 138° actual 146° del Reglamento de esa misma ley y con la autorización de la Contraloría General de la República de realizar la contratación directa concursada, resolución N° DCA-3188 del 21 de diciembre de 2016 ampliada mediante la resolución de DCA-859 para la contratación de 38 médicos especialistas en Radiología e Imágenes Médicas, para la elaboración, reporte, interpretación de ultrasonidos a nivel nacional en las diferentes divisiones administrativas de la Caja. Entonces esta sería para declararla infructuosa, tanto porque no tiene los requisitos de inviabilidad, como por haber ofertado precios excesivos.

Director Devandas Brenes:

Yo lo que quería saber es sobre esto cómo andamos, porque no habrá más remedio que declararla infructuosa es que yo entiendo que la Caja les pagaba a los mismos radiólogos de la Caja una suma por cada placa que leían en su casa o en otro lado fuera de su jornada, porque nos dijeron que había una de miles de imágenes que no habían sido leídas digamos, entonces no sé cómo andamos en eso. Incluso, lo último que nos habían informado es que habían pasado de cobrar, no me acuerdo, una suma de cuatro mil colones por lectura a doce mil colones, algo así similar, no sé cómo andamos en eso, porque ahí hay un problema grave en eso en las lecturas de estas imágenes. Nos habían hablado no sé si estoy exagerando, de diez mil sin leer, porque el inconveniente es que si las leen cuatro meses después, entonces ya no nos sirven de mucho, entonces no sé cómo anda la cosa y este es un tema grave.

Director Loría Chaves:

El origen de esto también tiene que ver con las mismas pólizas, que la Caja se impone en sí misma. Yo tengo entendido que hay una norma que negociaron que dice que un radiólogo solo debe hacer cuatro por hora, hasta yo tengo entendido eso fue hace fue tres años, no sé ahora, (...) negociaba con los radiólogos, entonces, solo leen cuatro por hora, pero es muy fregado porque si alguien lee

-como el caso de las mamografías que yo conozco- cuatro mamografías que vienen limpias no tiene nada que ver, entonces si leen cuatro mamografías que salen alteradas que tienen que hacerle una lectura más compleja es otra cosa, primero tenemos problemas, porque yo creo que la norma que se estableció con los médicos es muy baja o no mide las complejidades con las de no complejas, y luego el tema de la digitalización de imágenes médicas es tan importante que teniendo las imágenes médicas digitalizadas que es el proyecto que está todo atrasado acá, usted puede decirle a médicos y españoles, ejemplo, radiólogos, cuánto me cobran por eso, allá están en crisis, están mucho más mal pagados que aquí, entonces, cuánto me cobra por leer esto digitalmente y en España lo leen en tiempo real, digamos, sí hay muchas opciones, pero tiene razón don Mario el problema es que una imagen médica se lea dos meses después ya el estado puede haber cambiado. Yo creo que hay que ver en sintonía y en consonancia que lo que hemos hablado de la sostenibilidad del Régimen de Salud, esos temas deben de verse con la digitalización con la posibilidad que se procese, que haya procesos que sean en línea desde cualquier parte.

Doctor Macaya Hayes:

El problema con el reto de valorar una lectura internacional es que ahí va a intervenir el Colegio de Médicos, puede decir están practicando la medicina y no están colegiados.

Dr. Cervantes Barrantes:

Yo puedo decir que en lo que vamos yo no recuerdo haber traído ningún contacto para la lectura. Este es viejo, en este momento el único que está haciendo las mamografías, era la Unidad de Cáncer y (...) hay una circular -como dice don José Luis- que regula cuántos ultrasonidos, cuántas mamografías, cuántos tac por hora y eso ha costado mucho recursos, porque los radiólogos decían que no podían hacer más lecturas.

Directora Abarca Jiménez:

A mí no me quedó claro lo de la inviabilidad que habla aquí, que no se contaba con la inviabilidad técnica, pero por qué no se hizo.

Dra. Obando:

Como le digo esto es un proyecto que se inició en la Gerencia Médica en el año 2016 y en esa oportunidad, desconocemos las relaciones por las cuales no se les hizo declaratoria de inviabilidad.

Licda. Chaves Díaz:

Revisando un poco la gestión de Comisión de Licitaciones, este caso específico cuando lo suben a Comisión de Licitaciones, en aquel momento que eso fue hace año y resto, casi dos años, lo presentamos nosotros, yo le decía al Dr. Ruiz mi colaboración en este tema. Cuando lo ve la Comisión en este momento determina que le faltaba precisamente ese requisito el de inviabilidad técnica. Todos sabemos que en el tema de servicios médicos especializados tenían que subir a Junta, entonces la Gerente Médica de ese momento lo que hace es solicitar que se devuelva y lo devuelven a Gerencia Médica, para que se subsane el asunto y al final determinan en el seno de la Gerencia Médica de aquel momento, que no es necesaria la contratación, además que él tenía

problemas serios de la infructuosidad, de hecho el Dr. Ruiz entiendo que viene subiendo para hablar un poquitito de cómo van a abordar este tema, porque precisamente yo le decía a don Juan Manuel ahora que lo encontré -porque es un casito que tiene su tiempo ya- que nosotros lo que queremos desde la perspectiva de logística, buscarle un acto final a este expediente, tenemos que (...) a la Contraloría además, que no se hizo efectivo el permiso que ella nos da en este momento y para nosotros es importante en esa línea saber entonces como la Institución está abordando una necesidad, porque lo cierto es que aquí se declara infructuosa, pero tenemos que saber si la necesidad persiste o no. En este caso ya había conversado con el doctor Ruiz que en el caso específico de la contratación lo que procede es declarar infructuosa, darle un acto final, informar a la Contraloría General de la República que no se hizo efectivo el permiso que ella nos dio en ese momento y tomar las medidas de fondo.

Directora Jiménez Aguilar:

Como desde el área de logística o no sé en este momento quién lo presentó, pero lo presentan sin tener la declaratoria de inviabilidad, eso es extraño y a mí me gustaría saber esos precios en este momento cómo se comparan con las jornadas extraordinarias con las especiales y todo eso que se le paga a la gente interna, porque lo que pareciera es que faltó voluntad para que esto saliera bien.

Director Loría Chaves:

(...) este es un tema para cerrar, pero que es un tema que permite como dicen los abogados, el primer interés actual, pero como no se ha cerrado hay que cerrarlo, porque por lo que estaba comentando Adriana eso pareciera que fue así, que llega un momento determinado que la Gerencia planteó el tema, después cuando se dio cuenta que hay que solucionar ya perdió interés actual y hay que cerrarlo. Cuatro años después.

Directora Abarca Jiménez:

Yo también quería agregar que es importante saber en qué estado estamos -como preguntaba don Mario hace un ratito- porque si todavía las listas de espera son extensas y a mí me gustaría que me explicaran también un poco más lo de los costos o el estudio de razonabilidad de precios, porque lo pasaron muy rápido y no lo entendí muy bien, porque yo entiendo que ustedes quieren cerrar el capítulo, pero otra opción sería si hay muchas listas de espera solicitemos la inviabilidad técnica y negociemos el contrato.

Licda. Badilla Chaves:

Tal vez si me permiten aclarar en algo estos puntos, el Área de Contabilidad de Costos fue la que realizó el estudio de razonabilidad de precios, para ellos tomaron en cuenta el salario de un médico G-2, con cierta cantidad de anualidades para compararlo con los precios ofertados, más el salario de una secretaria que es la que escribiría los informes. Con base en eso se hace el análisis comparativo, se determina que el precio es excesivo, se le hace una solicitud de aclaración a la empresa en algunos aspectos y ellos incluso ofrecen un descuento de un 10% y aun así tomando en cuenta ese descuento el precio continúa siendo excesivo, además, que como les indicaba, ellos solo cotizaron para dos regiones que era la Chorotega y la Central Norte o la Central Sur. En este

momento no preciso y esto tendría solamente un impacto en un 2% de las listas de espera, entonces, no sería significativo tampoco. Era por regiones, solo cotizaron dos.

Directora Solís Umaña:

¿En cuánto salió ese cálculo, porque fue la Institución la que hizo el cálculo del sueldo del médico G-2 y de la secretaria y cuánto salió por estudio?

Licda. Badilla Chaves:

Sí salía elevado, no tengo el expediente acá, pero sí salía elevado.

Directora Alfaro Murillo:

Mi pregunta ¿qué es elevado cuando el resultado no está a tiempo? ¿Qué es elevado cuando pasaron seis meses y no se tiene el resultado? Porque en esa discusión hace esos años que estábamos aquí, se vio eso y en varias oportunidades yo traje casos no de ultrasonidos, pero sí de mamografías, con casos concretos de mujeres a las que les habían dado el resultado ocho meses después y tenían algún indicio de cáncer y básicamente del Hospital de Alajuela y de Cartago, eso quedó en actas, yo lo dejé aquí ocho meses después el resultado.

Directora Solís Umaña:

Hay radiografías que el médico general puede ver, pero por ejemplo un ultrasonido y la mamografía también, porque es una maraña que uno no sabe.

Directora Abarca Jiménez:

Yo pienso que para poder tomar una decisión como Junta es importante saber cómo estamos hoy con la lectura de estas imágenes, porque es caro un recurso de amparo o una enfermedad o una complicación, o tener que volver a hacer la imagen, porque la realidad es que esto se hizo porque había una lista de espera, bueno, cómo estamos hoy, porque la otra sería poder solicitar el acto de inviabilidad.

Dr. Cervantes Barrantes:

Ayer precisamente yo les decía a los de la Gerencia Financiera una lista de espera siempre es tarde, ¿por qué es tarde? Porque alguna complicación o algún gasto adicional nos va a traer; es decir, entre más tarde diagnostiquemos más complicada va a estar la espera y volví al ejemplo de casos como los ortopédicos que tenemos a muy largo, pero la norma dice que si le dan una cita a nueve meses, esos nueve meses lo tienen que incapacitar y es un costo que se tiene. Entonces, aquí hay cosas y yo lo mencioné otro día, la Política de Sectorización hay que exigirla y hay que llegarle, porque habrá algunas cosas que sí las podemos solucionar.

Licda. Chaves Díaz:

Me gustaría conversar con don Juan Manuel el tema del procedimiento propiamente dicho, si hay alguien quien procura el tema, es poder sostener los procedimientos hasta donde sea posible, siempre dentro del rango de legalidad, somos nosotros lo que pasa es que en este caso específico ya tiene algunos elementos sociales como, por ejemplo, una oferta que ya no es viable, porque ya está vencida, además, el tema de viabilidad técnica tiene un detalle y es una fase bastante previa. El Dr. Ruiz dice que ya viene para acá para comentar un poco cuál es el ejercicio que están haciendo para abordar. Aquí el asunto con el expediente, inclusive lo veía yo con Juan Manuel es darle cierre por lo menos la declaratoria de infructuosidad al expediente, eso no significa doña Fabiola, que no se va a tomar medidas, si fuera necesario nosotros tenemos que acudir a la Contraloría para ver qué se hizo con el permiso. Sí la Gerencia Médica, que de hecho ya me había dicho que no tendiera a utilizar una figura similar para una contratación de esta naturaleza, podría acudir yo a la Contraloría; inclusive lo veía yo con don Juan Manuel y decirle que en este caso no se utilizó, que ocupamos otro o que nos permita utilizar este mismo, pero claro esto implicaría una serie de cuestiones que de por sí lo vamos a hacer como un posible procedimiento de revisión o de indagatoria, para ver qué fue lo que pasó con el caso específico, pero para efectos de procedimiento propiamente dicho lo que procede jurídicamente es darle el cierre, la decisión final.

Directora Alfaro Murillo:

El precio para la Central Norte veinte mil colones, por estudio y treinta mil colones para la Chorotega.

Directora Solís Umaña:

Baratísimo.

Directora Jiménez Aguilar:

Yo entiendo que para ustedes es importante el proceso cerrarlo y que esto quede ahí aprobado, pero para nosotros eso no puede ser suficiente. Yo le entiendo su posición y entiendo la posición del departamento, esto es viejo que ustedes están tratando de sacarlo, pero nosotros no podemos simplemente dejarlo pasar, me parece que sería irresponsable.

Doctor Macaya Hayes:

Continuamos y cuando llega Ruiz seguimos. Dejemos esto en pausa, nos dice la doctora Ramos que estamos muy bien en lectura de imágenes, pero ahora vemos los números.

Ingresa al salón de sesiones el doctor Mario Ruiz Cubillo, Gerente Médico, la licenciada Karen Vargas asesora legal de la Gerencia Médica

Licda. Chaves Díaz:

Tal vez para tenerlo en autos, estábamos viendo el tema de la declaratoria de infructuosidad que tenía que ver la lista de espera de imágenes médicas, la preocupación en este momento vamos a

declarar infructuoso esto y ahí cerramos para efectos procedimentales, pero lo que se está discutiendo es y cómo estamos abordando.

Dr. Ruiz Cubillo:

Yo recuerdo cuando nació esto porque cada vez que realizábamos una sesión de trabajo donde participaba la Gerencia Médica, con la Dra. Sáenz había un Programa llamado Plan de Atención Oportuna. En ese momento, no se habían depurado las listas de espera en general, no estaban determinadas a nivel nacional, había un problema de ultrasonidos muy importante a nivel nacional; inclusive, por ejemplo, en Heredia, no recuerdo números exactos, pero había en teoría como 50.000 ultrasonidos, y las listas de 30 años y uno estaba presentando en la Marcial Fallas, en clínicas mayores sobre todo. Yo participaba en algo del EDUS en ese momento, y recuerdo que además había un déficit muy importante de radiólogos a nivel nacional, (...) creo que la Dra. Miranda mandó a pedir esta autorización a la Contraloría para contratación de radiólogos para la realización de ultrasonidos, creo que la meta era 200.000 ultrasonidos que se planteaban realizar por esa vía y ya cuando yo llegué acá, nos encontramos que ya habíamos acortado los procesos de contratación, más bien la recomendación era bien clara, porque solo participó un proveedor que el proveedor solamente – me corrigen si estoy equivocado- que ofrecía en dos regiones y además a un costo un poco elevado. Mientras estaba pasando todo esto, en esa compra se iniciaron las depuraciones de ultrasonidos a nivel nacional y se implementó el sistema de información, por ejemplo, en Heredia nos dimos cuenta de que los paquetes del 2018 los de este año, se hicieron campañas para ver si se presentaban y la lista de espera se depuró, pasó de cincuenta mil, no tengo ahorita los números exactos, pero disminuyó significativamente y es un comportamiento a nivel nacional, además se implementaron protocolos de priorización de ultrasonidos donde se hicieron ultrasonidos urgentes que tenían que realizar con prioridad altísima, se le da de acuerdo con cada patología y mejoró muchísimo eso, esa es la situación en ese momento, actualmente ahorita me van a pasar el número exacto de radiólogos, pero sí hay más radiólogos a nivel nacional, inclusive se están formando dieciséis radiólogos en este momento, las listas de espera han disminuido en comparación con ese momento histórico, pero siempre hay una demanda constante de procedimientos y sobre todo de ultrasonidos. Hablando con el personal de la Unidad Técnica de Listas de Espera (UTLE), en cuanto a este tema específico de contratación, lo que les preocupa es que primero el impacto era muy poco, el precio muy alto, según tengo entendido para regiones específicas y además, parece que un porcentaje es muy difícil controlar la calidad de este reporte radiológico, era un tema que les preocupaba mucho. Para valorar si es necesario o no hacer una contratación de este tipo en este momento histórico. La UTLE preferiría analizar bien cuál es la capacidad actual que es más que la que la había en ese momento, ver cómo están las listas que están diferentes a como estaban en ese momento y ellos me dicen que preferirían que no para procedimientos como el ultrasonido en donde es muy difícil medir la calidad, porque el ultrasonido lo hace un radiólogo, toma un par de fotografías y de usted depende de lo que él haya visto. En cambio, con una mamografía le queda la imagen de la mamografía, más el reporte de la mamografía, entonces si hay que contratar preferiría contratar mamografías y procedimientos de ese tipo y no precisamente ultrasonidos, aparte de que cambió ese momento histórico. Ya me mandaron la última.

Doctor Macaya Hayes:

Aquí tengo los datos de la Dra. Ramos, dice cincuenta y nueve días mamografías, veinte días resonancia magnética nuclear o resonancia magnética y treinta días TAC, ese es el promedio y aquí tengo el 2015.

Dr. Ruiz Cubillo:

En el 2015 cuando tomaron esa decisión había de ultrasonidos total pendientes doscientos cincuenta y cinco mil, ya ahorita me están pasando el último dato, ha variado en el contexto histórico y nosotros preferiríamos mejor hacer un análisis concienzudo de la capacidad instalada actual, las necesidades actuales y valorar si es necesario este tipo de contrataciones en este momento.

Director Salas Chaves:

Una pregunta Mario, desde ese tiempo que están dando ahí, el tiempo para que le den la cita para tomarse el estudio. Claro porque hay dos tiempos, la otra es cuando el reporte, entonces falta el otro tiempo de que cuánto es la lista de espera para tomar del estudio. Entonces resulta que se la toma, pero entonces pasan estos días o seis meses para que lo llamen a uno a tomársela.

Dr. Ruiz Cubillo:

Aquí tengo ya los datos de ultrasonidos, entonces por ejemplo en el Max Peralta en espera hay nueve mil personas y en caso promedio, no es urgente, sino que es un estudio electivo, es de doscientos dieciocho días. En Alajuela es cincuenta, en el San Juan de Dios cuatrocientos treinta y ocho. El promedio a nivel nacional está a trescientos ocho días.

Doctor Macaya Hayes:

Esos son de control no de emergencia.

Dr. Ruiz Cubillo:

En cuanto a si hacer o no este tipo contratación en el momento histórico actual yo creo que debería revisar los datos, ese es el asunto.

Directora Jiménez Aguilar:

Yo también preferiría votar teniendo los datos, esto de una manera u de otra, porque si tuviéramos este tema resuelto yo digo sí, eso no importa archívenlo y se acabó, pero con los datos que tenemos yo diría por favor rescaten algo de lo que se puede hacer con esto, porque me parece que no es muy transparente este proceso que se hizo.

Directora Alfaro Murillo:

Con esa cifra yo estoy de acuerdo con el Dr. Ruiz que quiere verificar, pero lo que plantearía aquí claramente es esas cifras esta Junta las debería pedir después de esta discusión en una semana, comparto con doña Maritza yo no voto esto, excepto que además de decir se declara infructuosa,

tener un segundo y tercer acuerdo que diga retomarlo con la Contraloría hacer esto, o sea tomar acciones concretas para continuar, con esa cifra simplemente declararla infructuosa y ver qué hacemos con lo que viene, definitivamente no, con un promedio de un año, aunque sea el tema, o como dice control, no es emergencia, repite lo mismo que vimos cuando esta discusión se vio aquí con la doctora Villalta. Lo mismo, presentamos los ejemplos claros de personas que después de que han tardado un año para que le dieran la cita tardan ocho meses para darle el resultado y sí tenía indicios de cáncer y ahí varias de las personas, y los casos que expusimos aquí, la gente inmediatamente se fue a tratamiento privado, pidieron prestamos como locos, nadie se quiso quedar porque las citas se las habían dado a un plazo, nadie se quiso quedar todo el mundo se quedó asustado y los plazos los vimos aquí y yo en ese momento dije e hice la propuesta -y me encanta que el Dr. Ruiz mete el tema de las mamografías- yo las mamografías no las cuestiono yo contrataría externos, yo no dejaría que hoy con el tema de cáncer de mama y con todo lo que decimos y con todo lo que sale en los medios resulta que nosotros tengamos atrasos de ningún tipo. Creo que en la sesión pasada el doctor Cervantes lo comentó que cada fecha de cumpleaños le dieran a uno la cita para hacerse todo, ese es el ideal y yo lo comparto, y si no tenemos los recursos contrátelos, porque es más barato hacer ese esquema de prevención que atender los casos, entonces yo comparto con Maritza, cuando este acuerdo tenga un par de elementos adicionales para rescatar lo que haya que rescatar lo votaré, pero solamente la declaratoria de infructuosidad no y el informe del doctor Ruiz en el cortísimo plazo, que esta es una decisión que hay que tomar ya.

Directora Solís Umaña:

Es que, si uno se pone a ver ya lo que contrataron, contrataron treinta y ocho médicos, por eso lo que dice la solicitud, yo creo que lo que debemos de contratar son estudios, la empresa Chavarría, la empresa equis.

Dr. Ruiz Cubillo:

¿Qué les parece que como un segundo acuerdo que se instruya a la Gerencia Médica hacer un estudio de inviabilidad técnica?

Directora Solís Umaña:

Pero, doctor Ruiz no son médicos los que tenemos que contratar, son estudios.

Dr. Ruiz Cubillo:

La justificación del momento cuando se hizo todo a la Contraloría es diferente a la justificación que se haría actualmente, porque la situación es diferente. En ese momento, por ejemplo, en Heredia en un momento había tres o cuatro radiólogos ahorita hay más, ahorita hay nueve, ha variado mucho.

Directora Jiménez Aguilar:

Yo me pregunto qué pueden pensar encima de la Caja, que quieren que las listas de espera disminuyan y nosotros no hicimos bien algo que tenemos que preguntar a la Contraloría para hacerlo. Y simplemente vamos a decir se declara infructuosa y no lo podemos contratar. Y las

listas de espera han bajado un poquito, pero seguimos con ese montón de gente esperando los estudios, esperando los resultados de los procesos. No es un buen mensaje.

Licda. Chaves Díaz:

Un poco es porque del resultado del estudio es lo que va a determinar qué es lo que realmente vamos a contratar. Muy importante lo que decía la doctora Marielos, en qué he cumplido, en qué finalmente aquí hay una contratación de treinta y ocho médicos especialistas en Radiología que probablemente lo que ocupamos no es contratación de treinta y ocho médicos, sino la contratación de estudios en vencimiento, por eso es importante que la Gerencia haga el ejercicio de viabilidad, para ver si realmente es lo que se necesita, ahora eso me decía doña Maritza con respecto de qué va a descansar esta licitación si termina en una infructuosidad, corresponde que nosotros notifiquemos a la Contraloría y que hagamos el ejercicio de toda la revisión de qué fue lo que pasó que hay un tema de responsabilidades, sin detrimento de que paralelamente se pagan en el sentido de que tendría que presentar la Gerencia Médica para ver qué es lo que le vamos a pedir, si fuera a pedírselo a la Contraloría o si no básicamente salir con una compra.

Director Steinvorth Steffen:

Hay que rescatar el tema de que no parecieran ser ultrasonidos lo que se va a contratar sino mamografías.

Directora Solís Umaña:

No, estudios, ultrasonidos, tac, lo que sea, pero que sea rápido.

Dr. Ruiz Cubillo:

Aquí el asunto fue que cuando elaboraron esto, en ese momento lo que se percibía era una falta de radiólogos y ahora ha evolucionado más, no solo radiólogos, sino este tipo de estudios llámese mamografías, entonces, tal vez se debería haber planteado de una forma diferente, es muy difícil hablar del pasado, porque una forma diferente hubiera sido decir “ocupamos tantos estudios, quién nos hace esos estudios”, no necesariamente los radiólogos, ampliarlo un poco más, hay cosas que se pueden mejorar para lograr que haya más oferentes.

Licda. Badilla Chaves:

Además, en este momento es una oferta que no es viable porque no está vigente y además cuenta con precios excesivos, según el Área de Contabilidad de Costos.

Directora Solís Umaña:

Pero démosle baja a este y hacemos otro acuerdo de instrucción.

Nota: los puntos suspensivos (...) significan que una frase o palabra del audio no se comprendió o no se escuchó bien.

Por consiguiente, conocido el oficio número GL-1421-2019, de fecha 27 de setiembre de 2019, que firma la Gerente a.i. de Logística que, en lo conducente, en adelante se transcribe literalmente:

“La Gerencia Médica, mediante oficio No. GM-AC-9610-2019, traslada el presente expediente para que el mismo sea avalado por la Comisión Especial de Licitaciones, para su respectiva declaratoria de infructuosa por parte de la Junta Directiva.

• **Antecedentes:**

1. La Caja Costarricense de Seguro Social gestionó el concurso N°2017CD-000075-05101 como contratación directa al amparo del artículo 2 bis de la Ley de Contratación Administrativa (en adelante LCA) y el artículo 138 (actual 146) del Reglamento a esa misma Ley (en adelante RLCA).
2. Mediante Resolución DCA-3188 (Oficio 17159) del 21 de diciembre del 2016 y Resolución DCA-1159 (Oficio 06383) del 06 de junio del 2017, la Contraloría General de la República autorizó realizar la contratación directa concursada, mediante numero de petición N°28-1110603 L para adquirir “Contratación de 38 médicos especialistas en radiología e imágenes médicas para la elaboración, reporte e interpretación de ultrasonidos a nivel nacional, en las diferentes divisiones administrativas de la CCSS.”, Código Institucional: 0-06-10-0420.
3. Mediante Resolución DCA-1159 (Oficio 06383) del 06 de junio del 2017, la Contraloría General de la República autorizó un monto máximo de ¢2.918.4000.000, 00 (Folio 83).
4. La Administración solicitó ofertas para el procedimiento de compra N°2017CD-000075-5101, por medio de invitación en la Gaceta No. 136 de fecha 18 de julio del 2017 y cuya fecha de apertura de ofertas fue el día 11 de agosto de 2017. (Folio 93, 94,167 y 168).
5. Para este concurso participó el siguiente oferente: Oferta # 1 3-101-666539 S.A. (Folio 141 al 166).
6. La única oferta presentada por la empresa participante se le realizó el respectivo análisis administrativo y una vez concluido dicho análisis, el 16 de agosto del 2017 mediante oficio AABS-1091-2017 la oferta fue sometida al correspondiente Análisis Técnico. (Folio 179 al 182)
7. El 06 de noviembre del 2017, mediante oficio GM-UTLE-PD-12086-2017, de fecha 28 de octubre del 2017 se recibió en este despacho el análisis técnico y estudio de precios; del análisis técnico practicado a la única oferta, mediante oficio sin número, señaló que la oferta, cumple técnicamente con los elementos solicitados en el cartel. (Folio 184 al 187 y 208). Del estudio de precios mediante oficio ACC-1128-2017 y SACCH-114-2017, el Área Contabilidad de Costos determinó que el precio cotizado es excesivo. (Folio 189 al 207).
8. El 13 de noviembre del 2017, mediante oficio AABS-1569-2017, se solicitó el Aval Jurídico a la Dirección Jurídica previo a la declaratoria de infructuoso. (Folio 211).

9. El 23 de noviembre del 2017, mediante oficio DJ-07057-2017, el Área de Gestión Técnica y Asistencia Jurídica devuelve el expediente señalando las siguientes observaciones:

“(…)

1. *De conformidad con el con el artículo 30 del Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa, cuando se esté en presencia de precios excesivos se indagará cuales motivos subyacen para ese tipo de cotización, antes de adoptar cualquier decisión. En el presente caso se echa de menos dicha indagatoria.*
2. *Se debe acompañar el proyecto de resolución de declaratoria de infructuoso del presente concurso. (...)*”

10. El 24 de noviembre del 2017, mediante oficio AABS-1652-2017, realizó la indagatoria con la única oferta sobre el precio excesivo. (Folio 213 al 215).

11. El 22 de diciembre del 2017, (Folio 216 y 217), se recibió respuesta por parte de la oferta indicando lo siguiente:

“(…) los ultrasonidos objeto de contratación tienen un costo aproximado de valor de mercado entre 60.000 y 80.000 colones por estudio (información fácilmente verificable, en hospitales cima, Hospital Clínica Bíblica y UNIBE por no mencionar otros), estos generalmente incluyen un pago por comisión para el Sonografistas del 40% del valor del estudio, que en cualquiera de los casos, nos da un precio de pago mayor que el solicitado para el área metropolitana de 20.000 colones.

En el caso de la zona chorotega, se está estableciendo un precio mayor ya que nuestros Sonografistas, viven en el área metropolitana y tienen que desplazarse a la zona.

Creemos que hay razonabilidad en el precio solicitado porque incluso está por debajo de lo pagado en la práctica privada, los costos de cada ultrasonido teniendo en cuenta la reposición de los equipos para la caja, sugieren el que el valor real de cada estudio sonográfica debería tener un mayor valor para la institución lo que no se ve reflejado en la tabla de precios de la CCSS.

Quisiéramos poder seguir adelante con la contratación y colaborar con este tema, de ser necesario podríamos disminuir el precio sugerido en un 10% del valor ofertado para cada zona (...)”

12. El 22 de diciembre del 2017, mediante oficio AABS-1810-2017, se solicitó revaloración del estudio de precios, al Área Contabilidad de Costos, (Folio 218 al 221).

13. El 18 de abril de 2018, mediante oficio ACC-0285-2018 y SACCH-029-2018, se recibió el criterio del Área de Contabilidad de Costos y señalaron lo siguiente:

“(…) se mantiene el criterio externado en el oficio ACC-1128-2017, SACCH-114-2017 del 13 de setiembre del 2017, donde se concluye que el precio cotizado por 3-101-666539 S.A por ¢20.000 para la Región Central Norte y ¢30.000 para la Región Chorotega es excesivo y, que aun cuando a estos se les aplique un 10% de descuento, mantienen su condición de excesivos.

No obstante, este criterio corresponde al aspecto económico del servicio como tal; lo concerniente a la valoración del mismo desde el punto de vista de necesidad y urgencia de prestación con respecto a los requerimientos de salud de los usuarios, y si estos aspectos deben privar ante una adjudicación, será materia del área médica (...)

14. El 26 de abril del 2018, mediante oficio AABS-0545-218, se solicitó criterio técnico, que expongan si la necesidad del servicio todavía prevalece o se puede prescindir del mismo. (Folio 226).

15. El 23 de mayo del 2018, mediante oficio GM-UTLE-PD-153-2018, (Folio 227 y 228) este despacho, recibió criterio de la comisión análisis técnico e indicó lo siguiente:

“(...) Se tiene a la vista criterio emitidos mediante oficio ACC-0285-2018 y SACCH-029-2018 suscrito por la Licda. Azydee Picado Vidaure, Jefe Área de Contabilidad de Costos y Msc. Freddy Salazar Salazar, jefe, Subárea de Contabilidad de Costos Hospitalarios, donde se consigna el precio cotizado por 3-101-666539 S.A para realizar ultrasonidos en la Región Central Norte y Región Chorotega por un precio de ¢20.000 y ¢30.000 respectivamente son considerados excesivos (...)

(...) si bien como institución se mantiene una necesidad de contar con estrategias que permitan mejorar la capacidad instalada con que cuentan actualmente los centros médicos para la realización de ultrasonidos, no obstante, en concordancia con lo dictado en el artículo 86 de la R.L.C.A., el cual indica:

“Si al concurso no se presentaron ofertas o las que lo hicieron no se ajustaron a los elementos esenciales del concurso, se dictará un acto declarando infructuoso el procedimiento, justificando los incumplimientos sustanciales que presenten las ofertas.”

Este ente técnico a razón que la oferta no se ajusta a los elementos esenciales del concurso (costo), aunado que el impacto sobre la lista de espera será cercano únicamente al 2% de la misma, considera oportuno apearse al artículo 86 de la R.L.C.A (...)

II ANALISIS RECOMENDACIÓN COMISION ESPECIAL DE LICITACIONES:

La Comisión Especial de Licitaciones analiza y recomienda la remisión para la Junta Directiva de la solicitud de Declaratoria de Infructuosa para la Compra Directa No. 2017CD-000075-5101, para la contratación de médicos especialistas en radiología, según consta en el acta de la Sesión Ordinaria No. 14-2019 celebrada el 24 de setiembre de 2019, de la cual en lo que interesa se extrae:

El presente procedimiento de contratación se inició con fundamento en los Artículos 2 bis de la Ley de Contratación Administrativa y el artículo 138 (actual 146) del Reglamento a esa misma Ley y conforme a la autorización de la Contraloría General de la República en realizar la contratación directa concursada mediante resolución DCA-3188 (Oficio 17159) del 21 de diciembre del 2016 y Resolución DCA-1159 (Oficio 06383) del 06 de junio del 2017, con el propósito de adquirir “Contratación de 38 médicos especialistas en radiología e imágenes médicas para la elaboración, reporte e interpretación de ultrasonidos a nivel nacional, en las diferentes divisiones administrativas de la CCSS.”, Código Institucional: 0-06-10-0420, para tal efecto, gestionó el concurso

N°2017CD-000075-5101, no obstante, no superó las etapas de análisis financiero (Razonabilidad del Precio) y que a continuación se procederá a señalar la motivación de la declaratoria de infructuosa del mismo.

Una vez superada la etapa de análisis administrativo de la única oferta 3-101-666539 S.A., fue remitido su pliego para análisis técnico y análisis financiero, mismas en las cuales constan los siguientes aspectos de interés:

La revaloración del análisis financiero ACC-0285-2018 y SACCH-029-2018, de fecha 16 de abril de 2018 emitido por el Área Contabilidad Costos indicó:

“(...) se mantiene el criterio externado en el oficio ACC-1128-2017, SACCH-114-2017 del 13 de setiembre del 2017, donde se concluye que el precio cotizado por 3-101-666539 S.A por ¢20.000 para la Región Central Norte y ¢30.000 para la Región Chorotega es excesivo y, que aun cuando a estos se les aplique un 10% de descuento, mantienen su condición de excesivos.

No obstante, este criterio corresponde al aspecto económico del servicio como tal; lo concerniente a la valoración del mismo desde el punto de vista de necesidad y urgencia de prestación con respecto a los requerimientos de salud de los usuarios, y si estos aspectos deben privar ante una adjudicación, será materia del área médica (...)”

En lo que atañe al criterio técnico GM-UTLE-PD-153-2018, recibido en este despacho el 23 de mayo del 2018, se indicó lo siguiente:

“(...) Se tiene a la vista criterio emitidos mediante oficio ACC-0285-2018 y SACCH-029-2018 suscrito por la Licda. Azydee Picado Vidaure, Jefe Área de Contabilidad de Costos y Msc. Freddy Salazar Salazar, jefe, Subárea de Contabilidad de Costos Hospitalarios, donde se consigna el precio cotizado por 3-101-666539 S.A para realizar ultrasonidos en la Región Central Norte y Región Chorotega por un precio de ¢20.000 y ¢30.000 respectivamente son considerados excesivos (...)

(...) si bien como institución se mantiene una necesidad de contar con estrategias que permitan mejorar la capacidad instalada con que cuentan actualmente los centros médicos para la realización de ultrasonidos, no obstante, en concordancia con lo dictado en el artículo 86 de la R.L.C.A., el cual indica:

“Si al concurso no se presentaron ofertas o las que lo hicieron no se ajustaron a los elementos esenciales del concurso, se dictará un acto declarando infructuoso el procedimiento, justificando los incumplimientos sustanciales que presenten las ofertas.”

Este ente técnico a razón que la oferta no se ajusta a los elementos esenciales del concurso (costo), aunado que el impacto sobre la lista de espera será cercano únicamente al 2% de la misma, considera oportuno apearse al artículo 86 de la R.L.C.A (...)”

Por lo antes expuesto y siendo que dentro del presente concurso no quedan ofertas elegibles para adjudicar, dado que existen diversos aspectos financieros (Razonabilidad del Precio) que no fueron

superados por la única casa comercial, por cuanto su oferta no se ajustó a los términos cartelarios, resulta procedente realizar recomendación para que el acto final se ajuste a los términos de una declaratoria de infructuosidad del concurso 2017CD-000075-5101 para la adquisición de “Contratación de 38 médicos especialistas en radiología e imágenes médicas para la elaboración, reporte e interpretación de ultrasonidos a nivel nacional, en las diferentes divisiones administrativas de la CCSS.”, Código Institucional: 0-06-10-0420, esto con fundamento en los hechos descritos y los artículos 15 párrafo primero y 86 ambos del Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa, los cuales establecen:

“Artículo 15: *Variación del procedimiento infructuoso: La licitación y el remate se considerarán infructuosos cuando no hubiere habido oferentes o lo que hubieren presentado hayan formulado sus ofertas en términos que contravienen el cartel o resulten inaceptables para la Administración”.*

Igualmente, el artículo 86 del mismo cuerpo normativo reza de la siguiente manera:

“Acto Final: (...) Si al concurso no se presentaron ofertas o las que lo hicieron no se ajustaron a los elementos esenciales del concurso, se dictará un acto declarando infructuoso el procedimiento, justificando los incumplimientos sustanciales que presenten las ofertas. (...)”.

- **Criterio Legal:**

Mediante oficio No. DJ-03238-2018, de fecha 11 de junio del 2018, la Dirección Jurídica otorga el visto bueno para que la Comisión Especial de Licitaciones recomiende a la Junta Directiva el dictado de la declaratoria de infructuosa. Folio 234.”

Por tanto, conocido el oficio N° GL-1421-2019, de fecha 27 de setiembre del 2019, y teniendo como fundamento:

- a. Análisis Administrativo: Efectuado el 14 de agosto del 2017 por el Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios.
- b. Análisis Técnico de las ofertas recibidas y remitidas mediante oficio AAB1091-2017: Unidad Técnica Listas de Espera y Hospital William Allen, firmado por el doctor Rafael Cortés Ángel, Coordinador, Procedimientos y Disponibilidades de la Gerencia Médica y la Dra. Linet Fonseca Chacón Médico Especialista del Hospital William Allen de la Comisión Técnica (folios 00184-00185).
- c. Razonabilidad de Precios: Oficio del 13 de setiembre del 2017, emitido por el Área Contabilidad de Costos, en el cual determina que el precio es excesivo.
- d. Criterio legal de la Dirección Jurídica, oficio DJ-03238-2018 del 11 de junio del 2018.
- e. Solicitud de Declaratoria de Infructuosa por parte de la Gerencia Médica, mediante oficio N° GM-AC-9610-2019.
- f. Acuerdo de aprobación de la Comisión Especial de Licitaciones en sesión Ordinaria No. 14-2019, de fecha 24 de setiembre del 2019;

habiéndose hecho la presentación pertinente por parte de la licenciada Ileana Badilla Chaves, Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios, y con fundamento al artículo 2 bis de la Ley de

Contratación Administrativa, el artículo 138 (actual 146) del Reglamento a esa misma Ley y con la autorización de la Contraloría General de la República de realizar la contratación directa concursada mediante resolución DCA-3188 (Oficio 17159) del 21 de diciembre del 2016 y Resolución DCA-1159 (Oficio 06383) del 06 de junio del 2017, y con base en la recomendación en los citados oficios números GL-1421-2019 y GG-1735-2019, la Junta Directiva -en forma unánime- **ACUERDA** : instruir a la Gerencia Médica el estudio de necesidades para satisfacer la atención en el tema de Imágenes Médicas, a través de la Unidad Técnica de Listas de Espera (UTLE) una vez conocido dicho estudio, se procederá con la declaratoria de infructuosa señala en el oficio GL 1421-2019.

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

Se retiran del salón de sesiones el doctor Mario Ruiz Cubillo, Gerente Medico, la licenciada Karen Vargas asesora legal de la Gerencia Médica y la licenciada

Se deja constando en esta acta que el director Devandas vota a favor del acuerdo, pero no en firme.

ARTICULO 10°

Se recibe el oficio N° GG-1735-2019, de fecha 7 de octubre de 2019, firmado por el doctor Cervantes Barrantes, Gerente General que, en adelante se transcribe y que contiene las propuestas para su respectiva aprobación:

“Reciban un cordial saludo. Mediante varios oficios suscritos por la Licda. Adriana Chaves Díaz, Gerente de Logística a.i. Remite para aprobación de esta Junta Directiva los siguientes temas referentes a procesos de compras:

- *GL-1422-2019 Solicitud de adjudicación licitación pública N° 2019LN-000007-5101.”*

Se conoce el oficio número GL-1422-2019 (GG-1735-2019), de fecha 27 de setiembre de 2019, firmado por la Licda. Adriana Chaves Díaz, Gerente a.i, de Logística y que contiene la propuesta de adjudicación licitación pública N° 2019LN-000007-5101.

La exposición está a cargo de la Licda. Ileana Badilla Chaves, con el apoyo de las siguientes láminas:

1)



Licitación Pública No. 2019LN-000007-5101.

- **Ítem 01:** Enoxaparina Sódica 40 mg. (4000 UI) / 0,4 ml. Solución estéril. Inyectable. Jeringa prellenada con 0,4 ml. Código 1-10-11-4085.
- **Ítem 02:** Enoxaparina Sódica 80 mg. (8000 UI) / 0,8 ml. Solución estéril. Inyectable. Jeringa prellenada con 0,8 ml. Código 1-10-11-4095.

2)



- **Cantidades referenciales:** **Ítem 01:** 480.000 Unidades.
Ítem 02: 450.000 Unidades.
- **Fecha de invitación:** 25 de marzo del 2019, en el diario oficial La Gaceta No. 059. Folio 096.
- **Apertura:** 26 de abril del 2019.
- **Modalidad de la compra:** **Prorrogable, entregas según demanda:** Compra para un período de doce meses, con posibilidad facultativa de prórroga, una vez que se acrediten en el expediente los estudios que comprueben la razonabilidad de precios y condiciones de mercado que benefician los intereses institucionales, hasta por tres (03) períodos más de doce meses, para un total de cuatro (04) períodos de doce meses cada uno.

3)



Participantes:

Oferta	Oferente	Representante	Ítems Cotizados	
			Ítem 01	Ítem 02
01	Laboratorios Barly S.A.	Oferta en plaza.	\$ 2,96	\$ 5,75
02	DIFACE S.A.	Oferta en plaza.	\$ 2,41	\$ 4,80
03	Medical Center MCC S.A.	Oferta en plaza.	\$ 7,65	\$ 9,70
04	Mileniumfarma S.A.	Oferta en plaza.	\$ 1,99	\$ 3,359
05	Farmacias EOS S.A.	Oferta en plaza.	\$ 1,68	\$ 3,54
06	Belco Pharma S.A.	Oferta en plaza.	\$ 3,6856	\$ 5,9646
07	Menafar S.A.	Oferta en plaza.	¢ 2.202,65	¢ 4.077,55

4)

 **DICTAMEN ADMINISTRATIVO**

1

- Se efectuó el 15 de mayo del 2019 por el Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios, determinando que las ofertas 02, 03, 04, 05, 06, y 07, cumplen con todos los aspectos administrativos solicitados en el cartel.
- La oferta No. 01 de la empresa Laboratorios Barly S.A. se excluye administrativamente en ambos ítems por cuanto la oferta no se ajusta a los empaques solicitados en la ficha técnica. Folios 455 al 472.

5)

 **DICTAMEN TÉCNICO**

Mediante acta de recomendación suscrita por la Comisión Técnica de Compras de Medicamentos, visible en folios del 487 al 502, se concluye lo siguiente.

2

Oferta	Oferente	Cumple Técnicamente (Ítems)	
		Ítem 01	Ítem 02
02	DIFACE S.A.	X	X
03	Medical Center MCC S.A.	X	X
04	Mileniumfarma S.A.	✓	✓
05	Farmacias EOS S.A.	✓	✓
06	Belco Pharma S.A.	X	X
07	Menafar S.A.	X	X

6)

 **DICTAMEN FINANCIERO**

Mediante análisis de razonabilidad del precio de 13 de junio del 2019, el Área de Gestión de Medicamentos, indica, entre otras cosas, lo siguiente:

"De acuerdo con la metodología utilizada y los resultados obtenidos en los elementos de análisis, a continuación, se indica el criterio de razonabilidad para cada ítem, de la oferta presentada por Farmacias EOS S.A.:"

Ítem	Descripción	Criterio
1	Enoxaparina sódica 40 mg. (4000 UI) / 0,4 ml. Solución estéril, inyectable, jeringa prellenada con 0.4 ml.	Precio Razonable.
2	Enoxaparina sódica 80 mg. (8000 UI) / 0,8 ml. Solución estéril, inyectable, jeringa prellenada con 0.8 ml.	Precio Razonable.

7)



Análisis del precio histórico. 2019LN-000007-5101
Enoxaparina sódica 40 mg. (4000 UI) / 0.4 ml. solución estéril, inyectable, jeringa prellenada con 0.4 ml.

Fecha de Apertura	Concurso	Oferente	País de Origen	Cantidad	Δ %	Precio Unitario US\$	Δ %	Precio unitario €	Δ %	Precio deflactado € (1)	Δ %
06-dic.-13	2013ME-000227-5101	Droguería Intemed S.A.	Francia	715 000		3,34		1 684,54		1 638,50	
11-mar.-15	2015ME-000034-5101	Droguería Intemed S.A.	Francia	187 500	-74%	3,36	1%	1 812,74	8%	1 667,04	2%
01-nov.-16	2016ME-000139-5101	Droguería Intemed S.A.	Francia	340 000	81%	3,52	5%	1 971,62	9%	1 830,83	10%
26-abr.-19	Concurso Actual: 2019LN-000007-5101	Farmacias EOS S.A.	Austria	480 000	41,2%	1,68	-52,3%	1 013,12	-48,6%	865,70	-52,7%
Mediana del Precio		1 667,04									

(1) Se utiliza como deflactor el Índice de Precios al Productor de la Manufactura. Base 2012 = 100. Fuente: Banco Central de Costa Rica y Pliego Cartelario.

8)



Análisis del precio histórico. 2019LN-000007-5101
Enoxaparina sódica 80 mg. (8.000 UI)/0.8 ml., solución inyectable, jeringa prellenada con 0.8 ml

Fecha de Apertura	Concurso	Oferente	País de Origen	Cantidad	Δ %	Precio Unitario US\$	Δ %	Precio unitario €	Δ %	Precio deflactado € (1)	Δ %
20-jul.-15	2015ME-000094-5101	Droguería Intemed S.A.	Francia	299 000		6,71		3 628,23		3 337,84	
21-feb.-17	2017ME-000011-5101	Droguería Intemed S.A.	Francia	362 962	21%	6,71	0%	3 817,52	5%	3 523,65	8%
26-abr.-19	Concurso Actual: 2019LN-000007-5101	Farmacias EOS S.A.	Austria	450 000	24,0%	3,54	-47,2%	2 134,80	-44,1%	1 824,15	-48,2%
Mediana del Precio		3 430,74									

(1) Se utiliza como deflactor el Índice de Precios al Productor de la Manufactura. Base 2012 = 100. Fuente: Banco Central de Costa Rica y Pliego Cartelario.

9)

Consulta de Precios de Referencia:

Precios de Referencia a Nivel Internacional para el producto:
Enoxaparina sódica 40 mg. (4000 UI) / 0.4 ml. solución estéril, inyectable, jeringa prellenada con 0.4 ml.

Sitio de Consulta	Fecha	Cantidad Adquirida en UD	Precio por UD en US\$ ⁽¹⁾	Precio Ajustado a Valor Presente	Precio por UD Farmacias EOS S.A. en US\$	Variación Nominal del Precio Farmacias EOS S.A. / Referencia
Ministerio de Salud de Colombia	13/6/2019	No se indica.	2,39	2,39	1,68	-29,7%
Guía Internacional de Precios de Productos Médicos	2015	No se indica.	1,65 - 5,40	2,05 - 5,40 ⁽²⁾		5,4% / 221,4%
Administración Nacional de Medicamentos - Argentina	13/6/2019	No se indica.	71,23	71,23		-97,6%
Guatecompras	15/5/2019	5 000	2,27	2,27		-25,8%

- (1) Los precios expresados en monedas distintas del dólar estadounidense fueron ajustados con base en el tipo de cambio de la fecha de realización de este estudio, considerando la moneda que corresponda de acuerdo con el país de donde se tomó la referencia, según información del Banco Central de Costa Rica.
(2) Este precio no se actualiza debido a que fue provisto por un organismo internacional conformado por varios países, por lo que para actualizarlo no se puede utilizar una medida específica de inflación.

10)

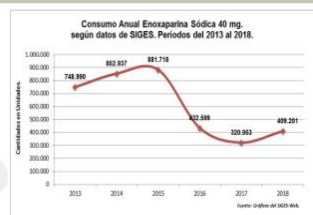
Consulta de Precios de Referencia:

Precios de Referencia a Nivel Internacional para el producto:
Enoxaparina sódica 80 mg. (8.000 UI) / 0.8 ml., solución inyectable, jeringa prellenada con 0.8 ml.

Sitio de Consulta	Fecha	Cantidad Adquirida en UD	Precio por UD en US\$ ⁽¹⁾	Precio Ajustado a Valor Presente	Precio por UD Farmacias EOS S.A. en US\$	Variación Nominal del Precio Farmacias EOS S.A. / Referencia
Ministerio de Salud de Colombia	13/6/2019	No se indica.	12,92	12,92	3,54	-87,0%
Guía Internacional de Precios de Productos Médicos	2015	No se indica.	2,64 - 9,86	3,28 - 9,86 ⁽²⁾		7,3% / 178,5%
Administración Nacional de Medicamentos - Argentina	13/6/2019	No se indica.	132,64	132,64		-98,7%

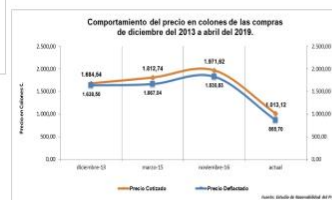
- (1) Los precios expresados en monedas distintas del dólar estadounidense fueron ajustados con base en el tipo de cambio de la fecha de realización de este estudio, considerando la moneda que corresponda de acuerdo con el país de donde se tomó la referencia, según información del Banco Central de Costa Rica.
(2) Este precio no se actualiza debido a que fue provisto por un organismo internacional conformado por varios países, por lo que para actualizarlo no se puede utilizar una medida específica de inflación.

11)

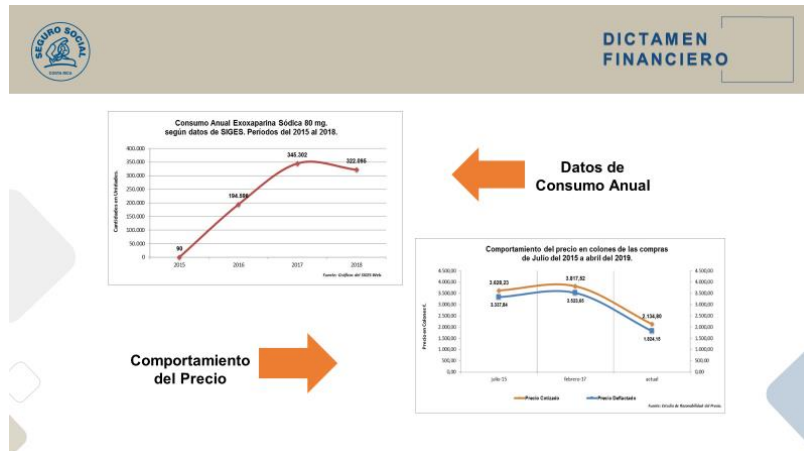


Datos de Consumo Anual

Comportamiento del Precio



12)



13)



DICTAMEN LEGAL

• Mediante oficio No. DJ-4764-2019 de 30 de agosto del 2019, la Dirección Jurídica otorga el visto bueno para que la Comisión Especial de Licitaciones recomiende a la Junta Directiva el dictado del acto de adjudicación. Folio 565.



14)

PROPUESTA DE ACUERDO

Conocido el oficio No. GL-1422-2019, de fecha 27 de setiembre del 2019 suscrito por la Licda. Adriana Chaves Diaz, Gerente a. i. de la Gerencia de Logística y teniendo como fundamento:

- Análisis Administrativo:** Efectuado el 15 de mayo del 2019 por el Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios.
- Criterio Técnico:** Efectuado el 29 de mayo del 2019 por la Comisión Técnica de Normalización y Compras de Medicamentos.
- Razonabilidad de Precios:** Oficio del 13 de junio del 2019, emitido por el Área Gestión de Medicamentos, en el cual determina que el precio es razonable.
- Criterio legal de la Dirección Jurídica,** oficio DJ-4764-2019 del 30 de agosto del 2019.
- Aprobación de la Comisión Especial de Licitaciones** de acuerdo con acta de la sesión ordinaria No. 14-2019, de fecha 24 de setiembre del 2019;

la Junta Directiva Acuerda:

Adjudicar a la empresa **FARMACIAS E.O.S. S.A.**, oferta No. 05, oferta en plaza, la Licitación Pública No. 2019LN-000007-5101, promovida para la adquisición de Emoxaparina Sódica 40 mg. y 80 mg., según el siguiente detalle:

15)

PROPUESTA DE ACUERDO			
ITEM	DESCRIPCIÓN	Cantidad referencial anual	Precio Unitario
UNO	Enoxaparina sódica 40 mg. (4000 UI) / 0,4 ml. Solución estéril, inyectable, jeringa prellenada con 0,4 ml.	480.000 Unidades.	\$ 1,68 Cada Unidad.
DOS	Enoxaparina sódica 80 mg. (8000 UI) / 0,8 ml. Solución estéril, inyectable, jeringa prellenada con 0,8 ml.	450.000 Unidades.	\$ 3,54 Cada Unidad.

Para efecto de reserva presupuestaria y de gestión contractual, se estima un monto MÁXIMO total anual para los dos ítems de \$ 2.399.400,00. (\$ 806.400,00 el ítem No. 01 y \$ 1.593.000,00 el ítem No. 02.) En caso de requerirse una cantidad mayor deberá solicitarse la autorización previa a la Junta Directiva.

Modalidad de la compra: Prorrogable, entregas según demanda: Compra para un período de doce (12) meses, con posibilidad facultativa de prórroga, una vez que se acrediten en el expediente los estudios que comprueben la razonabilidad de precios y condiciones de mercado que benefician los intereses institucionales, hasta por tres (03) períodos más de doce (12) meses, para un total de cuatro (04) períodos de doce (12) meses cada uno.

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

Licda. Badilla Chaves:

El siguiente caso es la licitación pública N° 2019LN-000007-5101, para la adquisición de Enoxaparina Sódica en dos presentaciones: de 40 mg. y de 80 mg., las cantidades referenciales a adquirir son para el ítem 1) de cuatrocientos ochenta mil unidades y para el ítem 2) de cuatrocientas cincuenta mil unidades, por ser una licitación pública la licitación se realiza mediante publicación en la Gaceta del 25 de marzo del 2019 siendo la apertura el 26 de abril del mismo año. Modalidad de la compra es entrega según demanda y es prorrogable por un período de doce meses más. Tres, contiene prórrogas para un total de cuatro períodos de doce meses. En esta oportunidad participan siete empresas donde podemos ver a Laboratorios Barly S.A., DIFACE S.A, Medical Center, Mileniumfarma, Farmacias EOS, Belco Pharma y Menafar. En este caso la oferta número cinco que es la Farmacias EOS es la que oferta el precio más bajo de todas las participantes. Cuenta con el análisis administrativo de las ofertas, siendo que la oferta número uno es excluida por un problema en los embarques; las demás ofertas sí cumplen desde el punto de vista administrativo. En relación con el dictamen técnico que se tiene que solo la oferta número cuatro y la oferta número cinco correspondiente a Mileniumfarma y a Farmacias EOS son las que cumplen, tanto para el ítem 1) como para el ítem 2). En relación con el estudio de razonabilidad de precios se obtiene como resultado que tanto el ítem 1), como el ítem 2) el precio resulta razonable. Aquí vemos el análisis del precio histórico, donde más bien se da una rebaja bastante considerable. En el año 2016 el precio estaba en tres dólares cincuenta y dos y en el concurso actual ese precio baja a un dólar sesenta y ocho centavos, para la presentación de 40 mg., para la presentación de 80 mg., igualmente vemos que en el 2007 el precio rondaba los seis dólares setenta y uno y en esta oportunidad se reduce a tres dólares con cincuenta y cuatro centavos. Se hace igualmente una consulta de precios de referencia a Colombia, nos dan precio de dos treinta y nueve. La Guía Internacional de Precios está entre uno sesenta y cinco y cinco cuarenta. En Argentina a setenta y uno veintitrés, en Guatecompras a dos veintisiete, todos por encima del precio ofertado por la Empresa Farmacias EOS. Igual sucede con el ítem 2) de 80 mg. donde se ve que los precios son superiores al precio cotizado por esa empresa. Los datos del consumo anual para el ítem 1), que es la presentación de 40 mg. donde vemos hubo un descenso en el consumo y nuevamente se habían incrementado las cantidades y en relación con el precio sí se ve una tendencia a la baja, esto para el ítem 1), para el ítem 2) más bien ahí implementando las cantidades de consumo bajando levemente en el último año y en los precios se ve la tendencia a la baja, cuenta con el criterio de la Dirección Jurídica

donde le otorga el visto bueno previo para someter este caso a conocimiento de esta Junta Directiva. Con base en todos estos elementos mediante el oficio N° GL-1422-2019 la Gerencia de Logística teniendo en cuenta que existe el análisis administrativo, el criterio técnico, el criterio legal de la Dirección Jurídica, así como la aprobación y recomendación de la Comisión Especial de Licitaciones, somete a la Junta Directiva la aprobación del siguiente acuerdo: adjudicar a la Empresa Farmacias EOS S.A, oferta cinco, oferta en plaza, la licitación pública N° 2019LN-000007-5101, promovida para la adquisición de Enoxaparina Sódica en sus presentaciones de 40 mg. y 80 mg. según el siguiente detalle: Para el ítem 1) la cantidad referencial de cuatrocientos ochenta mil unidades a un precio de un dólar sesenta y ocho. Para el ítem 2) cuatrocientas cincuenta mil unidades a un precio de tres coma cincuenta y cuatro dólares cada unidad. Para efectos de reserva presupuestaria y gestión contractual se estima un monto máximo total anual para los dos ítems de dos millones trescientos noventa y nueve mil cuatrocientos, siendo que para el primer ítem es un total de ochocientos seis mil cuatrocientos dólares y para el ítem 2) un millón quinientos noventa y tres mil dólares, en caso de requerirse una mayor cantidad deberá solicitarse la autorización previa a la Junta Directiva -y la modalidad tal y como lo habíamos mencionado- prorrogable con entrega según demanda de un período más tres prórrogas facultativas adicionales. Esto sería el acuerdo que someto ante usted.

Director Steinvorth Steffen:

Me llama la atención que el patrón de consumo me pareció ver que era un consumo altamente creciente y de pronto empieza a bajar,

Dr. Marín Piva:

Aquí es importante aclarar que la Enoxaparina se disponía solamente la presentación de 40 mg. en la Lista Oficial de Medicamentos (LOM). A partir de un estudio que hicimos sobre la necesidad que se estaba utilizando para la incorporación de la Enoxaparina 40 mg. se usa para la profilaxis de cadera y todo ese tipo de pacientes y en la dosis mayor de 40 mg. cada doce horas, en el caso de pacientes que la requieren, normalmente mucho (...) que normalmente se hacía Enoxaparina no fraccionada, se consideran una serie de elementos. Entonces, se incluyó alrededor de 2013-2014 la Enoxaparina 80 mg. que es de alta resolución y que bajara el consumo de la de 40 mg. cómo se dio y subiera la de 80 mg., porque se estaban usando más o menos las dos terceras partes de las dosis de las unidades de los miligramos de los medicamentos, en la condición de anticoagulación y la de 40 mg. implica más medicamento usado por el paciente. Ahora, en el 2018 se dio una situación, Sanofi que era el oferente del innovador, el único que estaba disponible en el mercado empezó a caer en su capacidad de producción de 80 mg. y, entonces, en los hospitales tuvieron que hacer uso de la de 40 mg. Entonces, por eso también es que se ve un aumento en el consumo de la de 40 mg. y esa disminución ligera de la de 80 mg. Ahora y eso es importante, otra vez se ve con el abrimiento del mercado, está bajando casi 50% el precio de la Enoxaparina, este es un producto de origen biotecnológico, está ganándose un biosimilar. Por lo que ahora con el Rituximab ha bajado un 50% el precio, con el desarrollo e introducción al mercado del Rituximab, otro biosimilar también se gana un 50% de disminución del precio. Entonces, en la teoría de que los precios podría bajar un 20% o 30% del precio no se cumplió, pues afortunadamente estamos viendo una disminución del precio del 50% esto implica que competencia, porque ya hubo bastantes oferentes más, varios no cumplieron con algún aspecto, pero ya por lo menos tuvimos competencias en el mercado.

Ing. Salas Araya:

Aunque el innovador está precalificado dado que ya teníamos oferentes con registro sanitario y tomamos la decisión de no salir por la Ley N° 6914, sino por una licitación de la N° 7494 que nos permitiera la participación de los oferentes mientras realizaban el proceso de precalificación, esto nos dio que pudiéramos tener un mejor precio. El innovador está precalificado, pero era el único y como ya teníamos algunos con registros sanitarios, entonces, la licitación la sacamos abierta para que pudiéramos participar por la Ley N° 7494.

Doctor Macaya Hayes:

Comentarios. Empecemos a votar. En firme.

Nota: los puntos suspensivos (...) significan que una frase o palabra del audio no se comprendió o no se escuchó bien.

Por consiguiente, conocido el oficio número GL-1422-2019, de fecha 27 de setiembre de 2019, que firma la Gerente a.i. de Logística que, en lo conducente, se transcribe literalmente:

“El Área de adquisiciones de Bienes y Servicios, mediante oficio No. DABS-3051-2019, traslada el presente expediente para que el mismo sea avalado por la Comisión Especial de Licitaciones, para su respectiva adjudicación por parte de la Junta Directiva.

- **Antecedentes:**

- **Fecha de invitación:** 25 de marzo del 2019. Diario Oficial La Gaceta No. 059.
- **Participantes:** 07.
- **Apertura:** 26 de abril del 2019.

II ANALISIS RECOMENDACIÓN COMISION ESPECIAL DE LICITACIONES:

La Comisión Especial de Licitaciones analiza y recomienda la remisión para la Junta Directiva de la solicitud de adjudicación para la Licitación Pública No. 2019LN-000007-5101, para la adquisición de Enoxaparina Sódica 40 mg. y 80 mg., según consta en el acta de la Sesión Ordinaria No. 14-2019 celebrada el 24 de setiembre de 2019, de la cual en lo que interesa se extrae:

- **Modalidad de la compra: Ordinaria. Prorrogable, entregas según demanda:** Compra para un período de doce (12) meses, con posibilidad facultativa de prórroga, una vez que se acrediten en el expediente los estudios que comprueben la razonabilidad de precios y condiciones de mercado que benefician los intereses institucionales, hasta por tres (03) períodos más de doce (12) meses, para un total de cuatro (04) períodos de doce (12) meses cada uno.
- **Participantes:**

Oferta	Oferente	Representante	Ítems Cotizados	
			Ítem 01	Ítem 02
01	Laboratorios Barly S.A.	Oferta en plaza.	\$ 2,96	\$ 5,75
02	DIFACE S.A.	Oferta en plaza.	\$ 2,41	\$ 4,80
03	Medical Center MCC S.A.	Oferta en plaza.	\$ 7,65	\$ 9,70
04	Mileniumfarma S.A.	Oferta en plaza.	\$ 1,99	\$ 3,359
05	Farmacias EOS S.A.	Oferta en plaza.	\$ 1,68	\$ 3,54
06	Belco Pharma S.A.	Oferta en plaza.	\$ 3,6856	\$ 5,9646
07	Menafar S.A.	Oferta en plaza.	¢ 2.202,65	¢ 4.077,55

- **Análisis Administrativo:**

Se efectuó el 15 de mayo del 2019 por el Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios, determinando que las ofertas 02, 03, 04, 05, 06, y 07, cumplen con todos los aspectos administrativos solicitados en el cartel.

La oferta No. 01 de la empresa Laboratorios Barly S.A. se excluye administrativamente en ambos ítems por cuanto la oferta no se ajusta a los empaques solicitados en la ficha técnica. Folios 455 al 472.

- **Criterio Técnico:**

Mediante acta de recomendación suscrita por la Comisión Técnica de Compras de Medicamentos, visible en folios del 487 al 502, se concluye lo siguiente.

Oferta	Oferente	Cumple Técnicamente (Ítems)	
		Ítem 01	Ítem 02
02	DIFACE S.A.	X	X
03	Medical Center MCC S.A.	X	X
04	Mileniumfarma S.A.	✓	✓
05	Farmacias EOS S.A.	✓	✓
06	Belco Pharma S.A.	X	X
07	Menafar S.A.	X	X

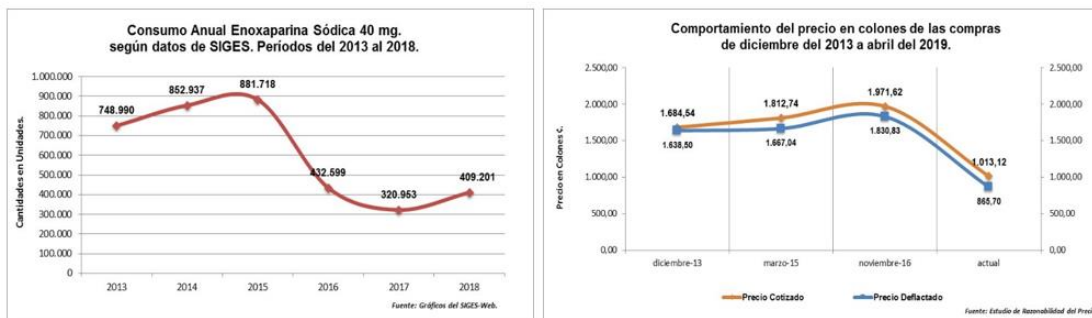
- **Razonabilidad del Precio:**

Mediante análisis de razonabilidad del precio, de fecha 13 de junio del 2019, el Área de Gestión de Medicamentos, indica, entre otras cosas, lo siguiente:

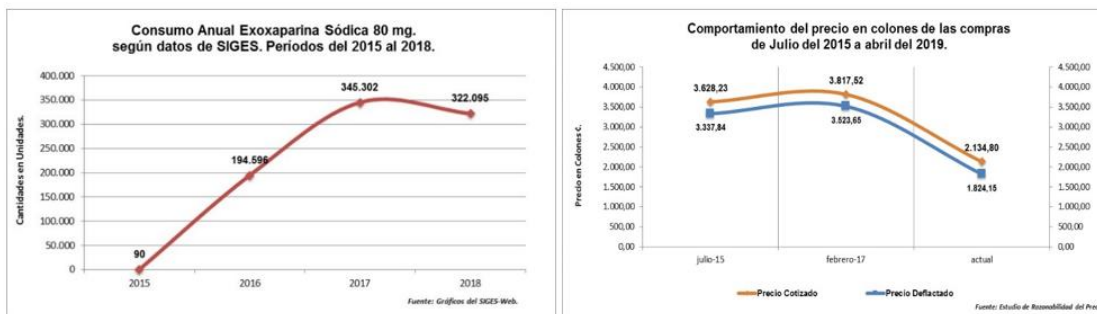
“De acuerdo con la metodología utilizada y los resultados obtenidos en los elementos de análisis, a continuación, se indica el criterio de razonabilidad para cada ítem, de la oferta presentada por Farmacias EOS S.A.:

Ítem	Descripción	Criterio
1	Enoxaparina sódica 40 mg. (4000 UI) / 0,4 ml. Solución estéril, inyectable, jeringa prellenada con 0.4 ml.	Precio Razonable.
2	Enoxaparina sódica 80 mg. (8000 UI) / 0,8 ml. Solución estéril, inyectable, jeringa prellenada con 0.8 ml.	Precio Razonable.

Ítem 01: Jeringa prellenada con 0,4 ml.



Ítem 02: Jeringa prellenada con 0,8 ml.



• **Criterio Legal:**

Mediante oficio No. DJ-4764-2019, de fecha 30 de agosto del 2019, la Dirección Jurídica otorga el visto bueno para que la Comisión Especial de Licitaciones recomiende a la Junta Directiva el dictado del acto de adjudicación. Folio 565.

• **Presupuesto:**

Partida presupuestaria No. 2203 se han separado y se encuentran disponibles los recursos, para hacer frente al compromiso que genera este concurso No. DABS-C-PRE-0194-2019. Folio 529.

Por tanto, conocido el oficio No. GL-1422-2019, de fecha 27 de setiembre del 2019 y teniendo como fundamento:

- Análisis Administrativo: Efectuado el 15 de mayo del 2019 por el Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios.
- Acta recomendación técnica de la Comisión Técnica de Normalización y Compras de Medicamentos en sesión ordinaria N° 016-2019, de fecha 29 de mayo de 2019.

- c. Razonabilidad de Precios: oficio del 13 de junio del 2019, emitido por el Área Gestión de Medicamentos, en el cual determina que el precio es razonable.
- d. Criterio legal de la Dirección Jurídica, oficio DJ-4764-2019 del 30 de agosto del 2019.
- e. Acuerdo de aprobación de la Comisión Especial de Licitaciones en la sesión ordinaria N° 14-2019, de fecha 24 de setiembre del 2019;

habiéndose hecho la presentación pertinente por parte de la licenciada Ileana Badilla Chaves, Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios, y con base en la recomendación en los citados oficios números GL-1422-2019 y GG-1735-2019, la Junta Directiva -en forma unánime- **ACUERDA** adjudicar los renglones uno y dos de la licitación pública N° 2019LN-000007-5101, promovida para la adquisición de Enoxaparina Sódica, a favor de la empresa FARMACIAS E.O.S. S.A., oferta N° 05, en plaza, según se detalla en el siguiente cuadro:

ITEM	DESCRIPCIÓN	Cantidad referencial anual	Precio Unitario
UNO	Enoxaparina sódica 40 mg. (4000 UI) / 0,4 ml. Solución estéril, inyectable, jeringa prellenada con 0.4 ml.	480.000 Unidades.	\$ 1,68 Cada Unidad.
DOS	Enoxaparina sódica 80 mg. (8000 UI) / 0,8 ml. Solución estéril, inyectable, jeringa prellenada con 0.8 ml.	450.000 Unidades.	\$ 3,54 Cada Unidad.

Para efecto de reserva presupuestaria y de gestión contractual, se estima un **monto MÁXIMO total anual para los dos ítems de \$2.399.400,00**. (Ítem No. 01: \$806.400,00 y Ítem No. 02: \$1.593.000,00). En caso de requerirse una cantidad mayor deberá solicitarse la autorización previa a la Junta Directiva.

Modalidad de la compra: prorrogable, entregas según demanda: compra para un período de doce (12) meses, con posibilidad facultativa de prórroga, una vez que se acrediten en el expediente los estudios que comprueben la razonabilidad de precios y condiciones de mercado que benefician los intereses institucionales, hasta por tres (03) períodos más de doce (12) meses, para un total de cuatro (04) períodos de doce (12) meses cada uno.

Todo de conformidad con las condiciones exigidas en la respectiva solicitud de cotización 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.

Se deja constando en esta acta que el director Devandas vota a favor del acuerdo, pero no en firme.

ARTICULO 11°

Se recibe el oficio N° GG-1735-2019, de fecha 7 de octubre de 2019, firmado por el doctor Cervantes Barrantes, Gerente General que, en adelante se transcribe y que contiene las propuestas para su respectiva aprobación:


“Reciban un cordial saludo. Mediante varios oficios suscritos por la Licda. Adriana Chaves Díaz, Gerente de Logística a.i. Remite para aprobación de esta Junta Directiva los siguientes temas referentes a procesos de compras:

- *GL-1423-2019 Solicitud de adjudicación licitación pública N° 2019LN-000034-5101.”*

Se conoce el oficio número GL-1423-2019 (GG-1735-2019), de fecha 27 de setiembre de 2019, firmado por la Licda. Adriana Chaves Díaz, Gerente a.i, de Logística y que contiene la propuesta de adjudicación de la licitación pública N° 2019LN-000034-5101.

La exposición está a cargo de la Licda. Ileana Badilla Chaves, con el apoyo de las siguientes láminas:

1)



Licitación Pública No. 2018LN-000034-5101.

- **Ítem 01:** Sistema de Fijación para Fracturas de Fémur Distal con clavo Intramedular retrogrado diferentes tamaños en diámetros longitudes adaptable según tipo de paciente, Código 2-72-02-2045.
- **Ítem 02:** Sistema de Fijación para Fracturas de Fémur Proximal. Código 2-72-02-2046.
- **Ítem 03:** Sistema para Osteosíntesis para Supracondíleas de Fémur Código: 2-72-02-6728.
- **Ítem 04:** Sistema para Osteosíntesis para fractura de Cadera. Código: 2-72-02-6730.

2)



- **Fecha de invitación:** 17 de diciembre del 2018, en el diario oficial La Gaceta No. 234.
- **Apertura:** 17 de febrero del 2019.
- **Modalidad de la compra:** **Prorrogable, entregas por consignación:** Compra para un **período de 24 meses (BIANUAL)**, con posibilidad facultativa de prórroga, una vez que se acrediten en el expediente los estudios que comprueben la razonabilidad de precios y condiciones de mercado que benefician los intereses institucionales, hasta por un (01) período más de 24 meses, para un total de dos (02) períodos de 24 meses cada uno.

3)



Participantes:

Oferta	Oferente	Representante	ITEMS
01	Zimmer Biomet centroamericana S.A.	Oferta en plaza.	1, 2, 3 y 4
02	Synthes Costa Rica S.C.R. Ltda.	Oferta en plaza.	4
03	Comercializadora Medica Centroamericana. COMECEN S.A.	Oferta en plaza.	1 y 2
04	UCITECH de Costa Rica S.A.	Oferta en plaza.	1,2, 3 y 4
05	Biotec Biotecnología de Centroamérica S.A.	Oferta en plaza.	1,2,3 y 4
06	Eurociencia S.A.	Oferta en plaza.	2

4)



- Se efectuó el 25 de febrero por el Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios, determinando que todas las ofertas cumplen con todos los aspectos administrativos solicitados en el cartel.

5)



Mediante acta de recomendación Técnica, suscrita por la Comisión Técnica de Normalización y Compras de Ortopedia y Traumatología, en la Sesión Ordinaria No. 030-2019, se indica lo siguiente:

Oferta	Oferente	Cumple técnicamente (items)			
		1	2	3	4
1	Zimmer Biomet Centroamérica S.A.	✓	✓	X	X
2	Synthes Costa Rica SCR Ltda.				X
3	Comercializadora Medica Centroamericana. COMECEN S.A.	X	✓		
4	UCITECH de Costa Rica S.A.	X	X	✓	✓
5	Biotec Biotecnología de Centroamérica S.A.	✓	X	X	✓
6	Eurociencia S.A.		X		
No participa					

6)

 **DICTAMEN TÉCNICO**

ITEM N°1:

"(...) **Oferta No 01:** presentada por ZIMMER BIOMET CENTROAMERICANA S.A. Si cumple con los requisitos técnicos solicitados en este concurso. Por lo que **SI** se recomienda técnicamente. Tabla de ponderación: 100% (...)"

ITEM N°2:

"(...) **Oferta No 01:** presentada por ZIMMER BIOMET CENTROAMERICANA S.A. Si cumple con los requisitos técnicos solicitados en este concurso. Por lo que **SI** se recomienda técnicamente. Tabla de ponderación: 100% (...)"

ITEM N°3:

"(...) **Oferta No 04:** presentada por Ucitech Costa Rica S.A. si cumple con los requisitos técnicos solicitados en este concurso. Por lo que **SI** se recomienda técnicamente. Tabla de ponderación: 100% (...)"

ITEM N°4:

"(...) **Oferta No 04:** presentada por Ucitech Costa Rica S.A. si cumple con los requisitos técnicos solicitados en este concurso. Por lo que **SI** se recomienda técnicamente. Tabla de ponderación: 100% (...)"

7)

 **DICTAMEN FINANCIERO**

Mediante oficio No. AGM-9680-2019, de fecha 30 de agosto de 2019, el Área Gestión de Medicamentos realiza el correspondiente Estudio de Razonabilidad del Precio para el presente concurso y para los ítems que cumplen con los requisitos administrativos y técnicos solicitados en el cartel, concluyendo de la siguiente manera:

"E) Recomendación Final

De acuerdo con los lineamientos que rigen la metodología utilizada, los elementos descritos y los resultados obtenidos en los escenarios de análisis, a continuación, se determina el criterio de razonabilidad según cada ítem:

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	OFERENTE	CRITERIO
1	Sistema de Fijación para Fracturas de Fémur Distal con clavo intramedular.	Zimmer Biomet centroamericana S.A.	Precio razonable
2	Sistema de Fijación para Fracturas de Fémur Proximal con clavo intramedular	Zimmer Biomet centroamericana S.A.	Precio razonable
3	Sistema para Osteosíntesis para Supracondíleas de Fémur	UCITECH de Costa Rica S.A.	Precio razonable
4	Sistema para Osteosíntesis para fractura de Cadera	UCITECH de Costa Rica S.A.	Precio razonable

8)

 **DICTAMEN FINANCIERO**

Cuadro comparativo de precios

ITEM	DESCRIPCIÓN	2015LN-000016-5101 ULTIMA COMPRA	2018LN-000034-5101 COMPRA ACTUAL
1	Sistema de fijación para fracturas de fémur distal con clavo intramedular	\$531.00	\$400.37
2	Sistema de fijación para fracturas de fémur proximal	\$694.00	\$591.47
3	Sistema para osteosíntesis para supracondíleas de fémur	\$289.00	\$255.00
4	Sistema para osteosíntesis para fractura de cadera	\$335.16	\$270.00

9)




DICTAMEN LEGAL

- Mediante oficio No. DJ-05057-2019 de 12 de setiembre de 2019, la Dirección Jurídica otorga el visto bueno para que la Comisión Especial de Licitaciones recomiende a la Junta Directiva el dictado del acto final.



10)



PROPUESTA DE ACUERDO


Conocida el oficio No. GL-1423-2019, de fecha 27 de setiembre del 2019 suscrito por la Licda. Adriana Chaves Díaz, Gerente a.i. de la Gerencia de Logística y teniendo como fundamento:

- Análisis Administrativo:** Efectuado el 25 de febrero del 2019 por el Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios.
- Criterio Técnico:** Efectuado el 01 de agosto del 2019 por la Comisión Técnica de Normalización y Compras de Ortopedia y Traumatología.
- Razonabilidad de Precios:** Oficio del 30 de agosto del 2019, emitido por el Área Gestión de Medicamentos, en el cual determina que el precio es razonable.
- Criterio legal de la Dirección Jurídica,** oficio DJ-05057-2019 del 12 de setiembre del 2019.
- Aprobación de la Comisión Especial de Licitaciones** de acuerdo con acta de la sesión ordinaria No. 14-2019, de fecha 24 de setiembre del 2019;

la Junta Directiva Acuerda:

Adjudicar los items No. 01, 02, 03 y 04 de la Licitación Pública No. 2019/LN-000034-5101, según el siguiente detalle:

11)



PROPUESTA DE ACUERDO

- **OFERTA No. 01: Zimmer Biomet Centroamérica S.A., Oferta en Plaza.**

ITEM	DESCRIPCIÓN	Cantidad referencial de 2 años	Precio Unitario Referencial	Precio total Estimado
01	Sistema de Fijación para Fracturas de Fémur Distal con clavo Intramedular.	408 unidades para 2 años.	\$ 400,37	\$ 163.350,96

Descripción del componente	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
Clavo intramedular	1	\$ 318,28	\$ 318,28
Tomillos para bloqueo	1	\$ 25,71	\$ 25,71
Implantes para fijación	1	\$ 23,69	\$ 23,69
Tapón de cierre	1	\$ 32,69	\$ 32,69
Precio unitario total del SISTEMA			\$ 400,37

12)


**PROPUESTA DE
ACUERDO**

ITEM	DESCRIPCIÓN	Cantidad referencial de 2 años	Precio Unitario Referencial	Precio total Estimado
02	Sistema de Fijación para Fracturas de Fémur Proximal con clavo intramedular.	2.376 unidades para 2 años	\$ 591,47	\$ 1.405.332,72

Descripción del componente	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
Clavo intramedular	1	\$ 334,50	\$ 334,50
Tornillos para bloqueo proximal	1	\$ 65,77	\$ 65,77
Fijación transfixiva	1	\$ 65,77	\$ 65,77
Tornillo para bloqueo distal	1	\$ 56,21	\$ 56,21
Tapón de cierre	1	\$ 69,22	\$ 69,22
Precio unitario total del SISTEMA			\$ 591,47

13)


**PROPUESTA DE
ACUERDO**

•OFERTA No. 04: UCITECH DE COSTA RICA S.A., Oferta en Plaza.

ITEM	DESCRIPCIÓN	Cantidad referencial de 2 años	Precio Unitario Referencial	Precio total Estimado
03	Sistema para Osteosíntesis para Supracondíleas de Fémur.	72 unidades para 2 años.	\$ 255,00	\$ 18.360,00

Descripción del componente	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
Placas	1	\$ 175,00	\$ 175,00
Tornillo de esponjosa	1	\$ 60,00	\$ 60,00
Tornillo autoroscante	1	\$ 10,00	\$ 10,00
Tornillo de unión o contra tornillo	1	\$ 10,00	\$ 10,00
Precio unitario total del SISTEMA			\$ 255,00

14)


**PROPUESTA DE
ACUERDO**

ITEM	DESCRIPCIÓN	Cantidad referencial de 2 años	Precio Unitario Referencial	Precio total Estimado
04	Sistema para Osteosíntesis para fractura de Cadera.	1.306 unidades para 2 años.	\$ 270,00	\$ 352.620,00

Descripción del componente	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
Placa	1	\$ 190,00	\$ 190,00
Tornillo de esponjosa	1	\$ 60,00	\$ 60,00
Tornillo autoroscante	1	\$ 10,00	\$ 10,00
Tornillo de unión o contratornillo	1	\$ 10,00	\$ 10,00
Precio unitario total del SISTEMA			\$ 270,00

Para efecto de reserva presupuestaria y de gestión contractual, se estima un monto máximo BIANUAL de \$ 1.939.663,68. En caso de requerirse una cantidad mayor deberá solicitarse la autorización previa a la Junta Directiva.

Modalidad de la compra: Prorrogable, entregas por consignación: Compra para un periodo de 24 meses, con posibilidad facultativa de prórroga, una vez que se acrediten en el expediente los estudios que comprueben la razonabilidad de precios y condiciones de mercado que benefician los intereses institucionales, hasta por un (01) periodo más de 24 meses, para un total de dos (02) periodos de 24 meses cada uno.

Licda. Badilla Chaves:

La última licitación que traemos a consideración de ustedes es la N° 2019LN-000034-5101, que es para la adquisición de cuatro ítems. El ítem 1) para el tema de fijación para fracturas de fémur distal. El ítem 2), sistemas de fijación para fracturas de fémur proximal. El ítem 3) es un sistema de síntesis para supracondíleas de fémur y el ítem 4) que es sistema para osteosíntesis para fractura de cadera. Por tratarse de una licitación pública la invitación se hace mediante publicación el día de la Gaceta del 17 de diciembre de 2018. La apertura fue el 17 de febrero de 2019. Esta es una compra prorrogable de entrega según demanda. El período aquí es de veinticuatro meses con una única prórroga de veinticuatro meses adicionales, entonces son dos años con una posible prórroga de dos años más. Participan seis empresas Zimmer, Synthes, COMECEN, UCITECH, Biotec Biotecnología de Centroamérica, Eurociencias. Cuenta con el análisis administrativo el cual determina que todas las ofertas cumplen con todos los requisitos administrativos solicitados en el cartel. La Comisión Técnica de Normalización y Compras de Ortopedia y Traumatología realiza el análisis técnico de las ofertas, determinando el cumplimiento técnico de algunos de los ítems. Los que están con el color verde son los que cumplen así Zimmer cumple con los ítems 1) y 2), Comercializadora COMECEN cumple con el ítem 2), UCITECH cumple con el ítem 3) y 4), Biotecnología cumple con el ítem 4) y Eurociencias no cumple con ninguno igual que Synthes, que es la oferta número dos. Basado en lo anterior entonces recomiendan el ítem 1) y dos para la empresa Zimmer, Centroamericana S.A y los ítems 3) y 4) a la empresa ICITECH Costa Rica S.A. Todos los ítems de esas empresas obtienen el 100% de la tabla de ponderación, son sometidos.

Directora Abarca Jiménez:

Es que en el oficio que nos enviaron no venían los precios ofertados de las empresas que sí calificaban. Viene como lo estás presentando, pero no permite ver, siempre ponen los precios ofertados.

Licda. Badilla Chaves:

Vamos a ver qué fue lo que pasó, porque en efecto siempre se incorporan los precios, pero en todo caso aquí tenemos el expediente y en la presentación están. Se le realiza el dictamen financiero determinando que los precios de estas dos empresas para el ítem 1) y 2), empresa (...) y para el ítem 3) y 4) la empresa UCITECH, los precios son razonables, incluso, aquí vemos el cuadro comparativo de precios en relación con la compra del año 2015 y ahí vemos los precios que se cotizan en cada una de las líneas, incluso, vemos que los precios de cada una es de línea baja, de quinientos treinta y un dólares a cuatrocientos dólares en el ítem 1), en el ítem 2) de seiscientos noventa y cuatro dólares a quinientos noventa y un dólar, el ítem 3) de doscientos ochenta y nueve dólares a doscientos cincuenta y cinco dólares y el ítem 4) de trescientos treinta y cinco dólares a doscientos setenta dólares. Cuenta con el criterio de la Dirección Jurídica, la cual otorga el visto bueno para que sea sometido a conocimiento de la Junta Directiva y con fundamento en todos estos requisitos la Gerencia de Logística tomando en cuenta que existe el análisis administrativo favorable. El criterio técnico realizado por la Comisión Técnica de Ortopedia tiene la razonabilidad de precios, el criterio legal de la Dirección Jurídica y la recomendación de la Comisión de Licitaciones se somete a conocimiento de ustedes la propuesta del siguiente acuerdo.

Directora Abarca Jiménez:

Es que hace un ratito hice una pregunta que no venían los precios ofertados de las empresas que sí califican y ahora nada más presentaste la disminución en precios de las que ustedes recomiendan que se apruebe, pero no vienen los precios de las ofertas.

Licda. Badilla Chaves:

En la presentación no está, pero sí es la de menor precio de las que cumplen técnica y administrativamente, las que están siendo adjudicadas, por eso tienen el 100% de la tabla de ponderación.

Directora Abarca Jiménez:

Es que no viene en el informe y pensé que venía en la presentación.

Licda. Badilla Chaves:

Viene el precio de las recomendadas por el listado de los componentes que comprenden cada uno de los sistemas.

Lic. Delgado Martén:

Hay que agregar que los documentos que ustedes envían en SharePoint la información está sumamente borrosa, entonces, no se puede observar bien, no hay forma de constatar bien la información que se envió.

Licda. Chaves Badilla:

Entonces el ítem 1) con el detalle de todos los componentes que comprende el sistema, ahí están los precios y ese es el que terminó siendo recomendado y siendo el de menor precio. El ítem 2) a un precio referencial unitario de quinientos noventa y un dólar, para un precio total estimado de un millón cuatrocientos cinco mil trescientos treinta y dos dólares. El ítem 3) entonces, sería para la empresa UCITECH a un precio unitario referencial de doscientos cincuenta y cinco dólares para un total estimado de dieciocho mil trescientos sesenta dólares y el ítem 4) a un precio unitario de doscientos setenta dólares, para un precio total estimado de trescientos cincuenta y dos mil seiscientos veinte dólares. Para efectos de reserva presupuestaria y decisión contractual se estima un monto máximo bianual un millón novecientos treinta y nueve mil seiscientos sesenta y tres dólares con sesenta y ocho centavos. En caso de requerirse una mayor cantidad deberá solicitarse a la autorización previa a la Junta Directiva, compra prorrogable de entrega por consignación esta modalidad, para un período de veinticuatro meses con una prórroga facultativa por otro período adicional de 24 meses, más para un total de 48, esa sería la propuesta de acuerdo.

Director Steinvorth Steffen:

¿Por qué en este caso es de dos años bianual?

Licda. Badilla Chaves:

Es por el tipo de compras. Es una compra muy completa que requiere la modalidad es por consignación. Requiere que los proveedores tengan todos estos sistemas con todos los anaqueles previstos en las Salas de Cirugía, entonces para un año no resulta muy rentable para eso, entonces se saca por dos años el primer período con una prórroga nada más para 48 meses. Aquí lo importante es que por el sistema de consignación se pagan solamente lo que se va consumiendo y con la obligación de que los proveedores estén restituyendo cada vez que se gaste alguno de los productos.

Lic. Sánchez Carrillo:

Una observación: para efectos de la Auditoría es conveniente aclarar el tema relacionado con el pago y hacer una compra bajo la modalidad de ejecución por consignación y no queda claro la forma en que se facturará y se le cancelará el proveedor. (...) se pueden utilizar uno o varios componentes de los distintos sistemas a contratar y no, necesariamente, la totalidad de los componentes que los componen. Por eso se sugiere es que se valore el pago por componente por consumir y esos son los puntos de ahí la importancia, (...) relación directa con la Gerencia de Logística que es fortalecer los controles en el consumo de estos insumos y, también, los trámites de pago en las unidades de Tesorería de los Hospitales y, también, en materia de la proveeduría para hacer la transacción y también en materia de la proveeduría para efectos del control de los insumos.

Ing. Salas Araya:

Hay que aclarar que usualmente dependiendo del tipo de fractura que tenga el paciente el promedio de las cirugías que se hacen andan alrededor del 60% o menos del total del sistema y el pago se hace por hoja de consumo. El médico establece cuántos tornillos y de qué tipo, se registran en el sistema y con base en eso se pagan. Lo que estamos viendo es que, aunque se prevé el 10% del sistema, porque no sabemos si el paciente lo ocupa, pero lo que el histórico nos ha dado es que el promedio anda alrededor del 60% del sistema el pago, tal vez me voy explicar, sí son doscientos setenta dólares más o menos en promedio, se está gastando el 60% de ese, pero tenemos que tener la totalidad, porque hay pacientes que sí llevan al 100% del sistema, dependiendo del tipo de procedimiento que necesiten.

Licda. Badilla Chaves:

Incluso para agregar, esta modalidad de compra tiene un protocolo de ejecución donde se detalla cómo se realizan estos pagos, además de que precisamente por eso se desglosan los precios por cada uno de los componentes, que comprende cada uno de los sistemas, esto no quiere decir que todos los pacientes van a tener el sistema completo, sino que por eso está desglosado así, y se paga obviamente lo que se utilice.

Licda. Chaves Díaz:

Don Ólger, precisamente debido a los procedimientos de ejecución por consignación porque se emitió un protocolo específico para todo lo que es consignación a nivel de Ortopedia de la Caja, entonces, lo que usualmente se pone es que para tener un procedimiento en ejecución es que para el presente contrato en ejecución aplica el procedimiento protocolo para ejecución de compras por

consignación de Ortopedia y ahí se establece absolutamente todo el detalle. Si recuerda se hizo inclusive un módulo en el sistema nuestro de gestión de suministros, en donde se registra una hoja de consumo. Incluso en este momento ha habido unas situaciones con respecto del pago, pero que tiene que ver con el tema de factura electrónica, propiamente con el control, pero lo cierto es que la Institución ha desarrollado a lo interno no solo un protocolo, sino hasta un sistema de registros y por eso es que son procesos relativamente complejos, porque un solo ítem tiene un gran cantidad de componentes y así se incorpora el contrato completo en el sistema y ahí es donde se empieza a hacer todo el ejercicio de registro de consumos.

Doctor Macaya Hayes:

Si no hay más comentarios procedemos a votar esta licitación. En firme.

Nota: los puntos suspensivos (...) significan que una frase o palabra del audio no se comprendió o no se escuchó bien.

Por consiguiente, conocido el oficio número GL-1423-2019, de fecha 27 de setiembre de 2019, que firma la Gerente a.i. de Logística que, en lo pertinente, literalmente dice:

“El Área de adquisiciones de Bienes y Servicios, mediante oficio No. DABS-3189-2019, traslada el presente expediente para que el mismo sea avalado por la Comisión Especial de Licitaciones, para su respectiva adjudicación por parte de la Junta Directiva.

- **Antecedentes:**

- **Fecha de invitación:** 17 de diciembre del 2018. Diario Oficial La Gaceta No. 234.
- **Apertura:** 17 de febrero del 2019.

II ANALISIS RECOMENDACIÓN COMISION ESPECIAL DE LICITACIONES:

La Comisión Especial de Licitaciones analiza y recomienda la remisión para la Junta Directiva de la solicitud de adjudicación para la Licitación Pública No. 2019LN-000034-5101, para la adquisición de Sistemas de Fijación para fracturas, según consta en el acta de la Sesión Ordinaria No. 14-2019 celebrada el 24 de setiembre de 2019, de la cual en lo que interesa se extrae:

- **Modalidad de la compra: Modalidad de la compra: Prorrogable, entregas por consignación:** Compra para un período de 24 meses (BIANUAL), con posibilidad facultativa de prórroga, una vez que se acrediten en el expediente los estudios que comprueben la razonabilidad de precios y condiciones de mercado que benefician los intereses institucionales, hasta por un (01) período más de 24 meses, para un total de dos (02) períodos de 24 meses cada uno.

- **Participantes:**

Oferta	Oferente	Representante	ITEMS
01	Zimmer Biomet centroamericana S.A.	Oferta en plaza.	1, 2, 3 y 4
02	Synthes Costa Rica S.C.R. Ltda.	Oferta en plaza.	4
03	Comercializadora Medica Centroamericana. COMECEN S.A.	Oferta en plaza.	1 y 2
04	UCITECH de Costa Rica S.A.	Oferta en plaza.	1,2, 3 y 4
05	Biotec Biotecnología de Centroamérica S.A.	Oferta en plaza.	1,2,3 y 4
06	Eurociencia S.A.	Oferta en plaza.	2

- **Análisis Administrativo:**

Se efectuó el 25 de febrero por el Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios, determinando que todas las ofertas cumplen con todos los aspectos administrativos solicitados en el cartel.

- **Criterio Técnico:**

Mediante acta de recomendación Técnica, suscrita por la Comisión Técnica de Normalización y Compras de Ortopedia y Traumatología, en la Sesión ordinaria No 030-2019, se indica lo siguiente:

Oferta	Oferente	Cumple técnicamente (ítems)			
		1	2	3	4
1	Zimmer Biomet Centroamérica S.A.	✓	✓	X	X
2	Synthes Costa Rica SCR Ltda.				X
3	Comercializadora Medica Centroamericana. COMECEN S.A.	X	✓		
4	UCITECH de Costa Rica S.A.	X	X	✓	✓
5	Biotec Biotecnología de Centroamérica S.A.	✓	X	X	✓
6	Eurociencia S.A.		X		
No participa					

ITEM N°1:

“(…) **Oferta No 01:** presentada por ZIMMER BIOMET CENTROAMERICANA S.A. Si cumple con los requisitos técnicos solicitados en este concurso. Por lo que **SI** se recomienda técnicamente. Tabla de ponderación: 100% (…)”

ITEM N°2:

“(…) **Oferta No 01:** presentada por ZIMMER BIOMET CENTROAMERICANA S.A. Si cumple con los requisitos técnicos solicitados en este concurso. Por lo que **SI** se recomienda técnicamente. Tabla de ponderación: 100% (…)”

ITEM N°3:

*“(…) **Oferta No 04:** presentada por Ucitech Costa Rica S.A. si cumple con los requisitos técnicos solicitados en este concurso. Por lo que **SI** se recomienda técnicamente. Tabla de ponderación: 100% (…)”*

ITEM N°4:

*“(…) **Oferta No 04:** presentada por Ucitech Costa Rica S.A. si cumple con los requisitos técnicos solicitados en este concurso. Por lo que **SI** se recomienda técnicamente. Tabla de ponderación: 100% (…)”*

• **Razonabilidad del Precio:**

Mediante oficio No. AGM-9680-2019, de fecha 30 de agosto de 2019, el Área Gestión de Medicamentos realiza el correspondiente Estudio de Razonabilidad del Precio para el presente concurso y para los ítems que cumplen con los requisitos administrativos y técnicos solicitados en el cartel, concluyendo de la siguiente manera:

“E) Recomendación Final

De acuerdo con los lineamientos que rigen la metodología utilizada, los elementos descritos y los resultados obtenidos en los escenarios de análisis, a continuación, se determina el criterio de razonabilidad según cada ítem:

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	OFERENTE	CRITERIO
1	Sistema de Fijación para Fracturas de Fémur Distal con clavo Intramedular.	Zimmer Biomet centroamericana S.A.	Precio razonable
2	Sistema de Fijación para Fracturas de Fémur Proximal con clavo intramedular	Zimmer Biomet centroamericana S.A.	Precio razonable
3	Sistema para Osteosíntesis para Supracondíleas de Fémur	UCITECH de Costa Rica S.A.	Precio razonable
4	Sistema para Osteosíntesis para fractura de Cadera	UCITECH de Costa Rica S.A.	Precio razonable

• **Criterio Legal:**

Mediante oficio No. DJ-05057-2019, de fecha 12 de setiembre de 2019, la Dirección Jurídica indica que otorga el visto bueno para que la Comisión Especial de Licitaciones recomiende a la Junta Directiva el dictado del acto final.

• **Presupuesto:**

Partida presupuestaria No. 2219 se han separado y se encuentran disponibles los recursos, para hacer frente al compromiso que genera este concurso, documento incorporado en el expediente administrativo, No. DABS-CA-PRE-072-2019.

Por tanto, conocido el oficio N° GL-1423-2019, de la Gerencia a.i. de Logística y teniendo como fundamento:

- a. Análisis Administrativo: Efectuado el 25 de febrero del 2019 por el Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios.
- b. Acta recomendación técnica por la Comisión Técnica de Normalización y Compras de Ortopedia y Traumatología, en sesión ordinaria N° 030-2019, de fecha 1° de agosto de 2019:
- ❖ Ítem 01 y 02: *Oferta 01: presentada por Zimmer Biomet Centroamericana S.A.: si cumple con los requisitos técnicos solicitados en este concurso por lo que si se recomienda técnicamente. Tabla de ponderación: 100%*
 - ❖ Ítem 03 y 04: *Oferta 04: presentada por Ucitech Costa Rica S.A. si cumple con los requisitos técnicos solicitados en este concurso por lo que si se recomienda técnicamente. Tabla de ponderación: 100%*
- c. Razonabilidad de Precios: oficio del 30 de agosto del 2019, emitido por el Área Gestión de Medicamentos, en el cual determina que el precio es razonable.
- d. Criterio legal de la Dirección Jurídica, oficio DJ-05057-2019 del 12 de setiembre del 2019.
- e. Acuerdo de aprobación de la Comisión Especial de Licitaciones de la sesión ordinaria N° 14-2019, de fecha 24 de setiembre del 2019;

habiéndose hecho la presentación pertinente por parte de la licenciada Ileana Badilla Chaves, Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios y con base en la recomendación en los citados oficios números GL-1423-2019 y GG-1735-2019, la Junta Directiva -en forma unánime- **ACUERDA** adjudicar los renglones 01, 02, 03 y 04 de la licitación pública N° 2019LN-000034-5101, según se detalla en el siguiente cuadro:

• OFERTA N° 01: Zimmer Biomet Centroamérica S.A., Oferta en Plaza.

ITEM	DESCRIPCIÓN	Cantidad referencial de 2 años	Precio Unitario Referencial	Precio total Estimado
01	Sistema de Fijación para Fracturas de Fémur Distal con clavo Intramedular.	408 unidades para 2 años.	\$ 400,37	\$ 163.350,96

Descripción del componente	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
Clavo intramedular	1	\$ 318,28	\$ 318,28
Tornillos para bloqueo	1	\$ 25,71	\$ 25,71
Implantes para fijación	1	\$ 23,69	\$ 23,69
Tapón de cierre	1	\$ 32,69	\$ 32,69
Precio unitario total del SISTEMA			\$ 400,37

ITEM	DESCRIPCIÓN	Cantidad referencial de 2 años	Precio Unitario Referencial	Precio total Estimado
02	Sistema de Fijación para Fracturas de Fémur Proximal con clavo intramedular.	2.376 unidades para 2 años	\$ 591,47	\$ 1.405.332,72
Descripción del componente		Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
Clavo intramedular		1	\$ 334,50	\$ 334,50

Tornillos para bloqueo proximal	1	\$ 65,77	\$ 65,77
Fijación transfectiva	1	\$ 65,77	\$ 65,77
Tornillo para bloqueo distal	1	\$ 56,21	\$ 56,21
Tapón de cierre	1	\$ 69,22	\$ 69,22
Precio unitario total del SISTEMA			\$ 591,47

• OFERTA No. 04: UCITECH DE COSTA RICA S.A., Oferta en Plaza.

ITEM	DESCRIPCIÓN	Cantidad referencial de 2 años	Precio Unitario Referencial	Precio total Estimado
03	Sistema para Osteosíntesis para Supracondíleas de Fémur.	72 unidades para 2 años.	\$ 255,00	\$ 18.360,00
	Descripción del componente	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
	Placas	1	\$ 175,00	\$ 175,00
	Tornillo de esponjosa	1	\$ 60,00	\$ 60,00
	Tornillo autorroscante	1	\$ 10,00	\$ 10,00
	Tornillo de unión o contra tornillo	1	\$ 10,00	\$ 10,00
	Precio unitario total del SISTEMA			\$ 255,00
ITEM	DESCRIPCIÓN	Cantidad referencial de 2 años	Precio Unitario Referencial	Precio total Estimado
04	Sistema para Osteosíntesis para fractura de Cadera.	1.306 unidades para 2 años.	\$ 270,00	\$ 352.620,00
	Descripción del componente	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
	Placa	1	\$ 190,00	\$ 190,00
	Tornillo de esponjosa	1	\$ 60,00	\$ 60,00
	Tornillo autorroscante	1	\$ 10,00	\$ 10,00
	Tornillo de unión o contratornillo	1	\$ 10,00	\$ 10,00
	Precio unitario total del SISTEMA			\$ 270,00

Para efecto de reserva presupuestaria y de gestión contractual, se estima un monto **MÁXIMO BIANUAL y nunca superior de \$1.939.663,68.**

Modalidad de la compra: prorrogable, entregas por consignación: compra para un período de 24 meses, con posibilidad facultativa de prórroga, una vez que se acrediten en el expediente los estudios que comprueben la razonabilidad de precios y condiciones de mercado que benefician los intereses institucionales, hasta por un (01) período más de 24 meses, para un total de dos (02) períodos de 24 meses cada uno.

Todo de conformidad con las condiciones exigidas en la respectiva solicitud de cotización 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.

Se deja constando en esta acta que el director Devandas vota a favor del acuerdo, pero no en firme.

Se retiran del salón de sesiones el Ing. Luis Fernando Porras Meléndez, Gerente de Logística, Licda. Ileana Badilla Chaves, Jefe Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios, Ing. Miguel Salas Araya, Director, Dirección de Aprovisionamiento de Bienes y Servicios, Licda. Sherry Alfaro Araya, Asesora, Gerencia de Logística, Licda. Adriana Chaves Díaz, Jefe Área de Sede, Área Regulación y Evaluación, Dra. Marjorie Obando, Directora, Dirección de Farmacoepidemiología, Componente Técnico y el Dr. Hugo Marín, Jefe Área de Sede, Área de Farmacoeconomía, Componente Técnico

Ingresan al salón de sesiones la Arq. Gabriela Murillo Jenkins, Gerente de Infraestructura. Ing. Luis Fernando Porras, de la Gerencia de Logística. Lic. Ronal Lacayo Monge, Gerente Administrativo. Dra. Liza Vásquez, Asesora Presidencia Ejecutiva, Lic. Ronald Cartín, Asesor Presidencia Ejecutiva, Lic. Andrés Madriz, de la Presidencia Ejecutiva, Dr. Esteban Vega de la O, Coordinador de Farmacias. Ing. Marielos Gutiérrez de la Dirección de la Proyección de Servicios de Salud. Lic. Luis Guillermo López Vargas, Director Actuarial y Económica, la Licda. Carolina González y Evelyn Rocío Guzmán Solano de la Dirección Actuarial y Económica. Ing. Susan Peraza, Dirección de Planificación Institucional. Lic. León Manuel León, Proyecto Banco Mundial. Lic. José Castro, Asesor, Gerencia General. Lic. Walter Campos Paniagua, Director Administración y Gestión de Personal. Licda. Aracelly Palma, asesora Gerencia Administrativa. Alexander Cruz, asesor de la Gerencia General. Lic. Andrey Sánchez Duarte de la Dirección de Presupuesto. Lic. Sergio Gómez Rodríguez, Director de la Dirección de Presupuesto. Dr. Daniel Quesada de la Gerencia de Infraestructura. Licda. Xinia Lemaitre, asesora, Gerencia Infraestructura. Dra. Daniel Quesada de la Gerencia de Infraestructura. Licda. Adriana Chaves de la Gerencia de Logística. Licda. Ivonne Ruiz, asesora de la Gerencia Financiera. Lic. José Castro, asesor de la Gerencia General. Dra. Yerly Alvarado de la Gerencia Médica.

ARTICULO 12°

Conforme con lo previsto y en relación con la *Valuación Actuarial del Seguro de Salud-2017*; oficio de referencia N° DAE-1144-2019 (PE-2502-2019), de fecha 24 de setiembre de 2019: se realiza el Taller para recopilar las perspectivas de los Directores y Gerentes en relación con el estado actual de la Institución como aporte al análisis de la situación:

- Informe de los gerentes
- Discusión / construcción tema de ingresos y gastos

Se recibe el oficio número GG-1828-2019, de fecha 17 de octubre de 2019, firmado por el doctor Cervantes Barrantes, Gerente General, que en adelante se transcribe y que contiene la propuesta de fortalecimiento para el SEM (atención artículo 36°, de la sesión N° 9057):

“Reciban un cordial saludo. En atención a lo solicitado con relación a la discusión generada sobre el oficio PE-2502-2019 Valuación Actuarial del Seguro de Salud 2017, la Junta Directiva tomó el siguiente acuerdo:

“La Junta Directiva ACUERDA: instruir a la Gerencia General para que remita el estudio preliminar Valuación Actuarial Seguro de Salud, 2017, al cuerpo gerencial, con el fin de que este equipo elabore propuestas de trabajo alineadas con el Plan Estratégico Institucional(2019-2022) recientemente aprobado, que identifiquen las acciones concretas que se deben implementar a nivel institucional para mejorar la gestión de ingresos y gastos, en función de la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud, y presentarlo en las sesiones del jueves 17 y viernes 18 de octubre.”

Con el fin de atender lo instruido se expuso el estudio mencionado en la sesión N°554 del Consejo de Presidencia y Gerentes realizada el lunes 14 de octubre de 2019, con el fin de que todos los Gerentes conocieran a profundidad la Valuación y atender lo instruido por la Junta Directiva.

Cabe destacar que las Gerencias y la institución en general han tomado acciones con el fin de fortalecer las finanzas institucionales. Estas acciones se derivan de varios acuerdos de Junta Directiva los cuales han enfocado la gestión gerencial a este norte, por ejemplo: en el acuerdo tercero del artículo 20 de la sesión 9026 celebrada el 14 de febrero del 2019, la Junta Directiva instruyó lo siguiente:

*“**ACUERDO TERCERO:** solicitar a las gerencias y a la administración en general, realizar acciones de manera prioritaria y de impacto para el cumplimiento de los lineamientos establecidos en la Política de Sostenibilidad del Seguro de Salud, bajo el enfoque de la triple meta: mejor servicio, más salud, y menos costo.”*

Razón por la cual, los Planes Tácticos Gerenciales desarrollados contienen implícito el componente de impacto en la Política de Sostenibilidad del Seguro de Salud. Los cuales, sin duda alguna, contribuyen en gran medida para que la Institución continúe manteniendo sus finanzas sanas y se asegure la continuidad de los servicios a lo largo del tiempo.

Se adjunta la matriz de las metas contenidas en los Planes Tácticos Gerenciales que tienen vinculación directa con la Política de Sostenibilidad del Seguro de Salud.”

Presenta la Gerencia Financiera:

La exposición está a cargo de la Licda. Ivonne Ruiz y Andrey Sánchez, con el apoyo de las siguientes láminas:

1)



Informe de avance

Política de Sostenibilidad del Seguro de Salud

GERENCIA FINANCIERA

Octubre, 2019

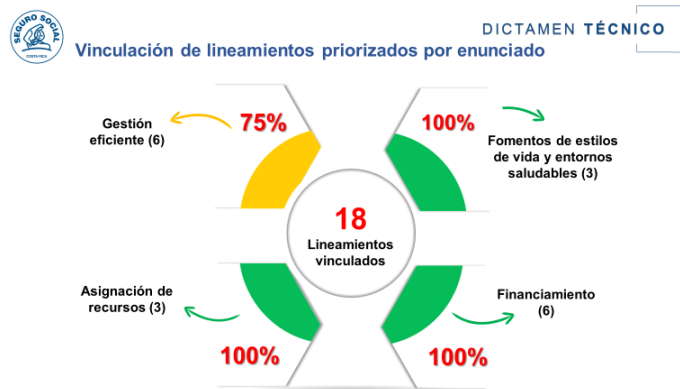
2)



3)



4)

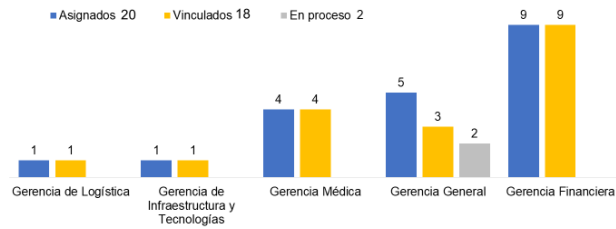


5)



Lineamientos Priorizados
según vinculación en herramientas de planificación

DICTAMEN TÉCNICO



6)



Valoración preliminar

Mayor impacto en la Política de Sostenibilidad del Seguro de Salud



DICTAMEN TÉCNICO

7)

Fomento de estilos de vida y entornos saludables



8)



1. Fomento de estilos de vida y entornos saludables

DICTAMEN TÉCNICO

Fuente de Origen	Descripción del lineamiento	Proyecto / Actividad	Indicador	L.Base	2022 Anual	Impacto de las metas
PSSS_A.1.2	Analizar y priorizar la programación de actividades realizadas por parte del personal de las Áreas de Salud, con un enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad	Programa de Fortalecimiento de Atención Integral del Cáncer en la Red de CCSS. Prevención, detección temprana y control de las personas con cáncer.	Porcentaje de cobertura de vacunación contra el virus del papiloma humano en niñas de 10 años.	55%		Alto
			Porcentaje de personas con cáncer gástrico diagnosticado en etapa temprana en las áreas de salud de Puntarenas, Corredores y Cartago, (Pacífico Central, Brunca y el Centro de Detección Temprana de Cáncer Gástrico de Cartago).	30%	40%	Alto
			Porcentaje de cobertura de tamizaje por cáncer colorrectal mediante prueba de sangre oculta en heces en personas de 50 a 74 años que asisten a consulta en 12 áreas de salud seleccionadas.	10%	20%	Bajo
			Porcentaje de pacientes con diagnóstico nuevo de cáncer atendidos en sesiones multidisciplinarias en los centros de salud que cuentan con Departamentos de Hemato-Oncología.	30%		Bajo
			Porcentaje de mejora en el tiempo de espera para la realización del diagnóstico con frotatorio (biopsia) a pacientes con sospecha de cáncer de mama (BIRADS4bo superior).	20%		Alto

9)



1. Fomento de estilos de vida y entornos saludables

DICTAMEN TÉCNICO

Fuente de Origen	Descripción del lineamiento	Proyecto / Actividad	Indicador	L Base	2022 Anual	Impacto de las metas
PSSS_A.1.2	Analizar y priorizar la programación de actividades realizadas por parte del personal de las Áreas de Salud con un enfoque de promoción de la salud y prevención de enfermedad.	Programa de Fortalecimiento de Atención Integral del Cáncer en las áreas de salud seleccionadas (Cafías, Tilandry, Carrilí y Chorote).	Porcentaje de cobertura de la prueba V.P.H en mujeres de 30 a 64 años.	2%	52%	Alto
		Red de CCSS. Prevención, detección temprana y control de las personas con cáncer.	Cobertura de personas con cáncer atendidas dentro de un proceso de rehabilitación	5,0%	25,0%	Bajo
PSSS_A.1.4	Desarrollar un plan de acción para la ejecución, seguimiento y evaluación del control óptimo de las personas con enfermedades transmisibles.	Plan Institucional de Promoción de la Salud 2019-2024.	Porcentaje de avance en la implementación del Plan Institucional de Promoción de la Salud 2019-2024.		80%	Alto
		Programa de Fortalecimiento para las Enfermedades Crónicas No Transmisibles	Cobertura de atención a las personas con Diabetes Mellitus tipo 2.	46,0%	50%	Medio
		Programa de Fortalecimiento para el seguro universal de salud en Costa Rica	Porcentaje de personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus Tipo 2 que reciben un control óptimo en hemoglobina glicosilada.	46%	51%	Alto

10)



1. Fomento de estilos de vida y entornos saludables

DICTAMEN TÉCNICO

Fuente de Origen	Descripción del lineamiento	Proyecto / Actividad	Indicador	L Base	2022 Anual	Impacto de las metas
PSSS_A.1.4	Desarrollar un plan de acción para la ejecución, seguimiento y evaluación del control óptimo de las personas con enfermedades transmisibles.	Programa de Fortalecimiento de las Intervenciones de Enfermedades Crónicas No Transmisibles	Cobertura de atención a las personas con Hipertensión Arterial.	42%	45%	Medio
		Programa de Fortalecimiento de las Intervenciones de Enfermedades Crónicas No Transmisibles	Porcentaje de personas con hipertensión arterial de 20 años y más con control óptimo de presión arterial.	41,5%	65,5%	Alto
PSSS_A.1.1	Fortalecer la Atención Primaria de Salud, mediante el cierre de brechas y el aumento de las capacidades de gestión, diagnóstico y resoluntividad del I Nivel.	Red de Atención de Salud Mental y Adicciones	Número de equipos interdisciplinarios conformados	13,0	25,0	Bajo

11)

Gestión con eficiencia y calidad



12)



2. Gestión con eficiencia y calidad

DICTAMEN TÉCNICO

Fuente de Origen	Descripción del lineamiento	Proyecto / Actividad	Indicador	L Base	2022 Anual	Impacto de las metas
PSSS_B.2.5	Fortalecer la gestión hospitalaria mediante la aplicación de medidas costo-eficientes, como el aumento de las cirugías mayores ambulatorias y hospital de día, entre otros, según la planificación y prioridades institucionales.	Programa por Resultados para el Fortalecimiento del Seguro Universal de Salud en Costa Rica	Promedio de días de espera para procedimientos quirúrgicos de reemplazo de caderas y rodillas.	573,0	324,0	Medio
		Plan para la Atención Oportuna de las Personas.	Número de días de espera de la lista global para cirugías electivas que requieren hospitalización.	442,0	300,0	Alto
		Plan para la Atención Oportuna de las Personas.	Número de días de espera de la lista global para cirugías ambulatorias.	299,0	200,0	Alto

13)



2. Gestión con eficiencia y calidad

DICTAMEN TÉCNICO

Fuente de Origen	Descripción del lineamiento	Proyecto / Actividad	Indicador	L Base	2022 Anual	Impacto de las metas
PSSS_B.2.5	Fortalecer la gestión hospitalaria mediante aplicación de medidas costo-eficientes, como el aumento de las cirugías mayores ambulatorias y hospital de día, entre otros, según la planificación y prioridades institucionales.	Programa por resultados para el fortalecimiento del seguro universal de salud en Costa Rica.	Porcentaje de Cirugía Mayores de la lista de prioridad realizada en forma ambulatoria.	41.6%	46.0%	Alto
		Plan para la Atención Oportuna de las Personas.	Número de días de espera máxima para la realización de un Ultrasonido General.	2026.0	1210.0	Bajo
		Plan para la Atención Oportuna de las Personas.	Número de días de espera para Consulta Externa Especializada de la lista global.	366.0	298.0	Medio
PSSS_B.2.4	Implementar la Evaluación de Tecnologías Sanitarias como mecanismo institucional para determinar la procedencia de adoptar tecnologías en salud, con base en evidencia y con criterios de objetividad e independencia.	Implementar la Evaluación de Tecnologías Sanitarias como mecanismo institucional para determinar la procedencia de adoptar tecnologías en salud, con base en evidencia y con criterios de objetividad e independencia.	Cantidad de actividades programadas (3 al 2019)			Bajo

14)



2. Gestión con eficiencia y calidad

DICTAMEN TÉCNICO

Fuente de Origen	Descripción del lineamiento	Proyecto / Actividad	Indicador	L Base	2022 Anual	Impacto de las metas
PSSS_B.4.2	Fortalecer la cadena de abastecimiento de Seguros de Salud mediante innovaciones tendientes a la normalización, el desarrollo de proveedores y el aprovechamiento de las economías de escala, procesales, la estandarización, la oportunidad y eficiencia de los procesos.	Realizar compras o convenios marco de bienes y servicios para la Red con procedimiento de compra iniciado.	Número de compras consolidadas y/o convenio para el marco de Bienes y Servicios para la Red con procedimiento de compra iniciado.	5.0	13.0	Medio
PSSS_B.4.2	Fortalecer la cadena de abastecimiento de Seguros de Salud mediante innovaciones tendientes a la normalización, el desarrollo de proveedores y el aprovechamiento de las economías de escala, procesales, la estandarización, la oportunidad y eficiencia de los procesos.	Gestión de abastecimiento de bienes y servicios	Porcentaje de Abastecimiento.	98%	98%	Bajo

15)



2. Gestión con eficiencia y calidad

DICTAMEN TÉCNICO

Fuente de Origen	Descripción del lineamiento	Proyecto / Actividad	Indicador	L Base	2022 Anual	Impacto de las metas
PSSS_B.1.3	Intensificar el uso de tecnologías de información y comunicaciones en el marco de la gobernanza institucional, el aprovechamiento de los recursos y el mejoramiento de los servicios institucionales de atención para el usuario.	Renovación de la plataforma de comunicaciones del primer nivel de atención de DTIC-09	Cantidad de sitios renovados con un 30% de disminución en el costo del servicio administrado (279 sitios al 2021)	28	279.00	Medio
PSSS_B.3.3	Migrar gradualmente hacia un sistema de remuneración simplificado, automatizado, equitativo y sostenible, alineado al desempeño y en cumplimiento de los objetivos institucionales.	Desarrollar un sistema integrado y automatizado para soportar los procesos de gestión de las personas (SIPE)	Porcentaje de avance en el desarrollo e implementación de los módulos que integran SIPE. (100% 2021)			Alto
PSSS_B.3.4	Implementar paulatinamente, modalidades de contratación alternativas bajo un enfoque de gestión por competencias, resultados, teletrabajo, horarios flexibles, según la conveniencia institucional y priorizando las opciones más costo-eficientes.	Desarrollar e implementar competencias en la CCSS	Porcentaje de avance en el desarrollo e implementación de un modelo de gestión por competencias en la CCSS. (100% en el 2021)			Medio

16)



2. Gestión con eficiencia y calidad

DICTAMEN TÉCNICO

Fuente de Origen	Descripción del lineamiento	Proyecto / Actividad	Indicador	L Base	2022 Anual	Impacto de las metas
PSSS_B.3.3	Migrar gradualmente hacia un sistema de remuneración simplificado, automatizado, equitativo y sostenible, alineado al desempeño y en cumplimiento de los objetivos institucionales.	Revisar y analizar la vigencia técnica actual de los planes salariales que se han otorgado institucionalmente	Cantidad de informes técnicos elaborados (17% al 2020)			Bajo
PSSS_B.1.1	Fortalecer la gestión estratégica y competencias de la Junta Directiva y cuerpo gerencial, mediante el desarrollo de un modelo funcional que establezca los niveles de decisión y competencias técnicas de dichas instancias.	Fase 1: Secretaría de Junta Directiva (DPI) Fase 2: Cuerpo Gerencial (GG)	Porcentaje de avance		Fase 1: 80% Fase 2: en valoración	Medio
PSSS_B.2.1	Adaptar el modelo de atención a las condiciones de la población con un enfoque centrado en las personas y en las redes integradas de servicios de salud	Fase 1: Análisis y elaboración de documentos técnicos Fase 2: Implementación (Zona demostrativa)	Porcentaje de avance		Fase 1: 100% Fase 2: 14% en análisis y ajuste	Alto

17)

Asignación de recursos e inversiones estratégicas



18)



3. Asignación de recursos e inversiones estratégicas

DICTAMEN TÉCNICO

(1) Fuente de Origen	Descripción del lineamiento	(3) Proyecto / Actividad	(4) Indicador	L Base	2022 Anual	Impacto de las metas
PSSS_C.1.1	Desarrollar gradualmente, un modelo que permita la gestión para resultados con el propósito de mejorar la vinculación del plan – presupuesto y la evaluación del impacto de los programas y proyectos	Implementar la nueva metodología de presupuesto para resultados	Porcentaje de presupuesto asignado para resultados		70%	Medio
PSSS_C.1.2	Mejorar la asignación de recursos mediante la incorporación de metodologías prospectivas, como lo son el presupuesto capitado ajustado por riesgo para el Primer Nivel de Atención y Grupos Relacionados de Diagnóstico para los centros hospitalarios.	Asignar el presupuesto utilizando elementos prospectivos	Cantidad de hospitales con presupuesto asignado por GRD		5.00	Medio
		Asignar el presupuesto utilizando elementos prospectivos	Cantidad de áreas de salud con asignación de presupuesto por capitado		20.00	Medio

19)



3. Asignación de recursos e inversiones estratégicas

DICTAMEN TÉCNICO

(1) Fuente de Origen	Descripción del lineamiento	(3) Proyecto / Actividad	(4) Indicador	L Base	2022 Anual	Impacto de las metas
PSSS_C.2.1	Fortalecer el proceso de inversiones estratégicas, mediante la incorporación de criterios y análisis técnicos y financieros, congruentes con la planificación institucional y la sostenibilidad del Seguro de Salud en el mediano y largo plazo.	Establecer criterios y metodología para análisis técnico y financiero en inversiones estratégicas	Porcentaje de los proyectos de inversión estratégica y asignaciones de recursos analizados bajo criterios financieros		50%	Alto

20)

4. Financiamiento para una cobertura universal



21)

4. Financiamiento para una cobertura universal **DICTAMEN TÉCNICO**

Fuente de Origen	Descripción del lineamiento	Proyecto / Actividad	Indicador	L Base	2022 Anual	Impacto de las metas
PSSS_D.2.1	Diseñar fuentes de financiamiento para diversificar y aumentar los ingresos del Seguro de Salud.	Desarrollo de propuestas de nuevas fuentes de financiamiento para ser analizadas y conocidas por JD	Monto de ingresos no contributivos provenientes de nuevas leyes		40,000	Alto
PSSS_D.3.1	Desarrollar mecanismos innovadores dirigidos a promover la formalización de patronos, trabajadores y grupos de difícil cobertura, de conformidad con las prioridades y estrategias institucionales.	Generación de cuotas, derivadas de estudios del Servicio de Inspección	Monto en millones de las cuotas obreras y patronales generadas	29,384	32,752	Alto
		Desarrollar mecanismos innovadores dirigidos a promover la formalización de patronos, trabajadores y grupos de difícil cobertura, de conformidad con las prioridades y estrategias institucionales.	Porcentaje de patronos independientes con mayores niveles de evasión fiscalizados	50%	80%	Medio

22)

4. Financiamiento para una cobertura universal **DICTAMEN TÉCNICO**

Fuente de Origen	Descripción del lineamiento	Proyecto / Actividad	Indicador	L Base	2022 Anual	Impacto de las metas
PSSS_D.3.1	Desarrollar mecanismos innovadores dirigidos a promover la formalización de patronos, trabajadores y grupos de difícil cobertura, de conformidad con las prioridades y estrategias institucionales.	Presentar Plan de Trabajo para promover el aseguramiento contributivo y mejora de la gestión de los trabajadores independientes y asegurados voluntarios	Presentación del Plan de Trabajo para promover el aseguramiento contributivo y mejora de la gestión de TI y AV (100% en el II Sem 2019)		100%	Medio
		Desarrollar mecanismos innovadores dirigidos a promover la formalización de patronos, trabajadores y grupos de difícil cobertura, de conformidad con las prioridades y estrategias institucionales.	Porcentaje de trabajadores independientes con mayores niveles de evasión fiscalizados	50%	80%	Medio
PSSS_D.3.2	Fortalecer la recuperación de las contribuciones mediante el aumento de la eficiencia y oportunidad de la gestión de cobro institucional.	Recuperación de adeudos por Seguro de Salud y Seguro de IVM	Monto recuperado de adeudos por contribuciones sociales	427,366	499,956	Alto

23)

4. Financiamiento para una cobertura universal **DICTAMEN TÉCNICO**

Fuente de Origen	Descripción del lineamiento	Proyecto / Actividad	Indicador	L Base	2022 Anual	Impacto de las metas
PSSS_D.3.2	Fortalecer la recuperación de las contribuciones mediante el aumento de la eficiencia y oportunidad de la gestión de cobro institucional.	Implementación de estrategias para el control de morosidad	Porcentaje de facturación anual del total de patronos activos con mora > 30 días	0.8%	0.8%	Medio
PSSS_D.3.2	Fortalecer la recuperación de las contribuciones mediante el aumento de la eficiencia y oportunidad de la gestión de cobro institucional.	Implementación de estrategias para el control de morosidad	Porcentaje de facturación anual de Trabajador Independiente con mora > 30 días	35.7%	24%	Alto
PSSS_D.1.4	Fortalecer el modelo de costos institucionales, para que responda a las necesidades de información de los tomadores de decisiones y contribuya a la determinación del costo de atención de los pacientes, así como a la generación de insumos para apoyar la gestión de los servicios y el uso eficiente de los recursos.	Ejecutar proyecto de nuevo modelo de costos complementario del ERP	Porcentaje de implementación del Modelo de Costos Institucionales		100%	Alto

24)

4. Financiamiento para una cobertura universal **DICTAMEN TÉCNICO**

Fuente de Origen	Descripción del lineamiento	Proyecto / Actividad	Indicador	L Base	2022 Anual	Impacto de las metas
PSSS_D.1.5	Implementar un sistema integrado de gestión que contribuya en la articulación, automatización y mejora de los procesos operativos institucionales a nivel financiero, administrativo y logístico.	Ejecutar proyecto de implementación de la plataforma tecnológica ERP	Porcentaje de implementación de la plataforma tecnológica ERP	0%	100%	Medio
PSSS_D.1.1	Fortalecer las funciones y competencias del Consejo Financiero y de Control Presupuestario, para incrementar su participación en las decisiones estratégicas relevantes para la sostenibilidad del Seguro de Salud.	Reglamento del Consejo aprobado	Propuesta de reforma del CF y CP aprobada (II Sem 2019)	-		Medio

25)

Sugerencias para fortalecer metas de sostenibilidad

1. Fomento de estilos de vida y entornos saludables

- Concretar acciones para fortalecer la atención Primaria en Salud (Cierre de brechas, plan de promoción de la salud, formación de especialistas en medicina familiar para áreas de salud prioritarias, aumento de capacidad resolutive y análisis de las funciones del binomio médico – enfermera)

2. Gestión con eficiencia y calidad

- Modelo de atención ajustado a las condiciones de la población (Puntualizar las acciones de implementación)
- Evaluación de Tecnologías Sanitarias (Acciones concretas para la implementación)
- Gestión hospitalaria (medidas costo-eficientes): Indicadores gestión hospitalaria con sistemas de información, disminución de días de estancia hospitalaria según especialidades definidas.
- Centralizar, automatizar o virtualizar procedimientos o servicios específicos (Ejemplo: servicios de hemodinamia centralizado, iniciar con un plan, puede considerarse especialidades o procedimientos por centros en red).

3. Asignación de recursos e inversiones estratégicas

- Asignación de recursos mediante la incorporación de metodologías prospectivas.
- Proceso de inversiones estratégicas.
- Plan de inversiones priorizada la infraestructura clave (obras civiles), equipo médico, inversiones en sistemas informáticos, gestión del mantenimiento de activos, entre otros.
- Gestión de proyectos de mediana y alta complejidad.

4. Financiamiento para una cobertura universal

- Fortalecer el modelo de costos institucionales.
- Diseñar fuentes de financiamiento para diversificar y aumentar los ingresos del Seguro de Salud.
- Propuestas de financiamiento para las obligaciones estatales relacionadas con el aseguramiento de grupos poblacionales y la cobertura del costo de programas específicos, entre otros.

26)




DICTAMEN TÉCNICO



Casos prácticos

Para la estimación de impactos en sostenibilidad

27)



DICTAMEN TÉCNICO

Comparación de tecnología tradicional vrs láser verde


Caso: Hiperplasia benigna de próstata: Crecimiento histológico de la glándula prostática

Establecimiento de salud	Total egresos	Estancia media	Total días estancia	2018		Ahorro estimado
				RTUP bipolar	Sistema láser	
Hospital Rafael Angel Calderon Guardia	92	1.8	165	€145,972,227.00	€97,311,252.00	€48,660,975.00
Hospital San Juan De Dios	283	4.7	1334	€1,178,938,035.00	€299,337,873.00	€879,600,162.00
Hospital México	38	6.6	249	€220,197,315.00	€40,193,778.00	€180,003,537.00
Hospital Nacional De Geriatria Y Gerontología						
Raul Blanco Cervantes	64	6.3	401	€354,509,379.00	€67,694,784.00	€286,814,595.00
Hospital De San Rafael	267	8.9	2387	€2,109,402,531.00	€282,414,177.00	€1,826,988,354.00
Hospital Maximiliano Peralta Jimenez	171	3.5	604	€533,886,675.00	€180,872,001.00	€353,014,674.00
Hospital Enrique Baltodano Briceno	36	8.9	320	€282,935,187.00	€38,078,316.00	€244,856,871.00
Hospital de La Anexión	60	5.2	312	€275,866,131.00	€63,463,860.00	€212,402,271.00
Total	1466	5.2	7583	€6,700,754,403.00	€1,550,633,846.00	€5,150,120,757.00

Resección transuretral de próstata (RUTP): Cirugía para extraer tejido de la próstata mediante un instrumento que se introduce a través de la uretra.

Técnica de vaporización con láser (Greenlight): se utiliza energía térmica de láser de mayor densidad. Esta alta energía eleva la temperatura del tejido causando la vaporización, además, se producen varios grados de necrosis de coagulación en el tejido residual adyacente.

28)



DICTAMEN TÉCNICO

Costo estimado por atenciones evitables

Caso: Control óptimo de pacientes con diabetes

Indicador	LB	Meta 2022	
% personas con DM2 con control óptimo en hemoglobina glicosilada	45.5%	51%	
Aumento en cantidad de personas con DM2 en control óptimo:	93,151	121,765	28,614



Urgencias Consultas Egresos Incapacidades

29)



DICTAMEN TÉCNICO

**Estimación de atenciones evitables por pacientes en control óptimo
En el periodo 2019-2022**

Atención	2019	2020	2021	2022	Total
Urgencias	2,281	4,467	6,711	10,281	23,740
Consulta especialistas	8,992	17,605	26,450	40,523	93,570
Egresos	218	426	640	980	2,264
Incapacidades	210	412	618	947	2,188

30)



DICTAMEN TÉCNICO

**Costo estimado de atenciones evitables por control óptimo
En millones de colones**

Tipo de atención	2019	2020	2021	2022	Total
Urgencias	163	328	508	801	1,800
Consulta especialistas	490	988	1,529	2,412	5,419
Egresos	1,327	2,675	4,140	6,533	14,675
Incapacidades	25	51	78	124	278
Total	2,004	4,042	6,255	9,870	22,172
Menos costo de consultas (seguimiento y control)					11,966
Total costo ajustado					10,206

31)



Consideraciones

- La Política es un marco referencial de aspectos relevantes y orientadores para avanzar hacia la sostenibilidad del Seguro de Salud, por lo que corresponde que se visualice como un medio y no como un fin en sí misma.
- Seguir contando con el apoyo de altas autoridades es clave para el avance en la sostenibilidad, considerando que las iniciativas no son solamente financieras sino que en muchos casos, la competencia de las mismas trasciende este campo, así como que los avances corresponden a transformaciones que se irán consolidando en el mediano plazo.
- La Gerencia Financiera, en estrecha coordinación con la Gerencia General, Presidencia Ejecutiva y las demás gerencias, continúan el proceso de vinculación paulatina de los lineamientos establecidos en la Política de Sostenibilidad del Seguro de Salud y de priorización de aquellas iniciativas que se consideren de más impacto.
- Se considera oportuno que se analice la posibilidad de evaluar algunas variables de interés o de mayor impacto, relacionadas con los lineamientos de la Política de Sostenibilidad del Seguro de Salud, mediante su incorporación en futuras valuaciones actuariales y/o la realización de estudios específicos.
- Es conveniente que la Junta Directiva valore adoptar un acuerdo para crear una Comisión de Alto Nivel para la conducción y seguimiento de la Política de Sostenibilidad del Seguro de Salud, con el liderazgo de la Gerencia Financiera.

Dr. Cervantes Barrantes.

Hemos traído al grupo de trabajo. Yo no sé si sería conveniente, doctor, que se presente cada uno, nombre, podemos empezar allá atrás. Buenas tardes, Dr. Esteban Vega de la O, Coordinador de Farmacias. Buenas tardes, Marielos Gutiérrez de la Dirección de la Proyección de Servicios de Salud. Buenas tardes, Karen Vargas, asesora y coordinadora de la Gerencia Médica. Buenas tardes, Aracelly Palma, asesora Gerencia Administrativa. Buenas tardes, Dr. Daniel Quesada de la Gerencia de Infraestructura. Buenas tardes, Laura Torres, jefe de Despacho Gerencia General. Buenas, Xinia Lemaitre, asesora, Gerencia Infraestructura. Buenas tardes, Adriana Chaves de la Gerencia de Logística. Andrey Sánchez, de la Dirección de Presupuesto. Buenas tardes, Ivonne

Ruiz, asesora de la Gerencia Financiera. Buenas tardes Manuel León, Director del Programa por Resultados del Banco Mundial. Buenas tardes, Ronald Cartín asesor de la Presidencia Ejecutiva. Buenas tardes, Liza Vásquez, asesora, Presidencia Ejecutiva. Buenas tardes, Alexander Cruz, asesor de la Gerencia General. Buenas tardes, Sergio Gómez de la Dirección de Presupuesto y en estos días estoy en la Gerencia Financiera. Buenas tardes, Guillermo López de la Dirección Actuarial. Buenas tardes, José Castro, asesor de la Gerencia General. Buenas tardes, Andrés Madriz, asesor de la Presidencia Ejecutiva. Buenas tardes, Susan Peraza a cargo de la Dirección de Planificación. Buenas tardes, Evelyn Guzmán de la Dirección Actuarial. Buenas tardes Carolina González de la Dirección Actuarial. Álvaro Salas. Marielos Alfaro, gusto tenerlos aquí. José Loría, gusto tenerlos aquí. Buenas tardes, Gilberth Alfaro de la Dirección Jurídica. Buenas tardes, Fabiola Abarca. Buenas tardes, Román Macaya. Buenas tardes, Marielos Solís para servirles a todos. Buenas tardes, Ólger Sánchez de la Auditoría Interna. Buenas tardes Maritza Jiménez, bienvenidos. Buenas tardes, Mario Devandas, para servirles. Roberto Cervantes de la Gerencia General. Gabriela Murillo, Gerente de Infraestructura. Luis Fernando Porras, de la Gerencia de Logística. Buenas tardes, Ronal Lacayo, Gerente Administrativo. Buenas tardes, Mario Ruiz Gerente Médico. Buenas tardes, Carolina Arguedas, Secretaria de Junta. Buenas tardes, Zaida Matamoros. Buenas tardes, Juan Manuel Delgado, asesor de la Junta Directiva. Buenas tardes Dra. Yerly Alvarado de la Gerencia Médica.

Dr. Cervantes Barrantes:

La agenda propuesta -si el señor Presidente Ejecutivo y la Junta las tiene a bien- es inicialmente presentar el plan de sostenibilidad que se había elaborado en su momento hace más o menos un año o año y medio y que ha venido en ejecución. Realmente tengo la impresión de que esta Junta no lo ha visto y ya hay avances, entonces tal vez tomar eso de base, es una exposición rápida de veinte a treinta minutos y luego de ahí cada Gerencia, con cada una de las presentaciones, pero tal vez el plan es bastante interesante, pero no adelanto el plan.

Lic. Gómez Rodríguez:

Efectivamente, como lo menciona el doctor Cervantes lo que vamos a presentar en forma rápida es la Política de Sostenibilidad por Junta Directiva. En primera instancia en el mes de julio luego en agosto una versión priorizada, es un esfuerzo de todas las gerencias y que recogen en general lo que creemos nosotros, los lineamientos en procura justamente de esa sostenibilidad, que va más allá de lo financiero. Evidentemente, en temas de sostenibilidad es un tema integral en donde todos los gestores a nivel institucional tienen su parte y un poco creemos que sí es muy atinado el planteamiento del Dr. Cervantes en plantear primero la política de sostenibilidad y ahí vamos a hacer referencias a los avances y a las gestiones, que se han logrado concretar como contexto e introducción y como un avance a las reflexiones, que ya ha hecho la Institución justamente en procura de la sostenibilidad del Seguro de Salud, que es un gran reto. Sin más preámbulo voy a dar la palabra a Ivonne y a Andrey que son quienes han coordinado este trabajo y creo que es importante y la base justamente para la discusión del tema, que nos trae aquí.

La exposición está a cargo del Lic. Andrey Sánchez Duarte, con el apoyo de las siguientes láminas:

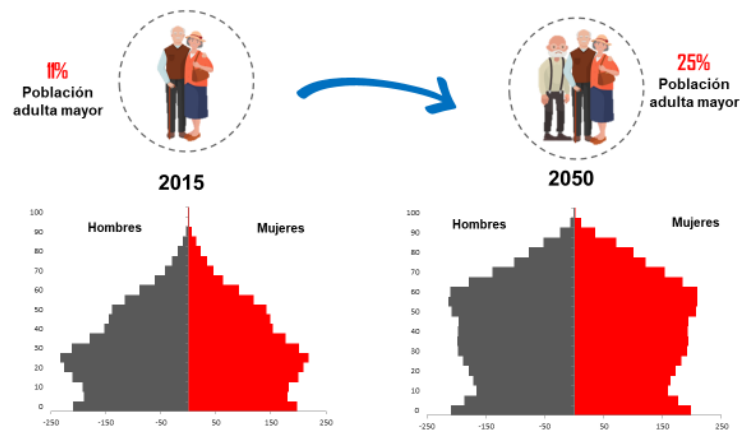
1)



Retos De cara a la sostenibilidad

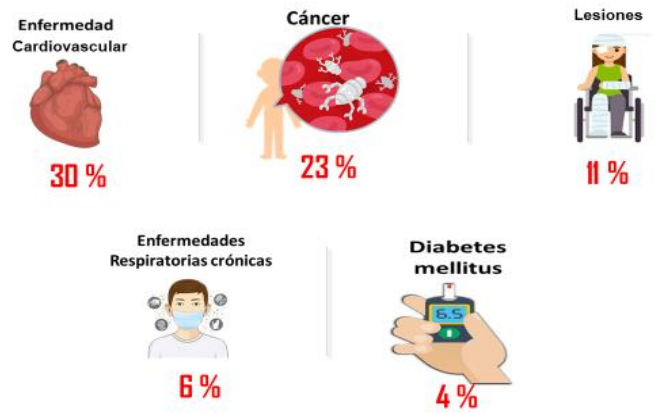
2)

Envejecimiento de la población



3)

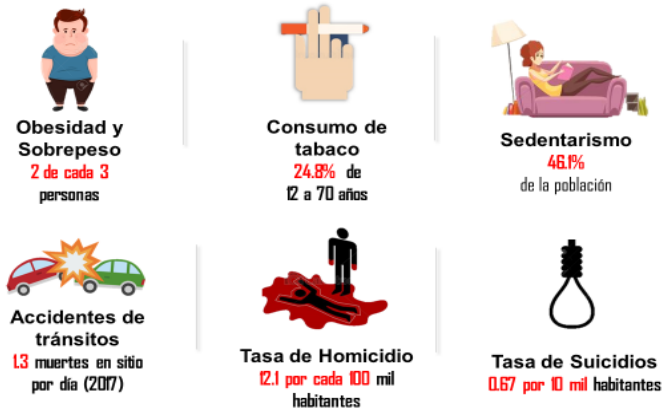
Necesidades de atención centradas en Enfermedades no Transmisibles Causas de mortalidad en Costa Rica, 2012



Fuente: Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud. CR evaluación y recomendaciones, febrero 2017

4)

Conductas de alto riesgo



5)

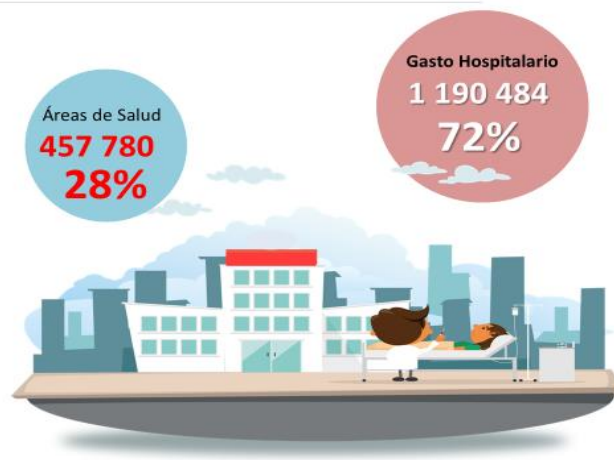
Ciudadano mejor informado y exigente



6)

Distribución del gasto del Seguro de Salud

Hospitales y Áreas de Salud, 2020 – En millones de colones-



7)



Acciones para la consecución de la Sostenibilidad del Seguro de Salud

8)

Hacia la sostenibilidad del Seguro de Salud



9)

Política de Sostenibilidad del Seguro de Salud Triple meta



10)

Conceptualización

La sostenibilidad del Seguro de Salud se entiende como la capacidad de garantizar razonablemente a mediano y largo plazo, la protección de las personas contra los riesgos en salud y maternidad, mediante prestaciones dirigidas al mejoramiento de la salud en el curso de vida, bajo criterios de pertinencia, calidad y eficiencia; en el marco de los principios institucionales, la responsabilidad social y ambiental

11)

Estructura de la Política de Sostenibilidad del Seguro de Salud



12)

Enunciados específicos de la Política de Sostenibilidad



13)

A Fomento de estilos de vida y entornos saludables

Estrategias

A.1: Priorizar las labores de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad con enfoque en las personas y las comunidades.

A.2: Impulsar una mayor participación interinstitucional e intersectorial en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

- ✓ A.1.1 Fortalecer la Atención Primaria en Salud, mediante el cierre de brechas y el aumento de las capacidades de gestión, diagnóstico y resoluntividad del Primer Nivel.
- ✓ A.1.2 Analizar y priorizar la programación de actividades realizadas por parte del personal de las Áreas de Salud, con un enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- ✓ A.1.3 Desarrollar e implementar un programa de capacitación del personal y de los gestores sanitarios, en materia de salud pública, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, según las prioridades institucionales.
- ✓ A.1.4 Desarrollar un plan de acción para la ejecución, seguimiento y evaluación del control óptimo de las personas con enfermedades no transmisibles.
- ✓ A.2.1 Fortalecer la vinculación e interacción con diferentes actores sociales, para promover estilos de vida saludables, reducir factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles y causas de violencia externa.
- ✓ A.2.2 Desarrollar una propuesta de municipios saludables que permita establecer alianzas para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, entre CCSS y los gobiernos locales.

14)

A Fomento de estilos de vida y entornos saludables

Estrategias

A.3: Generar una vinculación institucional armoniosa con el usuario y su entorno, mediante acciones dirigidas al fomento del autocuidado de la salud en el curso de vida y una adecuada gestión ambiental.

- ✓ A.3.1 Fomentar la transparencia y cercanía con el usuario mediante el fortalecimiento de programas de comunicación y concientización sobre la responsabilidad individual y social en el autocuidado de la salud en el curso de vida, el uso adecuado de los servicios de salud, así como la divulgación de los resultados e inversiones en salud.
- ✓ A.3.2 Implementar una política institucional enfocada al desarrollo de las prestaciones en el marco de la responsabilidad social y en armonía con el ambiente, considerando una programación gradual de acciones costo-eficientes, priorizadas según su impacto ambiental y el ahorro para el Seguro de Salud.

15)

B Gestión con calidad y eficiencia institucional

Estrategias

B.1: Mejorar la eficiencia en la gestión mediante modelos de gobernanza simplificados, que faciliten la toma de decisiones, se ajusten a las prioridades y necesidades institucionales.

- ✓ B.1.1 Fortalecer la gestión estratégica y competencias de la Junta Directiva y cuerpo gerencial, mediante el desarrollo de un modelo funcional que establezca los niveles de decisión y competencias técnicas de dichas instancias.
- ✓ B.1.2 Diseñar e implementar un modelo de gobernanza institucional para la gestión, evaluación y fiscalización de asuntos jurídicos, bajo criterios de objetividad, transparencia y uniformidad.
- ✓ B.1.3 Intensificar el uso de tecnologías de información y comunicaciones, en el marco de la gobernanza institucional, la simplificación de trámites, el aprovechamiento de los recursos y el mejoramiento de los servicios institucionales de cara al usuario.

16)

17)

B Gestión con calidad y eficiencia institucional

Estrategias

B.2: Mejorar la prestación de los servicios institucionales, a través del fortalecimiento del modelo de atención y de la capacidad de gestión, con un enfoque centrado en el usuario, bajo criterios de eficiencia, calidad y oportunidad.

- ✓ B.2.1 Adaptar el modelo de atención a las condiciones de la población, con un enfoque centrado en las personas y en las redes integradas de servicios de salud.
- ✓ B.2.2 Fortalecer la planificación de las prestaciones sanitarias de corto, mediano y largo plazo, de cara a los cambios en el perfil epidemiológico y etario de la población, mediante la definición de los resultados esperados en salud, la oferta de servicios y los recursos requeridos por red o nivel de atención.
- ✓ B.2.3 Definir un proceso institucional orientado a promover y evaluar de manera sistemática, la calidad e innovación en los servicios con un enfoque en el usuario; con prioridad a los relativos a prestaciones en salud y considerando la planificación institucional, simplificación de trámites y el máximo aprovechamiento de los recursos institucionales.
- ✓ B.2.4 Implementar la Evaluación de Tecnologías Sanitarias como mecanismo institucional para determinar la procedencia de adoptar tecnologías en salud, con base en evidencia y con criterios de objetividad e independencia.
- ✓ B.2.5 Fortalecer la gestión hospitalaria mediante la aplicación de medidas costo-eficientes, como el aumento de las cirugías mayores ambulatorias y hospital de día, entre otros, según la planificación y prioridades institucionales.
- ✓ B.2.6 Determinar la conveniencia de centralizar, automatizar o virtualizar procedimientos o servicios específicos, de forma que se promueva el máximo aprovechamiento de los recursos, la eficiencia y oportunidad en la prestación.

18)

B Gestión con calidad y eficiencia institucional

Estrategias

B.3: Desarrollar modelos de trabajo costo-eficientes y de alto desempeño, en función de la planificación y de las necesidades de la prestación de los servicios institucionales.

- ✓ B.3.1 Impulsar un modelo de planificación de recurso humano que permita garantizar dentro de un marco de razonabilidad, la sostenibilidad en la prestación de los servicios en el mediano y largo plazo, de conformidad con las prioridades institucionales.
- ✓ B.3.2 Promover el trabajo por resultados mediante el fortalecimiento de la cultura organizacional y la vinculación de incentivos al desempeño individual y de los equipos de trabajo.
- ✓ B.3.3 Migrar gradualmente hacia un sistema de remuneración simplificado, automatizado, equitativo y sostenible, alineado al desempeño y en cumplimiento de los objetivos institucionales.
- ✓ B.3.4 Implementar paulatinamente, modalidades de contratación alternativas bajo un enfoque de gestión por competencias, resultados, teletrabajo, horarios y/o jornadas flexibles, según la conveniencia institucional y priorizando las opciones más costo-eficientes.

19)

B Gestión con calidad y eficiencia institucional

Estrategias

B.4: Impulsar iniciativas que permitan incrementar la eficiencia de los procesos de producción, compras, abastecimiento y manejo de inventarios, en el marco de transparencia y minimización de riesgos de fraude y corrupción.

- ✓ B.4.1 Evaluar periódicamente la producción de bienes y servicios institucionales específicos mediante indicadores de gestión que permitan determinar su impacto en términos de costo-efectividad, de forma que se aumente la capacidad de respuesta y el máximo aprovechamiento de los recursos.
- ✓ B.4.2 Fortalecer la cadena de abastecimiento del Seguro de Salud mediante mecanismos innovadores tendientes a la normalización, el desarrollo de proveedores y de soluciones institucionales, que permitan el aprovechamiento de las economías de escala, procesales, la estandarización, la oportunidad y eficiencia de los procesos.

C Asignación de Recursos e Inversiones Estratégicas

Estrategias

C.1: Fortalecer la asignación de recursos bajo un enfoque de gestión por resultados y la incorporación de mecanismos prospectivos en la presupuestación del Seguro de Salud.

C.2: Mejorar la gestión de inversiones estratégicas del Seguro de Salud, de conformidad con la planificación institucional y el fortalecimiento de los procesos para la toma de decisiones con fundamento en análisis y criterios técnicos.

- ✓ C.1.1 Desarrollar gradualmente, un modelo que permita la gestión para resultados, con el propósito de mejorar la vinculación del plan – presupuesto y la evaluación del impacto de los programas y proyectos.
- ✓ C.1.2 Mejorar la asignación de recursos mediante la incorporación de metodologías prospectivas, como lo son el presupuesto capitado ajustado por riesgo para el Primer Nivel de Atención y Grupos Relacionados de Diagnóstico para los centros hospitalarios.
- ✓ C.2.1 Fortalecer el proceso de inversiones estratégicas, mediante la incorporación de criterios y análisis técnicos y financieros, congruentes con la planificación institucional y la sostenibilidad del Seguro de Salud en el mediano y largo plazo.
- ✓ C.2.2 Diseñar un plan de inversiones que contenga en forma priorizada, la infraestructura clave (obras civiles), equipo médico, inversiones en sistemas informáticos digitales, gestión del mantenimiento de activos, entre otros, en congruencia con la planificación y las posibilidades financieras institucionales.
- ✓ C.2.3 Fortalecer la gestión de proyectos de mediana y alta complejidad, que articule el proceso de pre-inversión, seguimiento y evaluación; así como la valoración de aspectos relativos a funcionalidad, alcance e impacto de los proyectos, en concordancia con la disponibilidad de recursos y la planificación del Seguro de Salud.
- ✓ C.2.4 Propiciar espacios con el Ministerio de Salud, para el análisis de las normas de acreditación de infraestructura y funcionamiento de los centros prestadores de servicios de salud y la estandarización de las obras institucionales, bajo criterios de razonabilidad funcional y financiera.

20)

D Fortalecimiento de la financiación para una cobertura universal

Estrategias

D.1: Desarrollar instrumentos, sistemas y modelos analíticos y predictivos de la gestión de los recursos financieros y económicos del Seguro de Salud.

- ✓ D.1.1 Fortalecer las funciones y competencias del Consejo Financiero y de Control Presupuestario, para incrementar su participación en las decisiones estratégicas relevantes para la sostenibilidad del Seguro de Salud.
- ✓ D.1.2 Integrar un grupo de inteligencia Financiera para la generación de información útil para la toma de decisiones, mediante el análisis de datos, realización de estudios y proyecciones, dirigidos a fortalecer los procesos de conducción institucional, la programación y máximo aprovechamiento de los recursos del Seguro de Salud.
- ✓ D.1.3 Desarrollar valuaciones actuariales internas cada dos años y externas cada cuatro años, con el fin de disponer de análisis útiles para orientar la gestión hacia el fortalecimiento de la sostenibilidad del Seguro de Salud.
- ✓ D.1.4 Fortalecer el modelo de costos institucionales, para que responda a las necesidades de información de los tomadores de decisiones y contribuya a la determinación del costo de atención de los pacientes, así como a la generación de insumos para apoyar la gestión de los servicios y el uso eficiente de los recursos.
- ✓ D.1.5 Implementar un sistema integrado de gestión que contribuya en la articulación, automatización y mejora de los procesos operativos institucionales a nivel financiero, administrativo y logístico.

21)

D Fortalecimiento de la financiación para una cobertura universal

Estrategias

D.2: Diversificar y aumentar los ingresos del Seguro de Salud mediante el diseño de propuestas de fuentes complementarias a las contribuciones.

D.3: Aumentar la cobertura contributiva a través de mecanismos innovadores que faciliten la afiliación al Seguro de Salud y la recaudación de las contribuciones.

- ✓ D.2.1 Diseñar fuentes de financiamiento para diversificar y aumentar los ingresos del Seguro de Salud.
- ✓ D.2.2 Elaborar propuestas de financiamiento para las obligaciones estatales relacionadas con el aseguramiento de grupos poblacionales y la cobertura del costo de programas específicos, que contribuyan a evitar la acumulación de adeudos por estos conceptos.
- ✓ D.2.3 Propiciar la mejora de los ingresos mediante la elaboración de propuestas que contribuyan a la determinación, la trazabilidad y recuperación del costo de las atenciones en salud brindadas por la institución, por motivo de accidentes de tránsito y riesgos del trabajo, entre otros.
- ✓ D.3.1 Desarrollar mecanismos innovadores dirigidos a promover la formalización de patronos, trabajadores y grupos de difícil cobertura, de conformidad con las prioridades y estrategias institucionales.
- ✓ D.3.2 Fortalecer la recuperación de las contribuciones mediante mecanismos innovadores para el aumento de la eficiencia y oportunidad de la gestión de cobro institucional.
- ✓ D.3.3 Establecer alianzas estratégicas con el Ministerio de Hacienda u otras entidades, dirigidas al fortalecimiento de la recaudación contributiva mediante el intercambio de información relevante para las labores de aseguramiento.

Lic. Sánchez Duarte:

Buenas tardes, antes de iniciar queremos poner un pequeño video. Tal vez, para ir comentándoles previo al video, como lo comentaba don Sergio esta política en su momento en el 2017 se trajo la primera versión una política meramente financiera que pasaba por un balance de ingresos y gastos y que estaba prácticamente acotada la Gerencia Financiera; sin embargo, en su momento se consideró lo conveniente y se trajo a la Junta Directiva la propuesta de una integración para llevar un impacto a este tema de sostenibilidad y obviamente, la Junta Directiva en ese momento acuerda encargar a la Presidencia Ejecutiva y al resto de las Gerencias a que inicien un camino de construcción para el tema de la Política de Sostenibilidad. A partir de esa instrucción se iniciaron una serie de talleres muy interesantes, para construir estos elementos con la participación de todas las gerencias y las Direcciones de Sede con las Direcciones Médicas y Áreas de Salud, Hospitales, Jefes de Sucursales, Jefes de Servicios y en realidad fue un esfuerzo muy participativo, fue una lluvia de ideas, que fue también difícil de poder direccionar. En ese momento vimos que a veces en este edificio pensamos que por lo menos en la percepción de los funcionarios, que las soluciones están de lado de los hospitales y del lado de los hospitales está el tema de los ingresos, de aumentar la recuperación, de generar más ingresos básicamente, pero poco a poco se fue permeando una visión conjunta para decir que todos en esas con los responsables de estos seguros, tenemos la oportunidad de contribuir en el tema de las sostenibilidades en el tema de las funciones, que podemos desarrollar desde el pequeño esfuerzo de un área de salud en el tema de la mejora de la planificación por ejemplo y hemos ido sumando cada uno de estos esfuerzos, para llevar a consolidar esta política que se presentó en julio del año pasado a la Junta Directiva -con Ronald en ese momento a cargo- y regimos una política que ha venido participativamente construida y todavía en Junta Directiva se incluyen algunas otras observaciones de importancia, para poder terminar de afinar un documento que para nosotros es bastante valioso y en ese momento se hace una priorización de cuáles son los lineamientos de mayor relevancia. Esto es parte de lo que les comentaba del acuerdo que da inicio a toda esta construcción de la política de sostenibilidad. Como parte de esta construcción, una participación integral de todas las gerencias, de las direcciones de todos los que quisieron aportar en este esfuerzo. Se tomó direcciones técnicas, inclusive actuarial, la misma Auditoría con las recomendaciones que consideraron, las observaciones de Contraloría; inclusive de otros órganos como la Defensoría también. Para la participación de treinta y un talleres de Direcciones de Sede y Regionales, Plataformas y Sucursales en el 2017 y marzo 2018. En ese esfuerzo se recibieron y se expusieron cada uno y llevábamos posibles acciones y se fueron priorizando y priorizando hasta poder llegar a un consolidado, que ya casi lo vamos a votar. No nos quedamos con la visión interna, también hicimos un Foro de Sostenibilidad y Seguro de Salud con una visión externa, es la foto de don Álvaro porque él participó en el foro. Se hizo un conversatorio con los expresidentes en ese momento y también se hizo un recopilado de ideas, parte de estas filminas las han visto en otras ocasiones me parece, pero no importa rescatarlas, las voy a pasar rápidamente sobre los retos en cuanto al envejecimiento de la población y esa transición que ya estamos viviendo. Otra parte de lo que en este momento se tienen que concentrar los esfuerzos es en el tema de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las lesiones, producto principalmente de las enfermedades respiratorias y todas las enfermedades crónicas que van en creciente aumento. También hay ciertas conductas de alto riesgo como la obesidad y el sobrepeso, el consumo del tabaco, que en ese momento decíamos como un dato curioso que fuman más las mujeres que los hombres, según la estadística. Hay un alto sedentarismo, la tasa de homicidios y suicidios que también se convierten en retos de cara a la sostenibilidad. Sin duda alguna también

tenemos un ciudadano mejor informado y exigente, que cada día demanda más y mejores servicios con mayor oportunidad, que exige el uso de la tecnología para poder acercarse a los servicios que si no se le resuelve se va al tema de la judicialización, para resolver sus inquietudes en términos más oportunos. Otro gran reto que hemos comentado también es la composición del gasto de salud y este ya es con datos del presupuesto 2020 que se aprobó por la Junta Directiva recientemente y el 28% de este presupuesto se concentra en áreas de salud y un 72% se presenta en el gasto hospitalario. Esa tendencia se mantiene a lo largo del tiempo, seguimos una estabilidad en cuanto al tema hospitalario. Bueno, ya meramente como acciones para la consecución de la sostenibilidad es importante mencionar lo que expresan en esas filmas. Nosotros en el 2010 presentamos un tema de crisis, ahí se contagió todo lo que es la inversión, los servicios, incluso los programas se vieron bastante afectados en cuanto a la prestación, principalmente por una crisis de liquidez. En la medida que fueron avanzando los años se fueron estableciendo medidas, para que en el 2012 empezar a verse un poco más el equilibrio de la Institución con los gastos ajustados a los niveles de ingresos esperados, se inició el pago oportuno a proveedores, que en un momento duraban hasta seis meses en pagar y el principal problema aquí fue el tema del pago del salario escolar, que fue como el detonante de lo que llamábamos la crisis y partir del 2014 se fue subiendo un nivel de estabilidad aumentándose el nivel de inversión, nuevamente los centros de salud empezaron a ver cómo se iniciaba la renovación de su equipo, cómo se podían solventar las necesidades en cuanto a los programas que se habían contraído en algún momento y se habían limitado y a partir del 2018 con todo esto 2017-2018 estamos en procura de alcanzar esta sostenibilidad; es decir, totalmente comprometidos las Gerencias y la Presidencia y las Direcciones Técnicas que participan en este proceso, además de los centros de salud, para poder alcanzar esta sostenibilidad que no es algo que llegamos, alcanzamos en un momento y ya lo logramos, sino que es un trabajo continuo y que siempre vamos a estar en una recurrente necesidad de establecer acciones. A raíz de eso se concretó en este documento de Política de Sostenibilidad lo que llamamos la triple meta, que es más salud, mejores servicios a un menor costo, entonces, se ha procurado que en estas iniciativas que se están proponiendo por cada una de las gerencias ya analizadas bajo esta visión. No se vale que tomemos una medida que puede ser que beneficie en un cierto grado, pero sea súper costosa o desde el punto de vista financiero que queramos solo medidas que no requieran gastar nada, entonces, es un equilibrio para analizar esas iniciativas bajo esa integralidad, por eso es la importancia de la participación intergerencial -como les decíamos-. Y bueno en esa visión también de la triple meta hemos logrado conceptualizar para nosotros el criterio de la sostenibilidad del Seguro de Salud, que en términos sencillos es como hacemos que las prestaciones que estamos brindando el día de hoy puedan mantener en el tiempo, en el mediano y largo plazo sin desmejorarse; es decir, siempre cumpliendo la obligación que se nos ha encargado en materia de la protección contra los riesgos de salud y maternidad, en cuanto al seguro de salud. Esta política se ha concentrado en cuatro enunciados específicos, dos estrategias y cuarenta lineamientos, son los que la Junta Directiva en su momento dijo no, no vamos a iniciar con los cuarenta de una vez, hagamos una priorización de veinte, para que se establezcan los planes de acción y gradualmente vamos incorporando los dos y si es que hay que hacer ajustes, incorporar algún lineamiento, excluir, fusionar o que ya perdió vigencia alguno de ellos, y pensar que esto estaba escrito en piedra, porque tenemos una Institución que es cambiante y esta priorización en los ejes se los montamos es momentos de estilos de vida y modelos saludables, gestión con calidad y eficiencia institucional es uno de los ejes más fuertes, porque ahí nos vemos todas las gerencias participando, proponiendo iniciativas, la asignación de recursos e inversiones estratégicas y el fortalecimiento de la financiación, para una cobertura universal que quizá es uno de los ejes más acotados a la Gerencia Financiera por sí misma. Dentro de esa priorización que se hizo, están destacados con negrita lo que se logra distinguir uno de los

ejes más acotados a la Gerencia Financiera por sí misma. Dentro de esa priorización que se hizo están destacados con negrita, no se si se logra distinguir los que están priorizados por esta Junta Directiva. De la primera lámina que está relacionada con todo lo que es estilos de vida y entornos saludables. En este momento se estableció como una de las principales estrategias del fortalecimiento del Primer Nivel de Atención. Mediante cierre de brechas y el aumento de las capacidades de decisión, diagnóstico y resolutiveidad del Primer Nivel. Ahí concretamente lo que se ubicaba era establecer cuál de esas medidas iban a ser para ese fortalecimiento, no solamente decir, es el fortalecimiento de lo que hemos conversado un poco la Gerencia Médica es ya poner con planteamientos específicos cómo se va a traducir ese fortalecimiento del Primer Nivel de Atención. En cierre de brechas por ejemplo, la identificación de cuántos de esos EBAIS son necesarios, cómo vamos a poder aprovecharlos. Un tema que hemos hablado varias veces es el tema de la incorporación de un especialista en Medicina Familiar para poder tener una mayor resolutiveidad en el primer nivel, por explicarles algunos ejemplos, ahí la Gerencia Médica en un trabajo que en conjunto vamos liderando, para poder definir con claridad cuáles son esos lineamientos. Analizar y priorizar la programación de actividades realizadas por parte del personal de áreas de salud con enfoque de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, también por el primer nivel de atención, a veces en los programas que se crean, por lo menos esa es la queja que uno escucha en el nivel local, es que “nos incorpora una serie de programas y no tenemos ni tiempo de ver al paciente a la cara porque tenemos que estar en un “check”, aunque sea ahora en el EDUS, pero es necesario priorizar que esas actividades que se realizan sean las que más impacto generen en la prestación de los servicios de salud. Otra de las que está priorizada también, es un lineamiento que va ligado con diferentes acciones del plan estratégico, el programa por resultados, que es el desarrollo de un plan de acción y ejecución y evaluación para el control óptimo de las personas con enfermedades no transmisibles, más específicamente el priorizado en esta primera instancia en diabetes y ese es todo un esfuerzo que tenemos que hacer, para controlar toda esa cantidad de situaciones que se presentan a nivel de la población costarricense y otros. También hay otra estrategia que lo que busca es una armoniosa relación con el usuario y también con el ambiente. Muchas veces no conocemos qué es la Caja, qué brinda, cómo se accesa, no estamos informados de lo qué es la Institución, entonces se busca una concientización a través de la comunicación y un esfuerzo que también ha venido liderando la Gerencia de Infraestructura con todo el tema de la política institucional relacionado con la responsabilidad con el ambiente y la responsabilidad también social. Ya en el otro eje pasamos al eje de gestión en calidad y eficiencia institucional, encontramos también otros retos, como uno propuesto por la misma Junta Directiva en su momento, que es fortalecer la gestión estratégica y competencias de la Junta Directiva y el cuerpo gerencial, mediante el desarrollo de un modelo funcional que establezca niveles de distinción y competencias técnicas para dichas instancias, entonces aquí en su momento cuando se propuso por la Junta era no solamente analizar qué es lo que entra aquí a la Junta, sino si estrictamente tienen que llegar a aquí o hay un nivel inferior que puede resolver en forma más oportuna para dedicar la toma de decisiones a lo más estratégico y así igual un ejercicio para las gerencias que analicen de esos temas que se trasladan recurrentemente a las Direcciones de Sede en los Hospitales para ver qué decisiones se pueden tomar en otro nivel y poder priorizar las actividades que realizan cada uno de los gestores estratégicos. Aquí otro lineamiento importante destacado es la intensificación del uso de tecnologías de información y comunicaciones en el marco de la gobernanza la simplificación de trámites, el aprovechamiento de los recursos y el mejoramiento de los servicios institucionales. Aquí el EDUS casi que tiene el nombre puesto cuando nosotros hablamos de esa intensificación, porque a partir de los datos y toda la generación que se va a poder obtener de ahí y con esta afición analítica y estratégica vamos a poder tomar decisiones. Entonces comentábamos

un caso, por ejemplo el de ficha familiar, que ha venido haciendo un esfuerzo porque se logre hacer una identificación de los factores de riesgo asociados a las familias y una vez que se logre tener esto se podría hacer una inteligencia de negocio para ver dónde están esos factores de riesgo y poder anticiparnos de alguna manera y disminuir los impactos que tenga la salud de esa población. Otro tema bastante importante es todo el modelo de atención y la capacidad de decisión, que tenemos, ha sido de bastante discusión, inclusive la decisión que se presentó esto fue largo y tendido hablar del modelo de atención. Don Álvaro nos insistió en el tema y nosotros lo que hemos visto es que a través del Programa de Fortalecimiento, la Junta Directiva está apuntando a resolver este punto con este programa de fortalecimiento y bueno, obviamente de ahí viene la necesidad del apoyo intergerencial, para que se logren los objetivos que se han plasmado hacia ese ajuste estratégico que ocupamos. Otro elemento importante de ese rubro es la implementación de la evaluación de tecnologías sanitarias, como mecanismo para determinar la procedencia de adaptar tecnologías de salud con base en evidencias con criterios de objetividad e independencia. Esto sin duda se ha visto como una de las acciones estratégicas que le ha puesto como la estrellita porque se espera mucho de esa evaluación de tecnologías y el impacto que puede tener en la prestación de los servicios es muchísimo en ese momento, también la Junta Directiva analizó este lineamiento como uno de los prioritarios. Otro elemento no menos importante de esta gestión es todo el fortalecimiento de la gestión hospitalaria, la aplicación de medidas corto-eficientes, como el aumento de cirugías mayores ambulatorias, el Hospital de día entre otros. Aquí se busca que los Hospitales vayan analizando cuál es su capacidad aprovechándola al máximo y proponiendo mayor eficiencia para la gestión de ellos, entonces en algún momento estuvimos conversando de no crear solamente los indicadores, sino ya automatizarlos y poder empoderar a los Directores de los Centros Hospitalarios por una toma de decisiones con estos indicadores y con los sistemas de información disponibles, que conforme se vayan sumando en iniciativas, como por ejemplo, el ERP del modelo de costos va a ser de mucho mayor valor para los tomadores de decisiones. Este desarrollo de modelos de trabajo eficientes y de alto desempeño era también uno de los elementos de alta relevancia, por todo lo que representan en cuanto al gasto hablando de las remuneraciones en sí se buscaba en ese momento mirar gradualmente hacia un sistema de remuneración simplificado automatizado, equitativo, sostenible y alineado al desempeño y al cumplimiento de los objetivos institucionales. De cierta forma, comentando también este lineamiento ha sido avanzado en gran medida por la Ley de Fortalecimiento de las Finanzas Públicas, que vino a dictaminar una cierta serie de pautas con el tema de las remuneraciones. También en esto se ha incorporado o se ha visto la necesidad de un trabajo conjunto para desarrollar modelos de trabajo diferenciados ajustados a las realidades y las necesidades que tienen los centros de salud, por ejemplo, el modelo por resultados, jornadas flexibles, todo editado hacia iniciativas costo eficientes. Ayer el Dr. Cervantes nos comentaba que había iniciativa en la Asamblea Legislativa para establecer una jornada diferenciada de trabajar cuatro días y descansar tres en procura también de los trabajadores y un mayor aprovechamiento de su productividad. En el tema de la cadena de abastecimiento, que es uno de esos la estrategia básicamente lo que se ha podido coordinar e impulsar por parte de los compañeros de la Gerencia de Logística, es fortalecer la Cadena de Abastecimiento del Seguro de Salud mediante mecanismos innovadores tendientes a la normalización, el desarrollo de proveedores y de soluciones institucionales, que permitan el aprovechamiento de los recursos, entonces aquí es buscar cuáles son los mecanismos que la ley les permite para poder aprovechar economías de escala. Para poder aprovechar una disponibilidad, una negociación con los proveedores de mayor profundidad, para obtener precios que beneficien el abastecimiento institucional entre otros. Por ejemplo, en medicamentos, en NO LOM a nivel hospitalario se adquieren diferentes y la idea es identificar cuáles son los de mayor costo, que se

adquieren estos medicamentos y hacer una compra y una negociación desde el nivel central, que tenga un mayor poder de negociación, para obtener mejores condiciones y abastecer a estas necesidades, que tienen los centros hospitalarios y más allá las personas que están detrás de esas peticiones. Ya en otro punto B) está relacionado con todo lo que es la asignación de recursos e inversiones estratégicas. Aquí lo que se ha impulsado y se ha traído es la propuesta de la Gerencia Financiera, la Dirección de Presupuesto es una asignación de recursos orientada a resultados con compromisos pactados por los diferentes actores. En este tema se han hecho varios ejercicios con algunos hospitales de algunas regiones, por ejemplo, iniciamos con la región Brunca que está de momento a cargo del Dr. Vega, con una derivación de pacientes hacia un hospital que tenía menos aprovechamiento de la capacidad, entonces, lo que se hizo fue destinar para ese otro hospital que tenía una subutilización, para atender con prontitud a esos pacientes, sin generar tiempo extraordinario sino con capacidad ordinaria. Ese hospital es un ejemplo, pero ahí hay que ir desarrollando muchos más ejemplos. La mejor es la asignación de recursos mediante la incorporación de metodologías prospectivas, como lo son el presupuesto capitado ajustado por riesgos en el Primer Nivel de Atención y el Grupo Relacionado de Diagnóstico (GRD), para los centros hospitalarios. Estas son metodologías complejas que su implementación puede durar hasta diez años en algunas experiencias del país, porque es un tema de compromiso y de cambio de cultura, donde obviamente la Dirección Financiera puede llevar una propuesta, pero también la Gerencia Médica es clave para llegar a alcanzar esa nueva metodología que, inicialmente irá sobre los extremos de los recursos, porque hay un componente muy fijo que es difícil de cambiar. Luego, en este mismo eje está lo que es el fortalecimiento del proceso de las inversiones estratégicas, mediante la incorporación de criterios, análisis técnicos, financieros dirigidos a la planificación institucional y la sostenibilidad del Seguro. Con esto ya se ha venido también laborando por parte de las Gerencias, de la Presidencia y de la Dirección de Planificación, para poder ordenar este proceso, para mejorarlo y robustecerlo, para combatir las principales enfermedades que tiene la población. Ya en el tema del fortalecimiento de la financiación para la cobertura universal estamos hablando de fortalecer las competencias que tienen los tomadores de decisiones de los órganos a nivel financiero. En este caso, una de las primeras es el Consejo Financiero y de Control Presupuestario, para analizar con mayor profundidad los casos que se presenten de compromisos financieros que pretenda adquirir la Institución, a través de diferentes proyectos, programas de alto costo, por ejemplo, las necesidades en los hospitales. Un punto también clave es el fortalecimiento del modelo de costos institucionales, que se ha venido haciendo un esfuerzo para que se ajuste de la toma de decisiones de esa información que ocupan los diferentes niveles, Junta Directiva, Gerentes y de ahí hacia abajo todos los que están relacionados con el tema. Hay otro elemento que es la implementación de un Sistema Integrado de Gestión que contribuya en la articulación, automatización y mejora en los procesos operativos institucionales a nivel financiero-administrativo y logístico. Ese en otras palabra es el famoso Enterprise Resource Planning (ERP) que estamos también a la espera de poder aprovechar, en algunos años o pronto para poder integrar esta información y poder hacer esa vinculación, por sistemas como el EDUS que nos van a dar una información súper valiosa, para la toma de decisiones. Otros elementos que se han venido priorizando en estas políticas, es el diseño de fuentes de financiamiento para diversificar y aumentar los ingresos del Seguro de Salud, una serie de propuestas; en su momento se conversaron de alianzas, inclusive, con otras instituciones para buscar recursos que pudieran venir a financiar algunas de las necesidades, retomar algunos proyectos de ley, buscar esas alianzas, por ejemplo, la Junta de Protección Social, con el Instituto de Control de Drogas y poder aprovechar esos recursos para necesidades que tiene la Institución y los centros hospitalarios. Otro de los elementos priorizados, en su momento fue el desarrollo de mecanismos “innovables”, dirigidos a todas esa

formalización de patronos, trabajadores y grupos de difícil cobertura de conformidad con las prioridades y la rentas fijas instituciones. También sobre esto la Gerencia Financiera ha venido trabajando, ya después comentará don Sergio cuáles son las específicas. También, la necesidad de recuperar contribuciones, mediante mecanismos innovadores para el aumento de la oportunidad del cobro institucional, también, el aprovechamiento de la tecnología, las alianzas con otras instituciones que puedan ser proveedoras de información, el análisis de los procesos actuales para poder identificarlos y mejorarlos. Y esto sería lo que es la política que se aprobó en ese momento, a partir de esa política, se inició toda una discusión que ya les va a comentar Ivonne sobre las propuestas que, igual, seguimos construyendo en forma conjunta con las demás Gerencias.

Dr. Cervantes Barrantes:

Tal vez antes de darle la palabra a Ivonne, nada más yo cuando lo revisé con ellos, ahí creo que en el área de gestión de calidad y eficiencia institucional, yo la encontré muy completa y en la realidad ellos han trabajado bastante, pero hace falta una variable que aquí, se ha discutido mucho que es la variable ecológica, yo no sé cómo llamarla, ecológica porque esa variable es política, hay una política de “descarbonización”, de autos y hablamos de carros eléctricos y hablamos de carros híbridos y todo eso y esa parte no la encontré, porque a veces uno no la ve como sostenibilidad, pero les voy a contar que el otro día el Dr. Macaya me pidió que investigara lo de las plantas eléctricas, entonces, tuve una reunión con el Gerente Financiero y el de Fuerza y Luz y el Gerente del Instituto Costarricense de Electricidad (ICE) y ellos me contaban que existe todo un estudio de las calderas de la Caja, que tenemos 57 calderas en todo el país, que si las pasamos a calderas eléctricas solo en bonos de carbono neutral nos vamos a ganar seis millones de dólares al año. Solo en eso nos ganamos esa cantidad de dinero que, además, como la calderas eléctricas son más eficientes -fue como me explicaron, probablemente- vamos a disminuir el costo entre 30% y 50%, entonces, eso solo en calderas eléctricas y me hablaban de, por ejemplo, agua caliente, ahora hay sistemas solares que son muy, pero muy ahorrativos y que la Caja sería pionera y claro me hicieron todo un trabajo y me dijeron imagínese, lo que sería la Caja la primera Institución totalmente ecológica de este país. Todos los hospitales verdes, bueno, ellos tienen certificado que han dado sellos, pero me lo dijeron, la gente no ve esto no es solo sostenibilidad ecológica, es sostenibilidad financiera, entonces, fue una de las observaciones que yo les hice. Ahora sí, Ivonne siga contándonos.

Licda. Ruiz Barquero:

Después de hacer este recordatorio que hicimos sobre esta política de sostenibilidad, ahora vamos a ver cómo esto ha ido evolucionando en los planes tácticos de todas las Gerencias, todo el trabajo conjunto que hemos hecho, porque esta política tal y como se ha expuesto es como una gran sombrilla de estrategias generales y nos corresponde a nivel de toda la Institución, ya traducirlas en concreto y esto es lo que hemos tratado de realizar en un trabajo conjunto con todas las Gerencias, con Presidencia, la Dirección de Planificación y otras unidades técnicas. Nada más como antecedentes, estaríamos atendiendo diversos acuerdos de la Junta Directiva, entre ellos los que se acordaron cuando se aprobó la política de sostenibilidad, esto fue en el año 2018 y el último acuerdo que se relaciona con el de la semana anterior con identificar acciones concretas, para la sostenibilidad del Seguro de Salud. Después de la aprobación de la política comenzamos un proceso de implementación, este proceso tiene varias etapas, la primera es la divulgación y la

sensibilización de la política. La política fue publicada en la web en noviembre del 2018 y se encuentra disponible en la página web de la Institución. Se hizo un taller en el Hospital Blanco Cervantes con directores médicos y personal también del nivel central y, también, lo hemos socializado con la Auditoría y otras unidades ya en específico. Luego iniciamos la conformación de equipos de trabajo, cada Gerencia nombró un enlace y también, personas de planificación de cada Gerencia y comenzamos a trabajar la política, comentamos uno por uno los lineamientos priorizados, a desmenuzarlos a ver cómo la Gerencia que era más fácil que se identificó como responsable, en la priorización que hizo la Junta Directiva, cómo esa Gerencia podía aportar a ese lineamiento. Entonces, comenzamos a identificar productos o iniciativas con base en la meta que les menciona Andrey de mejor salud, mejores servicios y menor costo. Posteriormente, está la etapa de incorporación de planificación donde se realizó un análisis conjunto con Gerencia General, Dirección de Planificación y la Gerencia Financiera que pasó por una revisión -por decirlo así- donde pudimos hacer recomendaciones los planes tácticos de cada Gerencia, obviamente, cada Gerencia al final es la que decide cómo quiere plantear sus metas, pero sí se hizo por un proceso de análisis previo. Luego, se pasa a la elaboración de los planes tácticos, ya fueron presentados a la Junta Directiva y aprobados y esto, posteriormente, es una etapa de seguimiento y evaluación, la cual estamos coordinando y esta presentación de este informe es parte de esa etapa. La Junta Directiva priorizó 20 de los 40 lineamientos, entonces, está lámina nos dice cómo quedaron vinculados ese lineamiento en la planificación estratégica, según el enunciado. Entonces, en fomentos de estilos de vida saludable se priorizaron tres y los tres quedaron vinculados. En financiamiento priorizamos seis, igualmente, quedaron vinculados. En asignación de recursos, se priorizaron seis de ocho y quedaron vinculados. Ahí es donde nos falta un poquito más de trabajo, pero también entendemos que este es gestión eficiente y es el más pesado de todos, involucra a todas las Gerencias; entonces, en total tenemos una vinculación de 18 de 20 que sería un 90%. Esta es la distribución por Gerencia aquí hay unas que tienen más que otras, pero ese no es el tema, en realidad puede haber un solo lineamiento, pero que sea muy complejo de operativizar, entonces, no es por cantidad, pero sí nos dice tratar de ver que todos tenemos participación de una u otra manera en lo que es la sostenibilidad. Ya vamos a explicar con mayor detalle cuáles están en proceso y cuáles ya están totalmente vinculados. Estos cuadros que vamos a presentar ahora, es cómo se traducen esos lineamientos que acabamos de ver en los planes tácticos y cuáles son las metas que pusieron las Gerencias. Indicábamos por la línea base las metas del año 2022, lo que está más a la derecha es una valoración preliminar que ya realizamos de cómo visualizamos que esa meta pueda impactar la sostenibilidad, es preliminar y luego se fue puliendo con las participaciones. Entonces, vemos por ejemplo acá el primer lineamiento que tiene que ver con la promoción de la salud y entonces, corresponde a la Gerencia Médica y está proponiendo todas las acciones que tienen que ver con vacunación, ahí está la meta contra el virus del papiloma humano que tiene un alto impacto sostenible, si contrarrestamos esta enfermedad o prevenir más bien, entonces, vamos a ahorrar muchísimo costos futuros. También, está todos los tamizajes y exámenes relacionados con detección temprana de cáncer, muchos de estos tienen un impacto alto; con ayuda de la Gerencia Médica tratamos de ver cuál en términos de sostenibilidad puede tener más impacto que unos.

Director Steinvorth Steffen:

Una pregunta, en ningún lado observo hábitos sanos de nutrición, alimentación.

Licda. Ruiz Barquero:

Como tal no están establecidos, pero la Gerencia Médica, ya lo vamos a ver porque está más adelante, hay un plan de promoción de la salud que está proponiendo la Gerencia Médica, no sé si lo tenemos acá, pero hay un plan que lo están promoviendo, lo que pasa es que todavía no lo tenemos, está en el plan de la Gerencia, pero por eso nosotros estamos valorando a priori no sabemos qué contiene, pero sí esperaríamos que en ese plan de promoción de la salud que estén, digamos, cuestión de muy bajo costo que tengan un gran impacto en la sostenibilidad. Me parece que eso está por resultados.

Dr. Ruiz Cubillo:

Es parte de los ejes principales, promoción de hábitos de vida saludable y la prevención de enfermedades crónicas, lo que pasa es que el plan táctico de la Gerencia Médica como tal, no se ha presentado pero sí está planteado.

Licda. Ruiz Barquero:

Igualmente, siguen muchas acciones que se propusieron con la cobertura.

El doctor Macaya Hayes le da la palabra a doña Gabriela.

Ing. Murillo Jenkins:

Para darles una información y se vean las relaciones intergerenciales, hay una campaña que se montó y ahora está en la Gerencia General, en el área de comunicaciones la parte de alimentación saludable. Se contactaron a (...) Páez y estuvo haciendo visitas a diferentes lugares y cocinaban y se repartían recetarios y todo y causó muy buen impacto, entonces, no son acciones propiamente en la Médica, sino que hay otras Gerencias que contribuyen en diferentes aspectos, para que la meta pueda lograrse. Sí fue muy exitoso ese programa.

Licda. Ruiz Barquero:

Continuamos con el de cobertura de la prueba VPH para la cobertura en mujeres de 30 años a 64 años cumplidos, adscritas a las áreas presuntamente donde hay una mayor prevalencia de este tipo de cáncer. Entonces, esto tendría un impacto alto, si se logra detectar cuáles son las mujeres más propensas a tener este tipo de cáncer, entonces, podríamos lograr un impacto muy alto y veamos precisamente que es la zona donde hay mayor prevalencia. Tenemos también, aquí era donde estaba, sí está en el plan táctico de la Gerencia Médica está el Plan Institucional de Promoción de la Salud, está como tal y desarrollada la propuesta, entonces, por sí sola esperaríamos que tenga un impacto muy alto, habría que ya presentar el contenido para poderla detallar. Tenemos también la cobertura de las personas con diabetes, esta es una meta que consideramos muy importante, porque en el sector cuando ya la enfermedad está en un nivel avanzado, tiene un costo muy alto para la Institución y es un tiempo muy prolongado de la atención. Entonces, ven que tenemos dos metas relacionadas con diabetes, a una la establecimos un impacto medio, porque en la primera es la cobertura únicamente, es como detectar a la persona con diabetes, pero la segunda tiene un impacto mayor para efectos de sostenibilidad, porque esa es la persona que ya yo detecté con diabetes, cómo hago para mantenerla en un nivel controlado. Entonces, eso sí evita que la persona se desestabilice. Más adelante vamos a ver un índice que se ven en otros servicios, es decir, usted la mantiene en

un control, o sea, en un estado donde la persona no se descompensa. Igualmente, para el control de presión arterial, en la misma línea de enfermedad crónica y la presión arterial controlada. Tenemos también otra meta que tiene que ver con una conformación de equipos que podrían utilizarse para la salud mental integral de la salud. (...). Esta me parece que el impacto, le pusimos un poco bajo, porque hay que evaluar un poco cuál va a ser el efecto, antes de extender la iniciativa al país. En el otro eje de gestión con eficiencia y con calidad, aquí hay muchísima participación de todas las gerencias, tenemos el caso de la gestión hospitalaria que es un tema que nos interesa muchísimo. Vimos en la lámina anterior que presentó Andrey, que el consumo de los recursos está en 72%, entonces, nos interesa mucho ver cómo se están utilizando estos recursos. Existen varios indicadores que tienen que ver con la reducción del promedio de días de espera, de días de espera para procedimientos quirúrgicos de diversos tipos. Más o menos con base en la prevalencia de esos procedimientos se saca cuál va a ser el impacto, entre más alta la posibilidad o el padecimiento que se está atacando, entonces más alto sería el impacto. Tenemos un impacto mayor identificado para la sostenibilidad de aquella reducción de días de espera, por ejemplo, en cirugías mayores ambulatorias, que lo que hacen es disminuir la estancia hospitalaria, entonces esa viene con doble efecto, aumenta la oportunidad de la atención para el paciente, pero también disminuye grandemente los costos. Entonces, ese tipo de iniciativas dan más salud, mejor servicio a un menor costo, por eso tienen un total, por decirlo así, más alto en términos de contabilidad.

Dr. Ruiz Cubillo:

Es importante recalcar que esto lo hemos venido trabajando en conjunto, entonces, esto ya está dentro del plan táctico, son objetivos que ya vienen planteados dentro de lo que estamos haciendo.

Licda. Ruiz Barquero:

Como les decía, todo lo que es la inversión del aumento de cirugías mayores ambulatorias y la disminución del número de días, entonces ahí se estaría visualizando. Tenemos también en Consulta Externa Especializada la de los diagnóstico del ultrasonido, pero sí puntualizamos aquellas que tienen ese impacto un poco mayor. En el lado de las compras la Gerencia de Logística propone la realización de compras consolidadas y convenios de marco de bienes y servicios, esto es para aprovechar las economías de escala. Se parte de la línea base de 5) al año, me parece y se va a llegar a 13).

En realidad la Gerencia de Logística incluye dos por año, pero para hacerlo comparativo con las demás gerencias el aumento, lo estamos tomando y lo que implica que en el período 2019-2022 vamos a tener, al menos, trece compras consolidadas que nos va a dar una reducción en los costos. También se tiene una meta relacionada con el porcentaje de abastecimiento que es mantenerlo en un nivel bastante alto, como ya lo tenemos ahora. En cuanto al uso de tecnologías de información por parte de la Dirección de Tecnología, se ha propuesto una meta que es relacionada con reducir el costo de las contrataciones para la plataforma de comunicaciones del Primer Nivel de Atención, esa está incorporada ahí, tiene un impacto medio para la sostenibilidad. Tenemos, también, lo que es la parte de recurso humano en la Dirección de Administración y Gestión de Personal, tenemos lo que es el desarrollo del sistema de información y todos los ajustes que han venido dándose por la Ley de Fortalecimiento, posiblemente, vayan a tener un impacto muy alto en las proyecciones de ingreso si llega del Seguro de Salud, entonces por eso ese impacto está en ese nivel. Tenemos también lo que es el porcentaje de avance en el desarrollo de implementación de un Modelo Gestión

por Competencia. Ahí a veces tenemos lineamientos que son muy amplios. Este lineamiento de gestión por competencia no incluye solo la gestión por competencia sino que incluye también la modalidad de contratación, pero en estos casos el experto en cada materia decide por cuales segmentos es conveniente iniciar. Existen otros lineamientos, recuerdan que en el eje de gestión con calidad eran ocho lineamientos, pero se vinculan seis únicamente. Tenemos cuáles son los que están quedando todavía pendientes de vincular serían estos dos lineamientos, pero no significa que no se haya efectuado acciones al respecto. El primero de ellos tiene que ver con fortalecer la gestión estratégica y competencias de la Junta Directiva. Este lineamiento ya ha sido trabajado en dos partes, la primera tiene que ver con la Secretaría de Junta Directiva, es un trabajo que ha venido llevando a cabo la Dirección de Planificación y ya está bastante avanzado, tiene un avance cercano al 80% y la segunda tiene que ver con lo que es el cuerpo gerencial. Acá la Gerencia General está tomando el liderazgo en este lineamiento y va a presentar un plan de abordaje, cómo hacer para los niveles de decisión sean más amplios, para que la oportunidad de la resolución sea mayor y cosas que se pueden resolver en niveles inferiores no tengan que llegar hasta el nivel gerencial. El otro que está en proceso de vinculación tiene que ver con el Modelo de Atención, este modelo recordemos se venía trabajando y ya hay un desarrollo escrito, ya hay un desarrollo importante con el diseño, puede ser modelo, por eso la parte uno estaría 100% construida, lo que falta de vincular y de incorporar el plan táctico sería cual sería el plan de implementación, esto está en proceso de análisis por parte de la Dirección del programa de fortalecimiento y tendría un impacto alto. En cuanto a asignación de recursos, todas las metas que se habían propuesto están incorporadas en la planificación estratégica, lo que es el presupuesto por resultados, lo que es la aplicación de los GRD en hospitales que plantea que al 2022 se tengan cinco hospitales, cuya asignación de recursos tenga que ver con los grupos relacionados de diagnóstico. El impacto realmente de lineamiento es básico, pero la implementación de este tipo de medidas va a ser paulatina, es realmente de tiempo, entonces como únicamente es cinco, por eso el impacto es débil, pero se supone que sí, al extenderse a todo, cuando se logre implementar en todos los centros médicos pues va a tener un impacto mayor. Igualmente en las áreas de salud, se espera que para el 2022, 20 áreas de salud tengan un presupuesto en donde se contemplen elementos prospectivos.

Director Loría Chaves:

Viendo el plan, el plan está, coincido con el doctor Cervantes en la parte medio ambiental y ahora casi hasta de cambio climático, es solamente dramática, pero en el tema de la asignación de recursos me da la impresión de que, bueno, obviamente, algunos postulados hace falta desarrollarlos más, es obvio y normal, pero yo pienso que deberíamos de valorar muy claramente con respecto de los objetivos que tenemos, cómo revertimos la inversión del Segundo Nivel de Atención al Primer Nivel de Atención, es decir, en el 2015 les designábamos a hospitales de Tercer Nivel un peso tal de presupuesto y a los de Primer Nivel un peso tal, obviamente de acuerdo al volumen y todo lo demás. Una de las metas debe ser la reversión de esa inversión de esa asignación de recursos, porque en la medida en que usted invierta más en hospitales, usted está aceptando que usted tiene un modelo curativo 100%, 1000 x 1000, y usted se está rindiendo, eso es como dialéctico, es proporcionalmente inverso, entonces, en la asignación de recursos no, cómo se refleja esto, se habla de que hay que fortalecer el primer nivel de atención y todo lo que usted quiera, pero cómo hay una meta, un objetivo que lo plantee en esos términos, “al 2025 la situación va a ser esta con respecto de la asignación de recursos del primer nivel” o al 2030, porque si no nos ponemos esas metas así de rigurosas, tenemos el postulado y todo el mundo tiene muy claro que hay que invertir en el primer nivel y en atención de salud, pero eso tiene que reflejarse en metas y en acciones que

usted diga “esto lo puedo revertir”. Básicamente, esas son mis observaciones, yo veo el plan muy completo en términos generales, porque abarca todos los puntos cardinales pero, por ejemplo, en temas de que habla de fortalecer la cotización de la formalidad y otros grupos que no están tan formales, eso es un temazo que tiene que ver con que además, la estructura pronta y este país a las 2:00 de la mañana cambió, ahora servicios fundamentalmente más del 45% está en servicios en la economía más que la industria. Estamos también con limitaciones que están fuera de sus manos, pero que deberíamos de poder hacer cosas puntuales para decidir en eso, por eso tenemos que hacer como cambio social algo para decidir en la informalidad y algo para decidir en el empleo, etc. Ligado a eso me falta un poco el desarrollo más de un concepto, que yo creo que (...) en Junta Directiva, que es el concepto de que la Caja no puede ser responsable de todo y dentro de ese concepto se desarrollan algunos lineamientos, desde ligarse a la municipalidades y demás, eso desarrollado excepcionalmente porque ahí tenemos una piedra angular de la estrategia, es decir, cómo ponemos con la política de autocuidado de salud la participación comunal, todo eso que le permita decirle a la gente “¿saben qué? La Caja no es responsable de todo”.

Licda. Ruiz Barquero:

En cuanto a la primera intervención sobre las inversiones, en realidad es muy interesante lo que dice don José Luis Loría porque tenemos el 2017 el presupuesto, justamente, porque cuando se presentó la política de aquel entonces el gasto es el mismo, entonces tiene toda la razón. Hay otros países, por ejemplo, de acuerdo con el caso que mencionaba un experto que vino acá, el de Israel, se invierte 56% de presupuesto en atención primaria. Claro, eso no se logra de la noche a la mañana y tiene que ser muy ordenado. Me parece que para hacer un cambio de esa magnitud se requiere un trabajo obviamente en conjunto con la Gerencia Médica, porque la prestación va de la mano con la financiación y entonces, decidido el modelo de atención podríamos ver cuánto cuestan los cambios que implican ese modelo e iría entonces aparejado con la presupuestación, lanzarlo una sin la otra, creo que no sería muy prudente, pero sí me parece que es muy acertada la intervención en términos de que si realmente se quiere hacer un cambio en cuanto a fortalecer el primer nivel debe ir acompañado con una presupuestación para el primer nivel mayor.

Director Loría Chaves:

Lo otro es que se había aprobado alinear a todo mundo con esto, porque por ejemplo, yo escuchaba mucho al doctor Ruiz, al doctor Cervantes decir reducir las brechas de los EBASIS, de ampliar los horarios a un segundo turno, o uno vespertino en los EBASIS. Yo comparto absolutamente, porque eso se supone que va a llevar un mejor servicio. Un director a un programa de radio es otra línea diferente, un director de la Caja, entonces, yo digo “¿a dónde va este muchacho?” Entonces, alinear a la gente en toda la información es muy importante.

El doctor Macaya Hayes le da la palabra a don Christian.

Director Steinvoth Steffen:

¿Yo no sé en esta presentación hasta qué punto se tomó en cuenta el proyecto de reestructuración?

Licda. Ruiz Barquero:

Nosotros tuvimos sesiones de trabajo con el proyecto, de hecho el proyecto reestructuración cambió el orden de los responsables de las metas, porque varias unidades se trasladan hacia otras dependencias. Entonces, también coordinamos con las nuevas dependencias que asumían las funciones y sí tuvimos coordinación con doña Julia Li, discutimos la política en primer término igual como se hizo ahorita, le entregamos el documento para que ella pudiera leer, hacemos las observaciones, sobre todo nuestra preocupación era que lo que se estaba proponiendo a nivel de política no fuera a contravenir ningún lineamiento que ella conozca en términos de la reestructuración. No había nada que contraviniera lo que se está visualizando en cuanto a la reestructuración, entonces seguimos adelante tranquilos ya con la concesión de las metas con cada responsable. Sí hemos tenido la comunicación con ellos y nos parece que la política no riñe de ninguna manera con el proceso de reestructuración. Tratamos de que no hubiera en las metas nada relacionado con creación de estructuras, precisamente para no intervenir en el proceso que está llevando el proyecto.

Director Salas Chaves:

¿Falta mucho de esto, vamos a ver todo eso, los esperamos para hacer los comentarios de fondo?

Licda. Ruiz Barquero:

De hecho tenemos esta última de asignación de recursos que tiene que ver con inversiones estratégicas, ahí se ha desarrollado un estudio que está presentado al Consejo Presidente de Gerentes y se están buscando para posteriormente se conozca en Junta Directiva. Tenemos acá lo que es el financiamiento para una cobertura universal, acá está en el plan institucional lo que es el diseño de la nueva fase de financiamiento. La presentación que hace cada gerente se puede detallar un poco más cada una de las medidas, existen diferentes propuestas de leyes o modificaciones reglamentarias que nos ayudarían a tener ingresos no contributivos para el Seguro de Salud. También tenemos lo que es la generación de cuotas del servicio de Inspección y una meta que instruye el uso de tecnologías y sistemas de información, para lo que es fiscalizar a patronos y trabajadores independientes, esto consiste en unificar, obtener información de diferentes bases de datos por las cuales el servicio de inspección va a saber hacia dónde dirigirse específicamente. Va a poder conocer cuáles entidades, cuáles profesionales tienen mayor indicio de evasión, entonces nos va a servir como institución para poder enfocar hacia esas unidades. Tenemos esta que era lo que hablaba el señor Loría sobre la propuesta para el aseguramiento de los grupos de difícil cobertura. Se ha llevado lo que es recolectores de café, lo que son las Pequeñas y Medianas Empresas (Pymes) ya tienen un grado de avance importante y existe la propuesta que se ha presentado. Se ha permitido a la Gerencia, para promover el aseguramiento de los trabajadores independientes y asegurados voluntarios, ya con mayor detalle se les podrá presentar. También está la recuperación de los adeudos, hace poco también se presentó también lo que es la certificación de que son los arreglos de pago y esperamos que eso tenga un alto impacto, en cuanto a la recuperación de los adeudos por contribuciones. En lo que a la mora patronal la meta es mantenerlo, porque realmente está bastante baja 0,8%, en lo que es trabajador independiente sí se está proponiendo una meta más agresiva, por ende el impacto sería más alto, se está proponiendo pasar de 36% prácticamente de mora en la actualidad a un 24%. Y por supuesto estaría la meta relacionada a la implementación del modelo de costos en un 22%, tal como lo recomienda la evaluación actuarial, es una necesidad contar con un modelo de costos que sea ajustado a las necesidades de la Institución, tal como lo refleja la evaluación, es una necesidad contar con un

modelo que sea ajustado a las necesidades de la Institución. Está también lo que es el ERP, que debería estar listo al 2022, el plan de innovación y fortalecer los órganos de control a la hora de asignar los recursos, como son el complejo financiero y el control presupuestario. Algunas recomendaciones después de ver todo este mapa de metas que se han propuesto, cosas que creemos que podrían fortalecerse son las siguientes, lo que mencionaba del primer nivel de atención, las metas concretas para el cierre de brechas, el plan, ya el desarrollo del plan de promoción de la salud, formación de especialistas en Medicina Familiar, y cómo podemos realmente hacer para aumentar la resolución del primer nivel, eso sí está, pero parece que hay que reforzarlo un poco más. Lo que es la gestión de la eficiencia en calidad, vemos que hay que puntualizar, es lo que está trabajando la Gerencia Médica, puntualizar cómo va a hacer la implementación, que hay que realizar ajustes al modelo que se tiene diseñado y cómo se va a hacer la implementación, cuánto va a costar también, ir viendo esos aspectos. La evaluación de tecnología sanitaria, tenemos una vinculación en este momento por parte de la Gerencia de Infraestructura, pero esta vinculación se refiere a la realización de ciertas actividades, como el foro que se ha programado, que son muy importantes, pero que el lineamiento realmente va más allá, el lineamiento lo que requiere es cómo vamos a implementar la evaluación de tecnologías sanitarias, entonces, en este caso faltaría ir más allá y también estamos a la espera de qué se resuelve por parte de la reestructuración, en qué se va a hacer en el sistema. En gestión hospitalaria es importante que todos estos sistemas de información, lo que es el EDUS, toda la información que se dispone podamos utilizarla para tener indicadores que no hablen de cuál es la gestión de los hospitales y cómo poder mejorar. También en lo que es la centralización, automatización y visualización de procedimientos o servicios específicos, muchas veces pasa que se introduce la tecnología y todos los centros desean tenerlo, pero realmente tal vez se requiere como profundizar el análisis ya a nivel de red, de si es necesario que esté en todos los lugares o en algunos centros específicos, y que los pacientes sean remitidos hacia esos centros, entonces se estaría abordando también en el modelo de atención. En la asignación de recursos, las propuestas que se han planteado, sabemos que requieren de tiempo para poder implementarse, lo que es GRD ahí se quiere seguir trabajando arduamente, para poder lograr la meta al 2022 y en inversiones se ha avanzado, la Dirección de Planificación ha presentado propuestas para la creación, juntamente con la Gerencia de Infraestructura, para la creación de una PMO para poder evaluar cuál es el impacto del portafolio de inversión en la prestación del Seguro de Salud, y creemos que hay que seguir en esta línea. Es muy importante que se establezca como nivel de procedimiento institucional, evaluaciones antes de los proyectos y evaluaciones post, creo que a la Institución todavía le falta avanzar en ese tema, ver en un proyecto ya concluido, cuál es el resultado en términos de los servicios, si realmente se está impactando en lo que se proyectó, lo que queríamos que impactara o no, entonces este tema tiene que desarrollarse más en términos de sostenibilidad. En el financiamiento, definitivamente el modelo de costos es una necesidad y las fuentes de financiamiento también, y reconocemos que la Institución tiene una capacidad un poco limitada para aumentar sus ingresos, ya las contribuciones están en un nivel relativamente alto, entonces, hablar de aumentar contribuciones tendría que valorarse muy bien, por otro lado, nosotros podríamos proponer leyes o alguna otra fuente, pero la aprobación de esa ley no depende de la Institución. Pasamos ahora a ver algunos casos prácticos, nos parece que este ejercicio de sostenibilidad ha sido muy rico en el sentido que hemos podido trabajar en conjunto todas las gerencias con el objetivo común de la sostenibilidad, inclusive alinear con los planes tácticos hacia ese objetivo. Queremos presentar dos ejemplos que tratamos de ir un poco más allá y ver cómo impacta una medida de una gerencia específica, que no sea financiera, en la parte de costos, entonces, el compañero Andrey les va a presentar el primer caso.

Lic. Sánchez Duarte:

En este primer caso, efectivamente, hay una participación activa de la Gerencia de Infraestructura, la Gerencia Médica y nosotros ya en el levantamiento de lo que son esos datos, en la inclusión de una tecnología en la prestación de los servicios de salud y como esa tecnología puede llevar a generar algunos ahorros en términos de eficiencia y aquí tenemos el caso de la displasia benigna de próstata, que es un caso de crecimiento de la glándula prostática, ahí los médicos podrán conocerlo más, el Dr. Salas, esta es una comparación de la tecnología tradicional versus el láser que se ha venido implementando en algunos centros y que de hecho se hizo un estudio por parte de la Gerencia de Infraestructura para poder recomendar, en términos institucionales, generar algún aprovechamiento, entonces mostramos aquí en este cuadro un resumen del total de los casos de ese diagnóstico por centro de salud, por centro hospitalario y vemos que en términos generales, si aplicamos el procedimiento tradicional, que es una cirugía que generalmente requiere cinco días de estancia hospitalaria y esos cinco días a veces se complican o generan algunas situaciones en la salud de las personas, incluso, generan a veces reingresos por las mismas complicaciones que tiene, si tuviéramos esa aplicación, como se ha venido desarrollando tradicionalmente, tendríamos un costo de seis mil setecientos millones de colones en lo que es un año, el año que tomamos como referencia fue el 2018 y un supuesto con la implementación del sistema láser, porque este láser lo que hace es que es mínimamente invasivo y no requiere una hospitalización, es ambulatorio, el mismo día el paciente se puede ir hacia su casa y no tiene tantas complicaciones, como es la técnica tradicional, en esa comparación en los casos que se han presentado y los casos que se podrían atender con esta nueva tecnología, se tendría un ahorro estimado de cinco mil ciento cincuenta millones de colones, que podrían ser utilizados para atender otras necesidades, ahora bien, esto en términos generales es un análisis, todavía siguen algunos pasos hacia adelante, en el ordenamiento y la visión de sostenibilidad, es el trabajo con las redes, con la Gerencia Médica, en definir, bueno, ahora sí, dependiendo los casos y la presentación en algunas regiones, a esas sí les podemos autorizar el uso de la tecnología, para que se aproveche al máximo, por decir, aquí los hospitales nacionales tienen el uso de la tecnología, será necesario que un solo hospital nacional contemple esa tecnología para poder aprovechar, porque si no lo que pasa es que los mismos hospitales regionales o periféricos quisieran tener la tecnología, quisiera comprarla, quisieran mandar el especialista a capacitarse y quisieran tener de todo, pero aquí es donde continúa un ejercicio de poder definir en conjunto cuáles son las prioridades del uso de la tecnología, entonces, eso es un primer caso que habla de un esfuerzo en conjunto que quisimos mostrar, muy interesante para nosotros porque hay una participación de las diferentes gerencias.

Ing. Murillo Jenkins:

Un ejemplo muy bonito, esto es un caso de evaluación de tecnologías, que es cómo a través de un análisis económico y además, tomando en consideración temas de medicina basada en evidencia, o sea no es lo que la casa comercial le da, es lo que la evidencia científica está acreditada en bases de datos que son objetivas, esto lo que hace es que apoya la toma de decisiones de cuándo incorporar una tecnología y cuándo no, entonces es un poco lo que hablábamos de soltarnos de esa influencia comercial en que estamos, todos estamos inmersos en el mercado, eso no es malo, pero hay que aprender a comprar, hay que aprender a ver qué se incorpora, bajo qué criterios, y esto es un ejemplo muy bueno. Si pudiéramos aplicar esto en muchos otros tipos de adquisiciones, podríamos tener una base para tomar decisiones mucho mejor y es que hay ahorros que a veces en la inversión inicial dice que barato, vea el caso de una impresora, qué barato una impresora,

veinticinco mil colones, y cuando usted va a comprar las tintas, pagó más en tintas que en lo que gastó en la impresora, entonces, y en esto hay otros temas, años de vida ganados y hay otros indicadores que se toman en cuenta, este es el tipo de ejercicios que hacen en Europa, en España, en muchos países de América, para poder incorporar tecnología y usar los dineros de la mejor forma con base en esto, yo creo que es un ejemplo de cómo el trabajo intergerencial puede introducir este tipo de resultados, sí.

Directora Solís Umaña:

En este cuadrado no pusieron la cantidad de urólogos que había por hospital, porque uno puede ver también otro rubro, la eficiencia, pero desde esa patología.

Directora Abarca Jiménez:

Iba sobre lo mismo que estaba diciendo la doctora, porque si ahí en ese cuadrado uno se pone a ver qué es lo que determina el costo de ese procedimiento, es la estancia media y hay diferencias significativas entre un hospital y otro, tenemos 1.8) en el Calderón Guardia y otros dos hospitales en 8.9).

Lic. Sánchez Duarte:

Perdón que la interrumpa, en ese caso del Calderón, ese es uno de los que habían ido desarrollando la tecnología, entonces por eso el promedio.

Directora Abarca Jiménez:

Ok, ya, ya, entonces es la estancia media lo que determina el costo, entonces no, retiro lo dicho, no aplica lo que iba a decir. Pero sí quiero decir que me gusta mucho el trabajo que hicieron, es un trabajo bastante completo, vienen los lineamientos, es una buena hoja de ruta y comparto las sugerencias que expuso Ivonne, especialmente en el trabajo que tenemos que hacer en el primer nivel de resolución, porque sí extraño metas cuantificables y específicas y medibles, especialmente de la Gerencia Médica, creo que ahí la Gerencia Médica se debe involucrar un poco más, afinar más el lápiz y entiendo que nosotros no hemos podido ver los planes tácticos de la Gerencia Médica, pero inclusive valdría la pena, ya una vez que hemos recibido esto, pues sentarse y afinar un poco más el lápiz en ver cómo aumentamos ese nivel de resolución y lo otro es que, ustedes expusieron muy bien, que un 72% del gasto del seguro de salud se va a hospitales, extraño también los indicadores de gestión hospitalaria, si un 72% del gasto se está yendo a hospitales, nosotros necesitamos medir de una manera sistemática y periódica cómo se está administrando ese gasto en los hospitales y eso es a treves de indicadores de gestión.

Lic. Sánchez Duarte:

Finalizando este caso, este sería un ejercicio de lo que se podría tener en cuanto a ahorros y aprovechamiento de la tecnología, ahora viene otro caso que es también cómo se refleja la gestión de la Gerencia Médica en un análisis intergerencial.

Licda. Ruiz Barquero

Esta es una meta concreta de la Gerencia Médica, para este planteamiento dispuso que iba a mejorar, aumentar el control óptimo de los pacientes con diabetes tipo dos, mediante -los doctores conocen mejor- hemoglobina, creo que es un examen que se hace para determinar el nivel de la diabetes. Partimos de un 45.5%, 2018 y se va a llegar en 2022 a un 51% de pacientes en control óptimo, esto es la cobertura. Dijimos eso, cómo el tener pacientes crónicos controlados, cómo nos va a impactar la sostenibilidad, cómo logramos enlazar esos dos, el financiero y el médico para ver cómo los impacta, entonces hicimos un ejercicio con la ayuda de la Gerencia Médica y con la Dirección de Compra de Servicios de Salud, del Área de Estadística de Salud también, y la Dirección Actuarial, tomamos datos de la Dirección Actuarial y logramos determinar ir bajando esta información hasta obtener los resultados de atenciones evitables y costos evitables también. Entonces lo primero que tradujimos fue, bueno, esta cobertura cuántas personas significan, porque es la persona realmente lo que nos interesa saber, entonces actualmente tenemos 93.000 personas en control óptimo, pero vamos a llegar con la meta a 121.000 personas al 2022, en total vamos a aumentar la cantidad de personas con control óptimo en veintiocho mil seiscientos catorce. Eso significa que una persona que no está en control óptimo podría llegar a hacer uso de urgencias, porque se descompensa, de consulta con especialistas, por alguna complicación, podría ir a hospitalizarse, o podría tener incapacidades, cualquiera de las tres, entonces con la ayuda de la Dirección Actuarial, vimos cuál era la frecuencia en que una persona que no está en control óptimo hacía uso de estas atenciones y por otro lado tenemos el costo de estas atenciones. Logramos identificar año a año, conforme la meta va creciendo de persona con control óptimo, cuántas atenciones podríamos evitar en cada una de estos tipos tenemos, por ejemplo, que se evitarían 23.000 urgencias, se evitarían 93.000 consultas especializadas, 2.274 egresos y 2.188 incapacidades, esto considerando solamente las causas directas de diabetes, porque hay muchísimas otras causas indirectas, por ejemplo, las amputaciones y otras complicaciones que se deberían ver, esto es sola la causa directa, traducido en costos, tenemos que esta meta de la Gerencia Médica, nos podría llegar a generar un estimado de veintidós mil millones en costos evitables, en el transcurso de todo el periodo, ahora, para ser más finos aún, mantener a esta gente en control óptimo tiene un costo, porque ellos tienen que ir al control con el médico, entonces, le podemos restar el costo de esas consultas y el ahorro neto ajustado es de diez mil millones de colones. Pero ¿qué significa esto? Esto es solamente una línea de intervención, si nosotros logramos unir más líneas de intervención, podríamos llegar a estimar eventualmente un impacto mucho mayor en los egresos, se ahorraría el gasto del seguro de salud, igualmente podrían hacerse ejercicios con los pacientes con cáncer, de los pacientes que detectamos a tiempo, cuántas atenciones evitables estamos teniendo y cómo se traduce esto, entonces, esto fue como una pincelada que quisimos hacer, un primer ejercicio que se puede perfeccionar muchísimo, pero sí quisiéramos que en colaboración con otras unidades podamos seguir desarrollando para nosotros saber que estas letras que se están proponiendo, qué implicación van a tener en la sostenibilidad del Seguro de Salud, esto es un ejemplo pero sí queríamos presentárselos, porque creemos que la etapa que sigue, es empezar a trabajar conjuntamente y cuantificar. Esta es la última y las consideraciones que tenemos, la política es un marco referencial, es un marco teórico, es ajustable y perfeccionable, no es un fin en sí mismo, como que todos los lineamientos tienen que tener una acción, no, es una orientación, que podemos ir moldeando de acuerdo con los resultados que vayamos teniendo, la sostenibilidad y llevar adelante acción de sostenibilidad requiere seguir contando -que lo hemos tenido- con el apoyo de las más altas autoridades de la Institución, sin el apoyo de ustedes no se podría llevar adelante una política tan ambiciosa e integral como esta y la Gerencia Financiera, en coordinación con la Gerencia General, Presidencia Ejecutiva y demás gerentes, vamos a continuar

el trabajo, de inscribir iniciativas y seguir incorporándolas en la planificación para poderlas medir. Se considera oportuno evaluar, como lo hemos hecho en estos ejercicios, si es posible, de todas estas variables que se están proponiendo, cuáles son las más relevantes, cuáles tienen más impacto para efectos de su sostenibilidad y eventualmente las que tengan más impacto, hacer un trabajo con la Dirección Actuarial para ver si podemos reflejar ese impacto en el mediano y largo plazo, en las proyecciones de ingresos y egresos del Seguro de Salud, o bien, en algún estudio específico de variable. El último punto es para valoración, si se considera oportuno por parte de los miembros de Junta Directiva, valorar establecer una comisión del alto nivel con participación de otras unidades, para que inicie en el liderazgo y en la coordinación del seguimiento de este tema. Esto sería entonces la intervención, muchísimas gracias.

El Presidente Ejecutivo da la palabra al Dr. Salas Chaves.

Director Salas Chaves:

Muchas gracias y muy buenas tardes a todos y a todas, me parece que esto es una reunión muy importante, aquí yo pienso que falta alguna gente estratégica, Manuel Rodríguez, por ejemplo, me hubiera encantado tenerlo aquí, por lo que él representa, desde el punto de vista de lo que él hace y por él mismo, pero por supuesto los directores de hospital. A mí me parece que son otros personajes fundamentales, los directores regionales y sin duda alguna los directores de servicios de salud, en los hospitales. Si ustedes ven esos cuadros de atrás, todos fueron jefes de servicio, de ahí salieron, jefes de servicio, no eran los políticos de turno, sino que eran jefes de servicio; entonces, es importante, porque ustedes se dan cuenta de que eran líderes en su servicio, ese fue un esquema con el cual arranca la Institución, 78 años atrás no necesariamente tiene que ser más de esto, cuando hablábamos con el director de pensiones de la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS), o no me acuerdo cuál de estas, yo le preguntaba, por qué tenemos ese rezago en pensiones, a mí me preocupa muchísimo, pensiones no tiene el mismo nivel de salud. Entonces, me decía (...) están pagando el precio, así mismo, estaba aquí en este salón, todo eso son situaciones que se dan en un momento dado de la historia de la Institución, pero evidentemente el liderazgo, el tener una notoriedad, el poner en ejecución planes, que son señeros, que cambian el curso de los acontecimientos, son importantes y eso no tiene que ver con estar en la Avenida Segunda, con estar en la cuarta o en la quinta, eso ocurre en cualquier parte y ustedes lo saben muy bien. De manera que yo pienso que este esfuerzo que el Presidente nos ha traído hoy aquí a la Junta, es un esfuerzo importante que estaríamos como inaugurando hoy de alguna forma, esto debería continuar, porque nosotros creemos que hay una situación importante, don Guillermo nos trajo hace una semana, el informe de la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud, ya ustedes conocen, porque me contaron que lo habían discutido en una sesión y eso encendió las luces, de que parece que los gastos se disparan a partir del 2027 y estamos con problemas de sostenibilidad, pero yo pienso que esas cosas son temas de oportunidad, tomémoslo como una gran oportunidad para empezar a hacer cambios importantes, ahora si seguimos haciendo lo mismo, los resultados serán exactamente iguales, o sea en otra dimensión, si queremos resultados diferentes, vamos a tener que hacer las cosas diferentes, cuando uno está en una institución de 78 años o por ahí, eso cuesta, mover una danta de esta categoría, no es fácil, se los puedo asegurar con absoluto conocimiento, sin embargo, si yo cojo el documento, que lo conocí en el 2018 y lo presentaron exactamente Andrey e Ivonne, el comentario de entonces fue, al Presidente, Presidente, eso es lo que nosotros sabemos hace mucho tiempo, quién duda de que hay que hacer más eficientes las cosas, quién duda que hay que hacerlas con calidad, quién duda que hay que hacer esto y lo otro,

la respuesta del Presidente fue, de entonces, sí, pero no estaba escrito, ahora está escrito, ah bueno sí, hubo un esfuerzo de recoger eso en un documento y me parece que el documento es muy valioso desde ese punto de vista, porque uno puede avanzar y trabajar sobre el documento, ahora, si lo que queremos es y yo no usaría más el tema de sostenibilidad, yo pienso que eso es un problema interno aquí, que nosotros tenemos que manejar internamente, si no, por qué no pensamos en la Caja del 2030, 2050, qué se requiere para tener una Caja en el 2050. Yo plantearía algo así muy futurista, muy prospectivo, muy para adelante, qué se requiere para llegar allá, mucho está enunciado aquí en la política, sin embargo, si yo sigo con la metodología que aquí se plantea, no va a pasar mayor cosa, se los quiero adelantar, no va a pasar nada, porque probablemente ese es el esquema de los 78 años atrás, cuando nosotros hablamos en este país, por qué nada pasa en este país, por qué nada cambia, alguien me ha dicho esto y yo creo que tiene razón, si uno revisa las leyes que lo organizan, todas tienen por lo menos 60 años, las leyes fundamentales de este país tienen 60 a 70 años algunas, entonces estamos funcionando con las leyes que rigieron al país hace 70 años, que no tienen nada que ver con la circunstancia actual, hoy este es otro país y es otro país gracias al Seguro Social, sin duda alguna el Seguro Social ha sido uno de los grandes responsables de que tengamos una sociedad hoy que está en un momento de transición, qué seguirá para adelante, no sabemos, pero que el pasado fue exitoso, sin duda alguna, pero ahora hay otros aspectos que hay que tomar en cuenta y yo pienso que sí exitosos a qué precio, porque deberíamos buscar un precio que sea posible para poder garantizar una Caja en el 2050, cuál es la Caja del 2050, no es mucho, si ustedes se dan cuenta son como 30 años, no es nada, en qué momento pasaron estos setenta y resto de años, entonces deberíamos de hacerlo sobre bases completamente distintas, a mí me parece que la Caja tiene una oportunidad enorme, porque los tiene a ustedes que son gente con camiseta puesta, que quiere a la Caja, que quiere hacer cosas por la Caja, que por supuesto queremos que sea la mejor institución de este país, ahora, cómo hacemos para convertir esa emoción en hechos concretos, cuál sería el motor del cambio, porque si yo agarro esto para arriba y para abajo y si no encuentro un motor de cambio aquí, no va a pasar nada, o sea tengo que encontrar algo que motive a la gente. Cómo se hace para motivar a la gente en un momento en que está, en mi interpretación, que está realmente llena de mil otros factores, si ustedes prenden la televisión y su celular, mil temas a la vez, donde la gente se pierde en un montón de elementos, que podrían ser motivadores algunos, pero que no tienen la posibilidad de concentrarse en algo concreto que le permita decir con esto me voy para adelante, estoy seguro que lo logra, yo no tengo la respuesta, sin embargo uno podría examinar. Por ejemplo, los datos que planteaba Fabiola me parecen importantísimos y lo que decía Andrey, con respecto del gasto cómo se estructura a nivel hospitalario esencialmente, ahí tenemos que es un 72% a nivel hospitalario, pero eso no va a cambiar, eso no va a cambiar, los hospitales van a seguir consumiendo una enorme cantidad de recursos, porque la tecnología que no hemos visto, hoy por ejemplo millones de dólares enteros por medicamentos que son de uso hospitalario fundamentalmente, eso no va a cambiar y la tecnología que estamos utilizando cada vez más costosa. De manera que yo no me hago ilusiones creyendo que vamos a bajarlo a 50% como en Israel, sí, es que Israel es productor de la tecnología, Israel produce los medicamentos, Israel produce un montón de cosas que se dan ahí mismo, yo más bien buscaría un modelo que fuera más parecido a lo nuestro, a mí me parece que los países escandinavos ofrecen un esquema que es de seguridad social, no nos sirve compararnos con países que no tengan Seguridad Social, Seguridad Social evidentemente, pero con una racionalidad muy grande, donde el componente hospitalario cumple una función muy concreta, muy definida, pero el componente ambulatorio cumple otro muy importante, que no es el que tenemos actualmente, no es el EBAIS, efectivamente ya no lo es, uno esperaría del EBAIS una resolutivez muchísimo mayor para que apoye al hospital, de lo contrario es imposible. El EBAIS tiene que hacer mucho más, ahí es donde hemos planteado la

necesidad de un médico de familia por ejemplo, probablemente se va a requerir geriatras, porque la población se envejeció y entonces ahí no todo el mundo maneja bien el tema de la Geriatria, para decir algo. Yo pienso que mucho podríamos hacer si podemos identificar esas dos cosas, cuál sería ese motor de cambio, de transformación que nos motive a todos, uno dice, pero claro es por aquí el asunto, cómo hacemos para encontrar eso. Yo propongo, pensando un poco en lo que uno ve para arriba y para abajo, por ejemplo, el fortalecer la gestión hospitalaria, a mí me parece que hay que ir a trabajar al hospital, si no vean ustedes, quienes están aquí dirigiendo gerencialmente esto, un director de hospital, el Dr. Roberto Cervantes, otro director de hospital, un jefe de servicio, se cumple lo que estaba diciendo de un jefe de servicio, estos dos personajes, sin duda alguna podrían identificar a dos o tres, no se necesitan más, dos nada más, Heredia, el Calderón Guardia, el San Juan de Dios, porque ahí está una persona que es garantía, la Dra. Balmaceda, que es una persona que pasó por aquí y conoce las dificultades y los enredos. Bueno, pero quien tenga un liderazgo, que pudiera servir de vitrina ese hospital para mostrar cómo se puede gestionar un hospital bien, pero no con esa dependencia de la avenida segunda, sino que fortaleciéramos la gestión allá, local, ellos tienen un presupuesto anual que elaboraron entre todos, bien hecho, no el tradicional de agréguele tanto y es el mismo del año pasado, sino un presupuesto de verdad, realizado con todas las jefaturas internamente hasta llegar a un presupuesto que sea una herramienta de la gestión como uno espera que sea y poner dos hospitales que no significan la autonomía, que ya fracasó, nos salió mal la vez pasada, pusimos a directores que eran gerentes y lo que significó fue un aumento salarial espectacular y de ahí no sirvió para nada más, no, no, así como están, en la red, cuáles son esos dos o tres hospitales, uno nacional y otro regional, que pudieran efectivamente nosotros con universidades, con el Instituto Centroamericano de Administración de Empresas (INCAE), con otra gente, acompañarlos en un proceso de transformación, hacer de ese hospital un centro realmente de excelencia en la gestión, algo que, los que están en el San Juan o los que están en el Calderón o el de Niños, se sientan muy orgullosos, este hospital es el mejor del país, no hay duda, y ya no la Caja, porque ustedes saben que la Caja es esta, allá es el Hospital de Niños, no tiene nada que ver con la Caja, aún más, como lo decía el Dr. Jiménez, cuando llegó aquí, el Presidente Ejecutivo, cuando llegó y se sentó aquí, después de una semana vine a verlo a ver cómo le iba -y yo les he contado a ustedes, a algunos- cuando me dijo, mirá esto de la Caja es imposible, no se puede hacer nada aquí y él era el Presidente, entonces no sé, me parece que deberíamos de buscar esos disparadores de cambios, esos disparadores que generaran una transformación y ya no hablar más de la sostenibilidad, sino cómo buscar reactivar esas células que nos quedan de mucha emoción, de comprarnos pleitos, y ver cuáles serían dos o tres hospitales, nada más, que nos permitan en un periodo corto, poder demostrar que es posible, apoyados en los esquemas y los sistemas informáticos y todo lo que ustedes quieran, el ERP, me parece indispensable para todo eso, porque se requiere que ellos tengan información financiera continua, para poder tomar decisiones de costos verdaderos y todo lo demás, me parece que es muy importante. Que si la reforma institucional, que andan diciendo, por eso más aquí en “palacio”, más aquí se puede reacomodar un poco, probemos la fuerza del que está allá trabajando y cómo podemos hacer que aquello se convierta en un laboratorio de cambio, de transformación, probemos a ver hasta dónde es posible, yo creo que es posible, pero entonces la reunión tiene que ser allá, con la gente de allá, sentados allá, con los jefes de servicio de allá, a ver qué piensan ellos, saben por qué, porque yo donde veo esa cantidad de jóvenes especialistas, que hoy son jefes de servicio, esos son de otra raza, ya no tienen las mañas de nosotros, son más académicos, más en lo clínico, muchísimo más, hay siempre de todo, pero quiero decir, podríamos encontrar dos o tres, no se necesita mucho, acuérdense la enseñanza de Daniel Ortega, no se puede dejar ... Daniel Ortega dice que con un 20% se domina el país,

bueno, eso es, no se necesitan todos, se necesitan unos 10 que jalen parejo y aquello podría ser interesante. De manera que yo lo dejo ahí, porque yo creo que sí se requiere hacer un análisis más estratégico de este documento y buscar cuáles son esos disparadores que podrían llevarnos a otro nivel, a la Caja del 2050, por ahí.

Doctor Macaya Hayes:

“Ok” vamos en el orden: La Dra. Solís, José Luis Loría y el Dr. Cervantes.

Dr. Cervantes Barrantes:

Tal vez doctor, antes. comentarles lo siguiente, la idea fue presentar la política, esto es con el dato de hace dos años y lo que se ha avanzado, la idea es que se tomaba como marco base para alimentarlo más, eso lo está haciendo el doctor, algunas de las cosas que dijo el doctor, ahí está. y lo otro es que cada gerencia hizo también lo suyo, que la idea era escucharlo y reunirnos con esos actores que dice el doctor. Por qué no están hoy aquí los directores de hospitales, bueno, porque los sacamos el martes en una situación urgente que teníamos y sacarlos dos días en una semana no me pareció que era prudente. Entonces en la próxima reunión esperamos que van a estar, pero también para hacerlo más ágil, hay que llevarlos, para que ellos digan me parece o no me parece, pero la idea es esa, ese algo, construirlo.

Directora Solís Umaña:

Este documento está muy bueno, solo que ahora hay que ponerle los apellidos. a muchos de estos puntos. Hay una cosa muy importante y que lo tocó don Cristian, y que aquí no está, podría ser que se meta ahí en lo que es promoción de la salud. y vida saludable, que es enfocarse en el niño, un geriatra hablando de enfocarse en un niño, es más en la madre, porque si usted tiene una madre saludable, ese niño que tiene en el vientre va a ser saludable. y seguirlo, tres puntos, odontología, eso es importantísimo para la salud, nutrición y educación. Vamos a tener un adulto joven sano y por consiguiente vamos a tener un anciano que va a estar con mucha más edad en buenas condiciones, por eso es por lo que es tan importante lo de la parte de la nutrición, una mujer embarazada, bien vigilada en lo que es nutrición y buenos hábitos, sin fumado, sin licor, sin drogas, va a tener un niño sano y por consiguiente un anciano sano. Otra cosa es lo que es la estructura de la atención del individuo, aquí hubo unas cosas que se llamaban clínicas periféricas, que tienen más de sesenta años, porque yo me acuerdo que cuando yo era pequeña me llevaban y eso ya hace más de sesenta años y fueron desarmadas en lugar de haberlas hecho un poquito más grandes a algo que se llama CAIS, porque yo sí creo y les dejo la idea para que lo piensen que, por ejemplo, Dr. Cervantes, hablemos de Los Santos, que usted y yo estuvimos por ahí y que tenemos sangre también de por ahí, son tres cantones, San Marcos, Santa María y San Pablo, esos están ahí, ahí hace mucho tiempo tuvieron una unidad sanitaria que era de 24 horas, la quitaron, cuando pasó todo a la Caja la quitaron, ahora hicieron un CAIS, que dicen que funciona a medias, a eso hay que ponerle atención, vea qué importante, hay muchos EBAIS por todo lado, porque esa es una zona que se necesita a veces un carro de setenta y cinco mil dólares, como el que vamos a comprar, porque es muy montañoso y muy de difícil acceso, entonces si usted tiene EBAIS y un CAIS, donde hay un geriatra, donde hay un pediatra, digamos las cuatro o cinco especialidades, ya esa gente, porque ahí a pesar de que tienen carreteras, es difícil salir, porque

hay que salir por Cartago, etcétera. Entonces, un CAIS bien conformado soluciona mucho y no satura Cartago, igualmente podemos seguir hablando de muchas zonas, el país tiene muchas zonas, transformemos más bien esas clínicas, que las convirtieron en EBAIS, metieron un montón de EBAIS en una sola estructura, convirtámoslos muchos en CAIS, fortalezcamos la atención del primer nivel más que del tercer nivel y verá como empiezan a sobrar camas en los hospitales grandes y empiezan a sobrar especialistas en los hospitales grandes, si solucionamos cosas a primer nivel, en este momento se está creando un segundo nivel que va a llegar a ser un tercer nivel, por la infraestructura y por la tecnología que se le está poniendo, entonces yo creo que hay que, como en una campaña de don Luis Alberto Monge, hay que volver a la Tierra que nos vio nacer, yo creo que para mí, el motor, Dr. Salas, es el primer nivel, fortalecerlo pero en grande, no a medias, los EBAIS, ya hemos hablado mucho aquí, de que tiene que ser de dos turnos, los CAIS 24 horas el servicio de Emergencias y así la gente no tiene que andar desplazándose de un lado para otro y se acaban también, le ayudamos al Ministerio de Transportes con ese montón de presas que hay en el país.

El doctor Macaya Hayes le da la palabra al director José Luis Loría y seguido al director Steinvorth Steffen.

Director Loría Chaves:

Varias cosas. Yo he visto estos años que la reestructuración debió empezar por la Gerencia Médica, porque es el 70% de la Caja y las demás gerencias son tributarias de la Médica, entonces cuando yo veo esto me convenzo más de que debimos empezar la reestructuración por la Gerencia Médica, porque uno tiene ahí el 70% de la Institución y como el 80% del presupuesto de la Caja y aquí hay un tema que es esencial entender, ser gerente con plata es muy fácil, ser gerente con recursos es muy sencillo, así hasta yo, pero el tema de la gestión hospitalaria que se ha planteado acá, es vital, es esencial, yo hubiera empezado por ahí, porque cuando ustedes ven la historia de la Caja, es una Caja medicalizada, o sea siempre han gobernado los médicos, no los técnicos, entonces, la cultura es esa, no hay otra cultura, si no hagan historia, entonces ustedes ven un director médico, no todos, yo defiendo a muchos, que es muy bueno ejecutando las extras, es muy bueno ejecutando guardias, pero muy malo ejecutando mantenimiento, es buenísimo ejecutando extras, esa es la calidad de generalización que tenemos en los hospitales, es una realidad, y vemos hospitales con especialistas que no quieren hacer segundo turno, esa es la realidad que tenemos, creo que estamos hablando de esto, tenemos hospitales con suficientes especialistas para hacer segundos turnos y no hay una generalización para hacer segundos turnos, y eso está muy ligado también, a que tenemos claro que los hospitales nacionales y los regionales no deberían hacer baja complejidad y hacen baja complejidad, todo está ligado, cuando yo veo en un hospital regional baja complejidad, yo digo, qué raro esto, a quién le sirve la baja complejidad en un hospital nacional, quién se beneficia con la baja complejidad en un hospital nacional, piensen, si yo estoy en un consultorio privado y la clase media lo que paga son trescientos, quinientos mil pesos, eso pueden promoverlo con más facilidad, los biombos, hablémoslo claramente, esa es la realidad de los hospitales, son hospitales gobernados por los jefes de servicio, que como bien decía don Álvaro son quienes mandan y si un director médico no se alinea, se cae, si no tiene el apoyo de los jefes de servicio, o le cuesta muchísimo, una de dos, esa es la Caja que tenemos en los hospitales, las camas, cuando uno ve la instancia hospitalaria, es una instancia hospitalaria que no está controlada, porque si estuviera controlada, la ruta de un paciente que entra al hospital,

debería estar totalmente diseñada, debería ser que muchos, no todos, los pacientes que entran en una cama, ya sepa qué día sale, pero si le hacen hoy un examen y mañana otro y pasado mañana otro, entre cuatro días otros, eso quién lo controla o ha pasado que hay médicos que no pudieron pasar visita entonces, no se pudo programar la operación, no llegó el médico. Digo cosas puntuales, que están ocurriendo, que tienen que ver con la gestión, con la generalización de los hospitales, me parece que entonces hay temas que son, uno tiene que enfocarse en los tres, cuatro temas que hay que corregir, en cada nivel, en pensiones, en salud, en una cosa o la otra y los hospitales, uno sentiría que los polos más rudos, en gestión, sería como las camas y emergencias y todos sabemos que si los EBASIS están cerrados, todo mundo va para emergencias, hay una lógica en el sistema que hay que revertir. Yo sí creo que se puede revertir mucho el tema del presupuesto, que se ha asignado históricamente al Tercer Nivel de Atención, al Primer Nivel de Atención, pero hay que hacerlo y a las tecnologías yo no les tengo miedo, como plantearon ahora lo de hospitales verdes y las imágenes médicas, hay un montón de cosas que pueden ahorrar un montón de plata, pero en temas de gestión, absolutamente de gestión, es decir, casi que es de gente que entienda que esto hay que sostenerlo a punta de gestión eficiente. Vean ustedes, los Asistentes Técnicos de Atención Primaria (ATAP) que están dando atención, nosotros podríamos potenciar los ATAP como promotores de la salud en todas las barreadas, ya no solamente visitadores para hacer la ficha familiar, sino promotores de la salud, porque cuando van a los barrios, los grandes condominios no les abren, van a tocar la puerta cuando está la gente trabajando, pero hay otra gente que podría trabajar con ellos, en promoción de la salud, organizando las comunidades, en el auto cuidado de la salud, eso es importante porque tenemos que ir cambiando la forma de pensar y la cultura que tenemos, entonces, nada más digo estos elementos porque hablamos unos días de que hay que enfocarse en cuáles son los aspectos fundamentales que van a hacer el cambio, fundamentales, que van a impactar más en ... tengo que extenderme, porque es un tema de hablar tres días juntos en la Junta Directiva, pero creo que es mejor enfocarse en lo más importante.

Director Steinvorth Steffen:

Yo quisiera felicitarlos por presentar este documento, me parece que es una base muy buena de discusión y no solo de discusión, sino una base de trabajo importante, hay dos cosas que no las veo bien reflejadas en el documento, uno es ambiente y el otro es innovación, me parece que es algo que simplemente es bueno tomarlo en cuenta y meterlo en los esfuerzos que se hagan, en cuanto a innovación mucha gente lo interpreta como tecnología, lo último y está muy lejos de ser eso la innovación y yo quiero darles un testimonio, aunque posiblemente por ser de otro campo totalmente diferente al que aquí estamos tocando, me parece que puede dar ideas, es un poco lo que dijo la Dra. Solís, volvamos a la Tierra, yo soy productor de leche y soy agrónomo y a mí me deformaron, en vez de formaron, en la universidad, a mí me enseñaron que los agroquímicos es lo que había que usar, que los pastos mejorados era lo que había que usar, que todo tenía una solución comprada, pues hace un año vi que no iba para ningún lado, entonces me cuestioné el asunto de tal forma que llegué a la conclusión de que tenía que encontrar algo diferente y me encontré con el pastoreo racional, es una forma de ver la vida diferente, es meter muchos animales en un lugar pequeño, pero pocas veces al año, entonces queda eso arrasado y darle el tiempo de recuperación, suena sencillo de hacer, es más difícil de lo que ustedes creen, pero da resultado, quité herbicidas, quité insecticidas, quité fungicidas, quité concentrado, bajé las compras una barbaridad, porque con el ciclo de rotación del ganado, las garrapatas ya pierden el ciclo de crecimiento y ya no se les pegan tan fácilmente

a los animales y bueno, solo ventajas veo en el asunto, por otro lado, yo soy el responsable de la salud de mis animales y si a mi vaca en el momento que pare, yo no la empiezo a preparar para el siguiente parto, desde el punto de vista nutricional, voy a tener una vaca con problemas al parir y una cría que posiblemente se me muera en el parto, entonces la nutrición es la base de la salud, una alimentación saludable, hábitos de alimentación saludables, ejercicio, contacto con la naturaleza, socialización con la comunidad, eso es lo que da vida, eso es lo que da salud, no estar comprando fármacos, esa es la última cosa que deberíamos hacer. Entonces quisiera un poco que este testimonio dé un poquito de pensar en todo este proceso, considero a como han dicho mis compañeros, que el primer nivel de atención es básico, pero creo que si la alimentación y la promoción de hábitos saludables no empieza desde ahí, no vamos a tener una disminución de casos graves en los hospitales, las compras deben ser de ahí, usted está en un lugar donde definitivamente hay que hacer un esfuerzo para gestionar bien lo que son las compras, hay un potencial enorme me parece en esta Institución, en ese sentido para lograr gestionar mejor las cosas y definitivamente tenemos que comunicarnos con el resto del país, no somos una isla, lo he dicho varias veces y creo que suena muy raro, pero tenemos, no nos podemos hacer en la Caja cargo de absolutamente todo, la nutrición entiendo que es una cuestión del Ministerio de Salud, entonces colaboremos con el Ministerio de Salud, huertas de alimentación saludable, colaboremos con el MAG, pero que el MAG reasuma su parte del presupuesto, entonces creo que vamos bien encaminados, yo soy el más nuevo aquí, pero ya voy a cumplir un año, siento que tenemos gente muy buena, tenemos una Institución increíble, pero sí tenemos que preguntarnos qué es lo básico y partir de ahí.

La presentación se encuentra a cargo del Lic. Luis Guillermo López, con base en las siguientes filminas:

1)

Escenarios adicionales: Valuación
Actuarial del
Seguro de Salud, 2017

Presidencia Ejecutiva
Dirección Actuarial y Económica

Octubre, 2019



2)



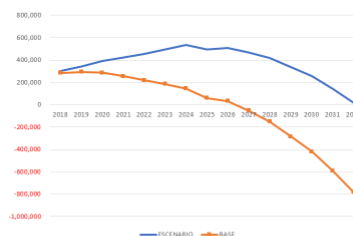
ESCENARIOS

ESCENARIO DE GASTO: FORTALECIMIENTO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA.

- Incremento de las atenciones en EBALS y áreas de salud.
- Aumentar el promedio de atenciones por habitante en 2.
- Disminución de atenciones en los otros niveles (II y III).
- Reducción en un día de la estancia promedio, durante 2020-2024, luego se mantiene.

Nota: Incluye efecto en anualidades médicas, por Ley 9635.

Comparación del Balance, 2018-2032.
(En millones de colones)



Puente: Elaboración propia del Área de Análisis Financiero, Dirección Actuarial y Económica.

3)



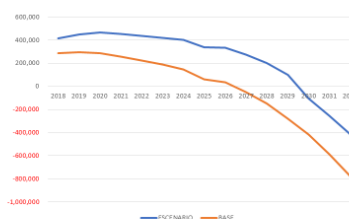
ESCENARIOS

ESCENARIO DE INGRESO: TOTALIDAD DEL PAGO DE LAS CUOTAS DEL ESTADO Y AUMENTO DE LA FORMALIDAD.

- El Estado paga el 100% de sus obligaciones en las contribuciones (Asegurados por el Estado, Leyes Especiales, y cuota complementaria de los cuenta propia).
- Aumento de la formalidad en el sector privado y trabajadores independientes.
- Aumento de la Cobertura Contributiva, alcanzando un 77% al final del 2032. (Actualmente es de casi un 60%).

Nota: Incluye efecto en anualidades médicas, por Ley 9635.

Comparación del Balance, 2018-2032.
(En millones de colones)



Puente: Elaboración propia del Área de Análisis Financiero, Dirección Actuarial y Económica.

Lic. López Vargas:

En días anteriores, en días pasados, ustedes recordarán, en sesión que hubo de Consejo de Gerentes, también en sesión de Junta Directiva, la Dirección Actuarial presentó la evaluación actuarial con corte al 2017, en realidad en la evaluación actuarial, yo creo que como bien señalaba el Dr. Salas, se presenta una, hay que verlo como una oportunidad para poder corregir algunas cosas, cambiar el rumbo de algunas cosas, a efecto de tratar de evitar lo que ahí se está planteando, bajo un esquema de seguir haciendo las cosas como hasta el momento se están haciendo y no solamente en esa evaluación se realiza todo un diagnóstico de cómo se están comportando las diferentes variables que explican gasto y que explican ingreso, sino que al final como un resultado se plantean ahí diferentes escenarios en cuanto a -no hablemos de sostenibilidad- sino más bien hablemos de suficiencia, de ingresos, respecto del gasto, que hay que financiar, entonces ahí se presentan diferentes escenarios, algunos escenarios indican que los ingresos son suficientes por los próximos siete años, por los que son suficientes, por los próximos diez años para efecto de financiar un determinado perfil de beneficios, son ejercicios interesantes, sin embargo, yo creo que hay que ser muy conscientes y claros de que la cantidad de variables que determinan el gasto del seguro de salud son a veces muy complejos y aquí basta con escuchar al Dr. Salas, escuchar al resto de los directivos, el Dr. Cervantes, don Cristian, para darse uno cuenta de que no solamente son muchas las variables que van a incidir sobre el comportamiento de gastos y de ingresos, sino que son muy complejas por la evaluación actuarial y con los escenarios, que de una u otra forma uno trata de ir

modelando algo a efecto de tener una idea de cuál es el comportamiento, sea más de carácter sentencial que cuantificar o pronosticar números exactos, acá se había planteado en la evaluación actuarial, prácticamente de cuatro escenarios que estaban relacionados con fortalecimiento del primer nivel, que aquí ha sido clave, ha sido redundante, cuando uno observa esa proporción del gasto de un 72%, en la parte hospitalaria, y el restante 28% en el primer nivel de atención, cómo ir cambiando eso, eso no se cambia de la noche a la mañana, es un poco difícil inclusive el cambiar esa afinación, al rato es un resultado de muchos otros cambios y muy acertadamente lo decía Fabiola en una de las presentaciones en Junta Directiva, es fundamental y es necesario el poder disponer de un conjunto de indicadores que permitan ir monitoreando el comportamiento en función de un norte que se va buscando, cuando uno plantea un escenario y uno dice, fortalecimiento del primer nivel de atención y reducción de la estancia hospitalaria, se dice muy fácil, pero cómo se hace eso, ya en la práctica cómo se hace, yo necesito apoyarme obviamente en el diseño de los indicadores y el monitoreo de esos indicadores y el compromiso de las personas, para ver de qué manera se pueden ir mejorando esos indicadores, acá tenemos un escenario más, un escenario que conjuga dos de los cuatro escenarios que se han planteado anteriormente, uno puede plantear una gran cantidad de escenarios, en realidad puede abrir uno el abanico y hacer mezclas, etcétera, al final lo que le están diciendo a uno es, qué pasa aquí y los cambios van en esa dirección, cómo impacta el gasto, cómo impacta los ingresos, cómo impacta la suficiencia, en el financiamiento, acá este escenario adicional tenemos nosotros un fortalecimiento del primer nivel de atención y una reducción en la estancia hospitalaria, obviamente hipótesis, supuestos sobre los cuales se modela y tenemos acá, como parte de los supuestos, un incremento de las atenciones en EBASIS y áreas de salud, aumentar el promedio de atenciones por habitantes, disminución de atención en los otros niveles, segundo y tercero, reducción de un día de estancia promedio durante el periodo 20-24 y luego que se mantenga en el valor resultante; y observamos cuál es la sensibilidad de esos cambios moderados con el comportamiento actual de las variables, entonces nos damos cuenta que se pasa de un escenario base que nos planteaba una suficiencia de ingresos hasta el 2027 en relación al gasto o sostenibilidad, nos pasa hasta más allá del 2032, o sea 5 años, ya eso comienza a decir mucho, si bien es cierto es parte del modelaje, pero no está diciendo sobre qué es lo que hay que incidir, hay que incidir fuertemente sobre la gestión hospitalaria, sobre la gestión que se realiza en cada uno de los establecimientos de salud, otro escenario que nos pareció interesante porque dentro de la presentación de la evaluación actuarial nosotros fuimos muy claros de identificar algunos elementos de riesgo, sabemos nosotros que en el caso de las obligaciones del estado para con el seguro de salud, cerca de un 35% del total de los aportes o de los aportes por concepto de cuotas, dependen del Estado, o sea una tercera parte de los ingresos por cuotas, provienen del Estado y cuando nosotros observamos un Estado con problemas de carácter fiscal, con problemas para atender de manera total y oportuna, las obligaciones con la Institución, entonces uno ahí tiene que ir viendo o por lo menos tratando de identificar los elementos de riesgo, acá nosotros planteamos para efectos de, siendo muy optimistas, qué pasaría con ese periodo de suficiencia, de ingresos o de sostenibilidad, si suponemos nosotros que el Estado paga el 100% de sus obligaciones de las contribuciones, asegurados por el Estado, leyes especiales, cuotas complementarias, de los asegurados por cuenta propia, que haya un aumento en la formalidad del sector privado y trabajadores independientes y que haya un aumento en la cobertura contributiva, en realidad esto es fundamental, nosotros siempre hemos estado muy asidos a tratar de justificar acciones que permitan atender de manera más acelerada una cobertura contributiva más alta, idear esquemas de cobertura de poblaciones específicas, que nos permitan agilizar por lo menos el tránsito de la informalidad a la formalidad, recordamos nosotros que en la actualidad el seguro de salud tiene una cobertura aproximadamente de un 70% de la Población Económicamente Activa

(PEA), la PEA total y el otro 30% quiénes son, son tanto asalariados como trabajadores independientes, algunos de ellos al rato pueden ser evasores, pero hay una cantidad importante de ellos que simplemente no tienen las condiciones para poder hacerle frente a un (...) formal o los gustos que esto implica, o sea en otras palabras, al rato tienen una capacidad contributiva bastante limitada, cuando uno caracteriza esa población, ese 30%, se da cuenta de que en el sector asalariado, son establecimientos de menos de cinco trabajadores y con una escasa capacidad contributiva en muchos casos, entonces si se va uno para los independientes sucede algo similar, entonces yo creo que ahí hay una tarea ahí de parte de la institución, a efectos de ir creando las situaciones para facilitar ese tránsito de la informalidad a formalidad, las obligaciones del Estado. ¿Qué sucede si estas dos cosas se dan? Entonces observamos nosotros acá diseñado un escenario y nos damos cuenta de que con este par de supuestos, podríamos estar nosotros hablando de pasar de una suficiencia de ingresos en el 2027 a una suficiencia que va un poquito más allá del 2029-2030 o algo más inclusive. Esto le permite a uno visualizar la tendencia o la dirección que van tomando las variables que determinan ingresos y gastos. Observemos nosotros acá, este efecto es un poco más débil que el anterior, el anterior incidía directamente sobre la sostenibilidad, este es más optimista y pensamos en un pago del Estado de un 100% de sus obligaciones, es un supuesto y a veces como en economía se establece una serie de supuestos simplemente para ver cuál es el comportamiento, aunque ese supuesto al rato puede estar fallando en necesidad, básicamente nosotros, por lo menos las muchachas, las actuarios encargadas del seguro de salud, en el caso de la Dirección Actuarial, conjuntamente con don Ronald, Andrés y José Ángel participaron tratando de diseñar, de modelar, ese par de escenarios, que me parece a mí que son muy interesantes, porque son aspectos sobre los cuales me parece que sí hay que trabajar de manera importante, sobre todo, aquí se ha hablado mucho sobre el tema de la gestión, y hay otro tema también. El Dr. Salas una vez lo dijo, me pareció muy acertado, no solo el financiero, porque al fin y al cabo el objetivo del seguro social, tanto el seguro de pensiones como el seguro de salud, no es simplemente llegar a un objetivo financiero, no, el objetivo es más allá, es la cobertura, es ver cómo le llegamos a la totalidad de las personas, en realidad estamos cimentados sobre una institución que promulga el principio de universalidad, vayamos hacia allá, y creo que es importante el ir avanzando en esa línea de cada vez incrementar más la cobertura del nivel de prestaciones, pero sin comprometer la sostenibilidad, para mí es muy importante y eso ha sido una de las tareas que nosotros nos encomendamos en la Institución y que ha trabajado por lo menos en esta oportunidad, Ronald, Andrés, Carolina, Evelyn y José Ángel también, de modo que básicamente eso era lo que quería, queríamos nosotros complementar un poquito lo que planteamos con la evaluación y por lo menos en el caso particular mío, el participar y el escuchar estas disertaciones, tanto de la Gerencia Financiera como las participaciones de los directivos, en realidad que representan una gran retroalimentación para continuar mejorando e incorporando esos aspectos dentro de las evaluaciones. Eso sería.

Doctor Macaya Hayes:

Muchas gracias, don Guillermo.

Lic. Sánchez Duarte:

(...) a partir de esto, las acciones que se están desarrollando (...), pero que ahora se están presentando como una iniciativa que se tiene que trabajar e incorporar en los planes. La idea es que estas acciones queden ligadas directamente a la planificación formal, evitando tal vez otros

planes y demás, porque ya tienen seguimientos establecidos, ya hay personas encargadas de dar seguimiento cada seis meses, posiblemente, podríamos hacerlo antes, en algunos casos. Entonces, a partir de ahora las gerencias, empezando por la Gerencia Financiera van a estar presentando las iniciativas que aportan específicamente a la sostenibilidad.

Directora Alfaro Murillo:

Tengo la política de sostenibilidad aquí, he tenido una duda y la he planteado varias veces, porque no se tiene una política institucional de planificación, porque en la teoría uno tiene una política institucional macro en todos los componentes. Nosotros tenemos las políticas segmentadas, porque aquí estamos hablando, antes se mencionó la política ambiental, pero aquí no está, pero está la política de igualdad y equidad de género, que aquí no está y está la política para prevenir la corrupción y los conflictos de interés y ahí listo, entonces, no sé por qué hacemos políticas segmentadas cuando debería ser una política institucional muy sencilla, con seis o siete elementos, así nada más, que no son, y ahí es donde siento la confusión, porque hace un rato alguien dijo que esta política es una guía, como una orientación, no, la política es un mandato, por definición, no orienta, no guía, manda, es mandataria, entonces, cuando uno construye esa política, inmediatamente yo digo, bueno, es que la política en salud de este país, es del Ministerio de Salud, entonces, yo tengo que derivar al accionar y por eso hay un Plan Nacional de Desarrollo, pero el plan igual, lo que está superior es la política de salud, y a partir de eso nosotros tenemos la política que está relacionada con el Seguro de Salud y el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (RIVM), pero no es una política de sostenibilidad del Seguro de Salud, es la política del Seguro de Salud, que integra todos los elementos que mencioné anteriormente. Pero cuando la fragmentamos de verdad que nos complicamos la vida, yo lo dije cuando se presentó y lo quiero repetir, es enredado, porque a partir de ahí resulta que de esa política del seguro de salud, donde se derivan, entonces la construcción del plan estratégico, pero nosotros teníamos un plan estratégico 2015-2018 y después, teníamos la política de sostenibilidad 2018-2022. Entonces, cómo se articulan la política de sostenibilidad, que es una sombrilla y vuelvo a insistir, no debería ser sostenibilidad, debería ser la política del seguro del salud, con todos sus componentes y esa política es la que nos permite diseñar el plan estratégico institucional, si ustedes leen esto, aparte de los elementos que son aquí llamados los enunciados, los enunciados sí son enunciados de política, algunos hay que ajustarlos en mi juicio, pero aquí está doña Gabriela en el enunciado de ambiente, solo en el enunciado, ya después ignorado, como es que la política te dice que sí inclusive tiene un aspecto bien interesante relacionado con esto del ambiente, lo menciona como ambiente en general, pero cuando lo tiene que aterrizar en la visión institucional, dice ambiente humano. Entonces, no entendí nada o es el ambiente humano o es el ambiente, yo creo que está todo el esfuerzo pragmático que el Dr. Salas estableció, pero yo sí creo que en experiencia de estos casi seis años, nos enredamos mucho en la generación de todos estos elementos y empezamos a generar un montón de papel, que entonces dice unas cosas por aquí y otras por allá y nos enredamos, yo sugeriría que en todo este esfuerzo, lo podemos discutir luego entre todos, pero si lo tienen a bien, vamos a tener que simplificar esta cosa, hay una política institucional del seguro de salud, luego hay un plan estratégico que incluye todo lo que se ha llamado política, que son parte, sí de la política, pero que son elementos constitutivos, como lo ambiental, la equidad de género, la prevención de la corrupción, eso es parte de y a partir de ahí, la revisión y la actualización del plan estratégico institucional, porque aquí lo que se llama lineamientos, son muy generales y si lo leemos con calma, cuando me establece la estrategia, porque la política, este documento de política, cae en estrategias, no, un documento de política no cae en estrategias, en eso se cae cuando se aterriza al plan estratégico y después a los

planes tácticos, pero aquí ya se habla de estrategia y la estrategia es mejorar la eficiencia mediante modelos simplificados, establece lineamientos que son objetivos, porque ni siquiera son acciones, no están cuantificados, no hay metas claras, no están bien definidas, entonces el punto -y perdonen que atravessara así el caballo- es que me parece que en estos seis años, lo que a mí en lo personal me ha pasado es que tenemos presentaciones en las Juntas de políticas diferentes, plan para una cosa, plan para otra cosa y en esa maraña, yo tengo que leer cada vez que ustedes se presentan aquí, todo lo anterior y buscar en mi computadora todo el antecedente de los últimos seis años y decir, yo ya vi esta política, ya a mí me hablaron de esto, yo ya hice aquello, y reviso y lo tengo, porque ando un disco duro portátil, ahí lo ando todo y reviso los seis años y digo qué es esto, lo he visto tanta cantidad de veces, pero en documentos distintos, entonces me parece que un paso que tiene que asumir todo el equipo, no solo planificación, es definir que tengamos documentos simples, directivos, la política mandataria con sus seis o siete elementos, el plan estratégico institucional revisado con los elementos que están aquí e integrando a todo ese conjunto de temas que son parte de la estrategia institucional y con acciones muy concretas para poder medir qué hicimos. Si ustedes ven este documento, ya para cerrar, podemos estar de acuerdo con los enunciados, ahí hay estrategias y lineamientos estratégicos, pero ninguno que cuantifique, ninguno que especifique nada más cómo se va a hacer y lógico porque eso es plan estratégico, pero como el plan estratégico que tenemos se hizo antes, no me calza, no es consistente, después, pero no me calza, lo acabo de revisar y no me calza, entonces yo quisiera que primero lográramos esa coherencia en los elementos de la política y la práctica en los documentos, para que luego pudiéramos hablar de cómo darles seguimiento y cuáles son los elementos sobre los cuales vamos a priorizar, pero esto me causa una confusión de tener demasiado escrito, demasiado papel y muy pocas cosas concretas. Gracias.

Lic. Gómez Rodríguez:

Buenas tardes, yo me voy a referir propiamente a las acciones que en este caso está proponiendo la Gerencia Financiera, que en realidad sí, están contenidas o están asociadas propiamente a la política de sostenibilidad que se ha planteado y a la planificación táctica que también ha definido la Gerencia Financiera y también haciendo referencia al comentario de doña Marielos, efectivamente la política es muy general, ha habido intentos, la presentación que hizo Ivonne sobre las acciones que se han venido realizando a la luz de la política, lo que pretende es justamente operativizar esos lineamientos, quizá sí efectivamente no se han operativizado todos, porque de los cuarenta la Junta Directiva había definido veinte, concentrarse en veinte de ellos y sin duda alguna es un proceso de mejora continua, hay algunos que hemos conversado con la Gerencia Médica, la Gerencia de Infraestructura, que es necesario priorizar un poco mejor e irlos desarrollando en forma integrada en el tiempo. Específicamente, con respecto de las metas de la Gerencia Financiera, lo planteamos en cinco ejes, el tema de la mejora en la cobertura contributiva, la determinación de nuevas fuentes de financiamiento, la recuperación de costos de riesgos excluidos, la definición del modelo de costos y la mejora continua de la gestión operativa de la Gerencia Financiera en temas de inspección, cobro y que paso a detallar a continuación, con respecto de iniciativas para argumentar la cobertura contributiva, ahí hay que señalar acciones concretas que sean derivadas, por ejemplo, el aseguramiento del servicio doméstico, que empezó a funcionar en el año 2017 y que por ejemplo en el 2018 derivó en un crecimiento en la cantidad de servidoras domésticas, de alrededor del 16%, más de dos mil trabajadoras domésticas fueron incorporadas al sistema, a mayo del año 2019 tenemos un crecimiento del alrededor del 3.16%, que sin duda alguna, tal vez pasó la etapa inicial de la implementación de la estrategia, lo cierto es que el crecimiento que se ha venido

observando en las servidoras domésticas, ha sido considerablemente mayor 1.02% que se observaba, menos del uno punto porcentual que se observaba en periodos anteriores. Tenemos el reglamento de los recolectores de café, que en estos momentos esperamos pronto operativizarse y recordemos que el presupuesto extraordinario, en estos momentos está en la Contraloría General de la República, en donde estamos incorporando los recursos que en este caso transfiere el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF) y el Instituto del Café de Costa Rica (ICAFE), para el financiamiento de este reglamento. El reglamento del PYMES, también aprobado ya por la Junta Directiva, se hicieron unos ajustes, los cambios informáticos necesarios, según nos informó el Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE), a partir de mañana ya entra en operación la aplicación que fue desarrollada y que era necesaria para operativizar el reglamento de las PYMES, pero también hemos planteado y hay un oficio de la Gerencia Financiera, el N° 4.900 en donde se propone, tenemos que en este momento está en la etapa de análisis por parte de la Gerencia General, análisis conjunto, para en algún momento ya presentarlo a Junta Directiva, en donde se planteen una serie de acciones para argumentar la empleabilidad que se mencionaba ahora en los comentarios, en donde básicamente ese está planteando simplificar la afiliación de los trabajadores independientes con varios esquemas, no solo para los trabajadores independientes que en este caso en principio por sus ingresos, no deberían estar asegurados, pero se proponen una serie de medidas para incorporarlos al sistema, pero también está planteándose la cotización por horas laboradas, es decir, jornadas parciales y se plantea igualmente ahí una escala contributiva diferenciada, con esto lo que se pretende es lograr incorporar mayores trabajadores, sobre todo los independientes, lograr mayor formalidad para estos trabajadores, que sabemos que no es un tema propiamente de financiamiento, es decir no se espera con esto una fuente adicional importante de recursos, pero sí ir acercándonos a la cobertura contributiva, que en este caso planteó don Guillermo hace unos minutos y por supuesto formalizar la economía y con esto regularizar a muchos trabajadores que no están incorporados en el sistema.

Directora Alfaro Murillo:

Estamos claros que en servidoras domésticas no se han tenido resultados claros.

Lic. Gómez Rodríguez:

En cuanto al crecimiento.

Directora Alfaro Murillo:

En relación al anterior que era nada, pero con las metas previstas o con las estimaciones.

Lic. Gómez Rodríguez:

Sí, ahí yo creo que lo que hace falta es todavía un poco más de fomento y en estos momentos se está trabajando con el Instituto Nacional de la Mujer (INAMU) y con otras instituciones, para volver a socializar el tema porque, efectivamente, luego del crecimiento inicial que se tuvo en el año 2018, este año no ha habido ese crecimiento, sí hace poco la Dirección Actuarial realizó un estudio en donde sí se demuestra que no solo para beneficio del sector, sino también para el Seguro de Salud, se han incorporado nuevas trabajadoras y se ha logrado alguna recaudación adicional producto de la implementación de este mecanismo.

Directora Alfaro Murillo:

Para los compañeros, yo vi la publicidad del INAMU, en la que se promueve incorporar las trabajadoras de tiempo completo, o medio tiempo, o sea, las trabajadoras que llegan al medio tiempo, o que los patronos no están dispuestos a reportar por un tiempo equivalente al medio, cuando trabajan por horas, no hemos llegado a ese nivel y hablamos muchísimo de que tenemos que llegar, de acuerdo. Entonces, si queremos ahora llegar, lo hemos dicho muchas veces acá, aumentar esa Base Mínima Contributiva (BMC), tenemos que dar un paso más con lo de servidoras domésticas, no es suficiente lo que hicimos, fue abrir la puerta, ya dimos el paso. La publicidad del INAMU lo que está promoviendo, es que sí que vayan las señoras, incluyendo, las contratadas por horas, vayan y busquen ser aseguradas, pero ponemos a los patronos, a las familias en una encrucijada, porque trabajan cuatro horas y en la tele dice que todas tenemos derecho, incluyendo esas cuatro horas. Entonces, no les dicen a esas patronas que ese patrono por esas cuatro horas va a tener que pagar un montón de plata, equivalente a como si trabajaran, al menos la mitad del tiempo. Entonces, vamos a solucionar eso o no, entendiendo la situación, vamos a dejar el reglamento como está, sabiendo que tiene esas debilidades y el punto es que por cuatro, es como un pago extraordinario. (...) hay que ampliar al respecto, se define muy pero evidentemente tuvimos un (...) para quienes que ya tenían uno o dos años de estar operando, para darles la oportunidad, porque evidentemente ya está en acción. Entonces, esos reglamentos, está bien, pero de verdad ampliar la cobertura contributiva implica retomar, revisar y ampliar. Gracias

El doctor Macaya Hayes da la palabra, primero a don Christian, después a doña Fabiola.

Director Steinvorth Steffen:

Relacionado directamente con este tema, es tanto el servicio doméstico como en horas realmente laboradas, el sector agrícola, me parece que está íntimamente relacionado con la parte migratoria, porque la cantidad de extranjeros que trabajan en esos sectores y que no están legalmente en el país, es una cantidad enorme. Entonces se ha tomado eso en cuenta, el Gobierno está haciendo una campaña para que se legalice o se formalice, legalice su estatus migratorio, si eso se da, puede ser muy interesante desde el punto de vista de la Caja, pero si no se da, es un tema que hay que trabajar.

Lic. Gómez Rodríguez:

Sí, todos estos aspectos están siendo considerados.

Directora Abarca Jiménez:

(...) las iniciativas, creo que hace falta un poco de compromiso, en el sentido de detallar cuándo vamos a ver el estado de, por ejemplo, acciones de inviabilidad, o cuándo vamos a tener el reglamento para cotizar por horas. Creo que es importante que la gente se comprometa con fechas, con un cronograma. Y el otro comentario que tenía, simplificar la afiliación de trabajadores independientes, aquí hemos hablado de hacer una revisión integral del reglamento, es más que simplificar la afiliación, espero que eso es lo que haya querido decir, porque hemos conversado aquí extensamente en Junta sobre el tema.

Lic. Gómez Rodríguez:

El tema de simplificación de la afiliación también ya está muy avanzado y entiendo que está muy pronto a entrar en producción, la afiliación en línea para los trabajadores independientes, efectivamente, ya hay una propuesta planteada, que entiendo que hay que analizarla en conjunto con la Gerencia General, analizar el alcance de la propuesta, posibles cambios que se puedan derivar, pero sí don Luis Diego, al ver las declaraciones de él, uno de sus compromisos justamente fue ese, uno de los temas relevantes que él planteó, fue el tema del aseguramiento de los grupos especiales, con respecto del aseguramiento del servicio doméstico, doña Marielos, lo que sí le puedo mencionar, lo que conozco, es que en estos momentos hay una comisión constituida, SICERE, cobros y la Dirección de Inspección, que están revisando justamente el alcance, a raíz también de un informe de la Auditoría Interna y de esa revisión que se está haciendo, surgirán las propuestas que entiendo de por sí el reglamento planteaba un tiempo para hacer el análisis del impacto y producto de este análisis se establecieran propuestas de mejora que irían encaminadas a flexibilizar más el reglamento.

Directora Alfaro Murillo:

Estamos claros que nosotros no logramos dar el paso al tema del aseguramiento del tiempo real laborado, tenemos que ver ese tema, aseguramiento por el tiempo real laborado, en el sector agrícola, sector construcción, servicios domésticos, dar el paso y asegurar por el tiempo real efectivo que la gente trabaja, creo que esa es una de las barreras, de los paradigmas, que mencionó el Dr. Salas que tenemos ahí y no salimos de ahí. Cada vez que lo planteamos, nos muestra menos, cuando la realidad objetiva muestra que la gente hoy día (...) trabaja por horas, por un tiempo efectivo, no todo el mundo está trabajando como nosotros los funcionarios públicos aquí, pero no podemos dar el paso y eso yo sí quiero dejarlo muy claro, si no se logra en la Caja, seguiré insistiendo sobre el tema, no logramos romper esa barrera.

Lic. Gómez Rodríguez:

Se han planteado también iniciativas, para determinar fuentes de financiamiento, aquí planteamos una, son puertas nada más, que tienen que ser vistas y analizadas, no solo desde el punto de vista técnico, sino legal y bueno, por supuesto por parte de esta Junta Directiva, tomar decisión de ellas, una que es distribuir los recursos de la Ley N° 9828, me refiero a la Ley del Control del Tabaco, que ahorita están enfocados prácticamente en su totalidad hacia el tema de inversión en infraestructura y equipo y en estos momentos se dispone de esos recursos, alrededor de ochenta y cinco mil millones de colones, ahí lo que planteamos es, ya por una decisión institucional, no requiere ninguna reforma de ley, definir un porcentaje de esos recursos que se dediquen a la operación propia de las unidades, me refiero a la compra de insumos, implementos médicos, reactivos, que efectivamente las unidades de salud utilizan para la atención del tabaquismo y enfermedades derivadas de ello. Se plantea también la posible búsqueda de otras fuentes de financiamiento y por ejemplo, ahí mencionamos un proyecto de ley que sabemos que en estos momentos está en la Asamblea Legislativa para el financiamiento de medicamentos de alto costo, unos productos. También se plantea la coordinación, el acercamiento con el Ministerio, con el Gobierno para determinar posibles fuentes de financiamiento adicionales o específicas para el tratamiento de diversas enfermedades, ya sea enfermedades de alta complejidad, de alto costo, o bien enfermedades crónicas, buscar alternativas de financiamiento con el Estado, y por supuesto,

aquí don Álvaro y algunos de los directivos han planteado la búsqueda de alianzas interinstitucionales, con instituciones como el FODESAR, Junta de Protección Social, el INAMU, o bien el Instituto sobre el Alcohol y Farmacodependencia, que algunas de ellas realizan transferencias para proyectos específicos por iniciativa de algunos de los hospitales, pero bueno, entiendo que hay una comisión, por ejemplo, interinstitucional entre la Institución y la Junta de Protección Social, y lo que buscamos es plantear proyectos concretos, acercarnos a ellos, y del alguna manera ordenar las transferencias que recibimos de ellas, que a veces lo que escuchamos, que se recibe recursos de ellos, fueron para compras de equipos o alguna tecnología que no necesariamente es prioridad.

Directora Jiménez Aguilar:

A nosotros nos preocupa, desde temprano y desde antes hemos estado hablando sobre los accidentes de tránsito. No sé si aquí hay alguna propuesta con respecto de eso.

Lic. Gómez Rodríguez:

Sí, justamente yo creo que es la que sigue, se refiere específicamente a mejorar el tema de la recuperación de los riesgos excluidos y ahí uno es mejorar la trazabilidad y el seguimiento en cuanto a los pacientes que son atendidos por la Caja por accidentes de tránsito, desde que ocurre el evento y darle todo el seguimiento post y recuperación, para tener un dato exacto de cuánto es el costo de la atención de esos servicios, desde el momento que entra hasta el momento que sale de los servicios, para mejorar el cobro en este caso, que se le hace al Instituto Nacional de Seguros (INS), pero también se está planteando el análisis para el traslado del seguro obligatorio de automóvil -que entendemos también ya ha habido algunas reuniones con el INS en ese sentido- y sin duda alguna sabemos que la Institución es la principal puerta de entrada para los accidentes de tránsito, más que verlo como un negocio, la idea es disponer de esos recursos que al final de cuentas para la atención de estas personas, dedican bastantes recursos, se plantea esa posibilidad, igualmente en la misma línea, sabemos que los accidentes de tránsito, en su gran mayoría, donde hay más afectación para la persona, se da en los accidentes que se dan con los motociclistas, ahí se plantea la posibilidad de establecer un impuesto a la venta de motos, para el financiamiento de ese exceso que hace la Institución, más allá de los seis millones que establece la póliza del seguro obligatorio de automóviles, son planteamientos, así como estos pueden haber muchos, que lógicamente se tienen que analizar desde el punto de vista técnico, legal, político y cultural, dada la situación fiscal y económica del país, pero hay que ir dando pasos a lo que entendemos han planteado otros países, de ir migrando poco a poco y progresivamente, de ir dependiendo de un esquema de financiamiento a base de contribuciones, a un financiamiento a base de impuestos generales, eso es en cuanto al tema de nuevas fuentes, el tema de los riesgos excluidos.

Lic. Sánchez Carrillo:

Nada más una adición, si gusta nos devolvemos a la filmina, en el tema de accidentes de tránsito. Nuevamente, nosotros lo hemos venido señalando en los informes, el accidente de tránsito representa la tercera causa de mortalidad en el país, es una causa externa y nos parece correcto el abordaje desde el punto de vista financiero como se le está dando, pero nos parece que hay que completar un abordaje integral, desde el punto de vista también en materia de salud, es decir no solo desde la ocurrencia del evento, sino también de la prevención, porque recordemos que acá los

accidentes de tránsito también generan una esquila de muerte y morbilidad y también disminución. Porque recordemos que acá los accidentes de tránsito también generan una estela de muerte y morbilidad y también, disminución de años de vida saludable para la misma población y que también se ve reflejado desde el punto de vista de la población económicamente activa. Lo que nosotros también hemos venido sugiriendo y es lo que se ha analizado acá, que nos parece muy importante es que la Institución debe establecer líneas de coordinación interinstitucional e intersectorial para tratar también de tener, sin que la Caja sea el actor principal, pero sino también con la participación de otros actores que tienen relación directa para tener un impacto mayor en lo que es la prevención del accidente de tránsito.

Lic. Gómez Rodríguez:

La siguiente filmina se refiere a la implementación de un buen diseño, implementación de un modelo de costos interinstitucional que consideramos, por supuesto, relevante y la idea de poner un modelo de costos es que nos dé información más precisa y más oportuna de la gestión que realiza la Institución, sobre todo en el tema de los procedimientos y diagnósticos médicos que servirá de insumo, por ejemplo, para la implementación del tema de los Grupos Relacionados de Diagnóstico, pero también la idea es que sirva de insumo para la toma de decisiones no solo de las unidades locales, de las unidades de salud, sino también como cuadro de mando para los distintos niveles y que en este caso sirva para el control y seguimiento de la actividad clínica y de la comparación de algunas actividades entre los distintos hospitales que permita plantear mejoras en la gestión de cada uno de los centros de salud.

Director Steinvorth Steffen:

Se me acaba de ocurrir que entre las posibles fuentes de ingreso no vi nada relacionado con turismo. La posibilidad de una póliza o algo así para cada turista que ingrese, me parece que debería ser una posibilidad ante la cantidad de turistas que vienen a este país y que de una u otra forma se terminan atendiendo.

Lic. Gómez Rodríguez:

Sí, esa podría ser también una iniciativa, hace poco nosotros vimos acá en Junta Directiva un proyecto de ley que iba en esa línea, lo que tal vez adolecía de ese proyecto es que no era claro en cuál era el paquete de servicios que cubría esa póliza que hicimos ver nosotros y que creo que la Contraloría lo hizo ver en ese sentido, pero sí efectivamente, don Christian, lo tomamos ahí como punto para analizarlo a nivel externo y buscar la viabilidad técnica que corresponda. Por último, mencionamos aquí algunas secciones propiamente ya de gestión operativa de la Gerencia Financiera, me refiero no solo aquí, por supuesto, a las direcciones conductoras sino también a toda la gestión que realizan los centros financieros a nivel del país, como es la flexibilización de los acuerdos de pago para patronos y trabajadores independientes, mejorar el tema de la morosidad o disminuir, en este caso, la morosidad de los trabajadores independientes, que como mencionaba Ivonne hay una meta bastante retadora, pasar en el 2018 donde un 35% al 2022 a un 24% disminuir la morosidad de los trabajadores independientes, la recuperación de adendums por las instituciones sociales que se ha calculado pasar de cuatrocientos veintisiete mil quinientos millones de colones en el año 2022, por supuesto continuar con el acercamiento con el Ministerio de Hacienda, para determinar fuentes de financiamiento por encima de la deuda, es un tema difícil, ya hay un grupo interinstitucional constituido, es ir dando pasos hacia eso y un poco, lo que hemos conversado

ahora que se está determinando la deuda correspondiente al Primer Nivel de Atención, producto del fallo a favor de la Institución del Contencioso Administrativo, la deuda que se va a derivar del Instituto Nacional de Seguros (INS) de alguna manera va a significar al gobierno establecer fuentes de financiamiento alternativas adicionales para asumir esas obligaciones. En el tema de análisis financiero la asignación de recursos en inversiones estratégicas, ahí sí nos referimos a lo que mencionó Ivonne al tema de mejorar la asignación de los recursos a través de los modelos respectivos, ir pasando de asignación histórica hacia metodologías que consideren en realidad las necesidades reales en salud de las personas y por supuesto, también en mejorar la toma de decisiones de las inversiones en donde efectivamente los criterios financieros deban ser fortalecidos. Básicamente, eso es lo que planteamos desde la Gerencia Financiera, que como les mencionaba todas estas propuestas que ustedes ven aquí ya están contenidas en la planificación táctica y evidentemente muchas de ellas ya propiamente vendrán como un documento en una propuesta concreta, que deberá ser analizada en el seno de esta Junta.

Doctor Macaya Hayes:

Muchas gracias, don Sergio.

Directora Abarca Jiménez:

¿Todos estos lineamientos ya están en los planes tácticos de la Gerencia Financiera?

Sergio:

Sí.

Doctor Macaya Hayes:

Don José Luis.

Director Loría Chaves:

No vi nada de los convenios.

Lic. Gómez Rodríguez:

Los convenios tal vez no hay nada específico, ayer o antier hubo una reunión pero, efectivamente, es uno de los temas que se está trabajando, hay un grupo a nivel de la Gerencia Financiera que está trabajando en el tema, se va desarrollando una aplicación.

Director Loría Chaves:

¿Los convenios de aseguramiento?

Lic. Gómez Rodríguez: Sí.

Director Loría Chaves:

Yo le decía a la Junta anteriormente, que por ejemplo yo siempre pongo el ejemplo de la Unión de Productores Independientes y Actividades Varias (UPIAV). Es una organización de Pérez Zeledón, de campesinos que tiene afiliados a más de 12.000 campesinos, pasteleros y todo ese tipo de gente y que se organiza en las montañas y en todo lado y entonces UPIAV recoge la plata de los 12.000, que yo no me imagino a la Caja yéndole a cobrar a los 12.000 a la montaña y a todo lado y si uno o dos entran en mora, todos están en mora, entonces tiene un trasfondo para pagar las cuotas de algunos rezagados y para la Caja, ha sido demasiado bueno un convenio de esos. Sé que ha habido convenios, por ejemplo, entiendo que el de la Unión de Pequeños Productores Agropecuarios Costarricenses (UPANACIONAL) que en algún momento finqueros poderosos querían pagar igual que los campesinos que trabajaban. Lo importante de todo esto, yo creo que los convenios de aseguramiento nos podrían ayudar mucho a que haya gente que está en la informalidad para que se asegure, por una razón muy sencilla, si hay por ejemplo, una cooperativa de Limón que tenga un convenio de aseguramiento y que pueda asegurar gente, es para muchos informales más fácil asegurarse ahí que a la misma Caja, a veces, por amistad, porque tiene algún encadenamiento, por lo que sea, entonces yo creo que a los convenios hay que trabajar para ver cómo hay propuestas, sobre todo para mucha gente que está en la informalidad o que hacen trabajos muy individuales, lo que llaman “chambas” o hacen trabajos que de pronto podrían estar más cerca de un convenio que ir a la Caja.

Lic. Gómez Rodríguez:

Justamente, el martes hubo una reunión con UPIAV y Upanacional en donde se les planteó las mejoras que a nivel del sistema se van a hacer para evitar justamente que la morosidad de alguno y de todos los demás estén morosos. El tema, justamente, también para la misión de las certificaciones y mejores controles que va a significar también, probablemente, algún tema de ordenamiento en la forma en que ellos se aseguran y hacen los ajustes, pero se está trabajando en eso.

Doctor Macaya Hayes:

La idea es crear en el sistema otra categoría, porque ellos en este momento entran como patronos, por default, entonces cuando alguien no paga es Upanacional o UPIAV el que está moroso como patrono y no son patronos, entonces se está trabajando en elaborar en el software una nueva categoría que es como asociación donde ellos dan la información, todos tienen que actualizar sus datos, dónde viven, o sea es un montón de gente, pero que si uno no paga, no es que todos entran en mora, pero que siempre tengan la colectividad del convenio, porque para nosotros ir a afiliarse a 10.000 personas en el campo es sumamente costoso; entonces, eso se está trabajando por ahí. Yo creo que un tema medular en todo esto es aumentar la formalidad y ahí vamos a tener que trabajar en los esquemas de aseguramiento, en el tema, que como mencionaba doña Marielos, de las horas realmente laboradas, no solo facilitar a la inscripción de los independientes, sino realmente repensar cómo les estamos cobrando esas cuotas y ver cómo hacemos que más gente esté formalizada, más gente sea contribuyente y que en el colectivo salgamos ganando, porque efectivamente nuestro sistema es uno de cobertura universal, pero de contribución universal también, o sea todo el mundo tiene que estar contribuyendo de alguna forma. Le doy la palabra doña Gabriela y después si les parece hacemos una más y, luego, cerramos por la noche.

Arq. Murillo Jenkins:

Hay un tema que no sé si está en el plan operativo, que también es otro nivel de plan, está el de arriba, el táctico y el operativo, es el tema de las sucursales y si se ha repensado en mover a las sucursales hacia sucursales electrónicas o cómo hacemos con el modelo que se ha venido implementando desde hace muchos años, que hay lugares que tienen 3-4 personas y no llega la gente. Yo he estado visitando la sucursal de Grecia, que está a la par del hospital y no llega nadie. Yo creo que ese tema de moverlo a la sucursal es un tema que hay que ver, que hay que analizar, es un punto de servicio al cliente, pero hay que ver cómo se está haciendo eso, yo sé que hay patronos que se quejan, hay sucursales que a las 5:00 a.m. uno pasa -y perdón que lo diga uno- cree que es el EBAIS y es la sucursal porque reparten 100 fichas y solo atienden 100 fichas y ya. Yo tengo fotos también de esas filas, lo digo porque creo que el tema de sucursales vale la pena meterlo como un punto de análisis y de repensar esa parte de cara a la nueva tecnología, por ejemplo el BAC, aquí a los 200 metros tiene una sucursal 100% electrónica, con “kioskos” donde usted puede consultar, creo que ese elemento si no está incorporado pues darle un poco más de atención.

Doctor Macaya Hayes:

Don Christian y después pasamos al siguiente.

Director Steinvorth Steffen:

Hay un punto medular, porque yo he pasado por varias sucursales, específicamente en Naranjo he ido, creo que las últimas seis veces había más empleados ahí que clientes.

Doctor Macaya Hayes:

Pero, ya no van a tener que ir para revisar sus cuotas o sus pensiones, o sus fechas de pago, su aguinaldo.

Director Steinvorth Steffen:

Razón mayor para revisar el sistema.

Doctor Macaya Hayes:

Muchas gracias, don Sergio.

Dr. Cervantes Barrantes:

Seguimos con la Médica.

Dr. Ruiz Cubillo:

Buenas tardes. Voy a exponer junto con la doctora Yerly Alvarado. Primero, recalcar que desde que nosotros comenzamos aquí en la Gerencia Médica, comenzamos en conjunto con la Gerencia Financiera, específicamente, con el Lic. Sánchez que nos dejó hablar sobre todo este plan de sostenibilidad y lo primero que hicimos fue hacer un grupo intergerencial, más o menos donde

establecimos algunas medidas, porque lo que queríamos era que el plan táctico fuera de la mano con la política de sostenibilidad para no proponer algo que después no fuera sostenible, bajo algunos negociados principales. Yo se los voy a exponer rápidamente, el plan táctico es un poco complejo, ya se presentó a los directores de todas las unidades, se convocaron los directores de los 22 hospitales y las 104 áreas de salud: Al Tribunal Supremo de Elecciones se les hizo una presentación de cada uno de los ejes del plan táctico, era la primera vez que estaban juntos todos los directores de hospitales con todos los directores de áreas de salud. Convocamos a 150 personas y llegaron casi 300 y fue muy interesante, porque primero les explicamos que estaba el plan táctico, después les explicamos que el plan táctico no está escrito en piedra y que si alguna unidad tenía alguna propuesta que por favor nos la hicieran llegar. Se acercaron varias unidades, por ejemplo, la doctora Arguedas del Hospital Nacional de Niños nos dijo que quería participar en algunos ejes, entonces, más bien, le dijimos “usted nos va a guiar en la parte de la niñez”. Se acercó gente de áreas muy remotas que querían incluir algunas cosas y los hemos asistido poco a poco. Aquí tenemos la agenda que todavía no hemos presentado formalmente a la Junta, ya está trabajándose, no quiere decir que eso no signifique que no se esté trabajando en eso y bajo el enunciado de la situación que encontramos cuando llegamos, 12% de la población en este momento es población adulta mayor, de aquí al 2020-2040 se espera que se duplique la población adulta mayor, que se quintuple el gasto. Esto va sumado a que en este momento la tasa de natalidad en el país es de 1.8%, con una población sana de natalidad de aproximadamente 2.1% y la población joven, enfocarse en el cuidado de la población joven que es la que está sufriendo más trastornos o enfermedades mentales, la población que está entre los 15 y 40 años, que es la población económicamente activa y donde tenemos que apostar, porque es la que va a ser cada vez menos y es la que tiene una tasa de suicidio más alto y más enfermedades de salud mental. Si uno ve esa combinación y aparte de eso le dicen a uno que el sistema puede que a partir del 2027 no sea sostenible es una tormenta perfecta, entonces decimos “no” tenemos que enfocarnos en ejes fundamentales que nos den sostenibilidad a lo largo del tiempo, enfocados principalmente en el Primer Nivel de Atención, que es donde se fortalecen cada una de estas enfermedades en cada uno de estos ejes, porque va ligado principalmente a enfermedades crónicas, como hipertensión, diabetes, está basado en todos los ejes, está basado, como ven está basado en la Política de Sostenibilidad Institucional que se tomó en cuenta a la hora de hacer el plan táctico y ejes temáticos entre los principales o los fundamentales está: atención oportuna de las personas, en este momento y eso lo vamos a ver en la siguiente presentación, con los EBAIS que tenemos estamos dando 50% de la cobertura, por eso es que cuando ustedes vieron el ejercicio que hizo la Gerencia Financiera que por qué llegamos a un 51% de cobertura de diabetes, cuando estamos hablando del plan táctico es parte de un eje del plan táctico. Yo diría “yo quiero llegar al 100% y entonces, ellos me decían “es que no podemos porque no estamos teniendo cobertura ni siquiera al 100%” la cobertura máxima es de 50%, e inclusive hay un número que a mí me preocupa muchísimo y lo vamos a ver en la otra presentación, estamos dándole a la gente, si pudiéramos extenderlo a todas las personas solamente podríamos extender el 0.40%, a las personas les podemos dar un 0.4 cita al año, quiere decir que las personas no pueden consultar todas una vez al año en el EBAIS, no estamos en una cobertura adecuada.

Director Steinvorth Steffen:

¿Cuál es el cuello de botella?

Dr. Ruiz Cubillo:

El Primer Nivel de Atención.

Director Steinvorth Steffen:

¿La infraestructura o la cantidad de médicos?

Dr. Ruiz Cubillo:

Las dos. Una de las propuestas que veremos más adelante. Hacen falta EBAIS, ese es el resumen, o lo que se defina con lo que vamos a trabajar en el Primer Nivel de Atención, porque tiene razón el doctor Salas, eso viene más adelante, entonces, tenemos que revisar el esquema y que no sean médicos generales en un EBAIS, sino médicos de familia, o médicos generales más empoderados respecto de la atención. Yo se lo resumo así muy fácil, cuando yo estaba haciendo la residencia en Emergencias del San Juan de Dios el primer año le toca a uno fuerte, tiene que atender todos los pacientes que llegan ahí de toda el área metropolitana y uno los ve, los clasifica y uno puede hacer dos cosas, devolverlos al área de salud que está cerrada después de las 10 de la noche o ahí mismo mejor atenderlos y darles el tratamiento, porque se les olvidó la pastilla de la presión o porque no está haciendo control de la presión o control de la diabetes. Al inicio, yo los devolvía porque yo decía “tienen que ir a su EBAIS” le explicaba al “cliente”, hasta que entendí después que era que llegaban y estaba cerrado y entonces yo prefería verlos y tal vez la fila se hacía más larga, pero me evitaba el problema de que yo sabía que la señora iba a volver al día siguiente o a los otros días. porque no sacaba cita y eso fue hace 15 años, ya hace 15 años este problema se estaba presentando. Prevención de la atención del cáncer, pero prevención, sobre todo, es más barato prevenir el cáncer que atenderlo. Mejorar el servicio de las personas con enfermedades crónicas, hipertensión, diabetes, asma. Atención Integral de la Persona Adulta Mayor, lo que yo decía al inicio, es un punto fundamental. Atención integral a personas con infección VIH que también el porcentaje que se gasta en medicamentos de las personas con VIH es muy alto en comparación con el resto de las prestaciones. Atención a personas con trastornos mentales. Ayer o antier yo fui a una entrevista a varias compañías, es un programa de radio, la pregunta que ellos me hicieron es ¿por qué el Gerente Médico está hablando en un programa de enfermedades de salud mental? Cuando yo explicaba decían “ya entendemos” porque la salud mental históricamente es como la cenicienta, nadie les da importancia, la salud mental abarca todo, entonces, podemos tener gente sin hipertensión, sin diabetes y adultos mayores sanos a los que se les fortaleció con rehabilitación, que si no tienen salud mental no hicimos absolutamente nada.

Director Steinvorth Steffen:

¿Cuáles son las causas del problema de salud mental, de diabetes y de hipertensión?

Dr. Ruiz Cubillo:

Son multifactoriales. Salud mental, va de acuerdo con su edad, en las personas jóvenes el aislamiento social que está presentando tal vez. Eso lo revisé hace poco con la doctora Vindas que es la experta en eso, en niños y adolescentes parece ser parte de la exigencia que está presentando la sociedad como tal, de que uno mete al hijo en cursos de guitarra, cursos de batería, y que después vaya para el fútbol, en la escuela tiene que tener robótica, ya van para el kínder a los tres años, todo

eso crea un estrés en los niños y los adolescentes, asociado a las redes sociales, a la crisis económica, al desempleo, a la pobreza, al envejecimiento de la población porque el envejecimiento de la población genera cuidadores, que son personas de la familia que se dedican a cuidar a ese adulto mayor, es algo multifactorial. Lo más importante aquí, me decían ellos porque yo no soy experto en esto, don Christian, si usted se pone a ver todo esto lo clave aquí es captar a la gente a tiempo y a tiempo es al inicio de los síntomas y eso se detecta en el núcleo familiar y los núcleos familiares están disueltos o en la comunidad o escuela y muchas veces en las escuelas no identifican, en el núcleo familiar tampoco, la comunidad no los identifica, entonces, son chicos o niños que lo que buscan es apoyo en drogas y es un círculo vicioso, por eso es tan importante la captación temprana. Diabetes tiene un factor hereditario, un factor de hábitos de vida y de estilos saludables, igual la hipertensión arterial, pero sobre todo se basan, don Christian, en que hay que prevenir, la prevención es la clave del tratamiento de todas estas cosas y para prevenirlo, decía don José, tenemos que cerrar el círculo, porque es un círculo, la prevención es en el Primer Nivel de Atención, es la base, entonces terminamos hablando de un sistema de salud universal, que se va hacer la prevención en el Primer Nivel de Atención, en la atención prehospitalaria, pero estamos enfocando un 78% de los recursos en la parte hospitalaria, es como tener un doble discurso y sabiendo que en 10-20 años se va a quintuplicar el gasto, es la única forma de ser sostenibles, enfocarnos en estas cosas que son muy sencillas, créame que a mí me hubiera gustado hacer operaciones con robots, pero no, eso no va a ser sostenible desde ningún punto de vista. Como número siete, un nuevo modelo de gestión hospitalaria porque si los hospitales están funcionando ya, lo que tenemos ya ese 78% tenemos que asegurarnos de que sea (...) y de que las camas estemos al 100%, que la rotación de las camas sea súper efectiva, tenemos 5.525 camas en el país, yo fui a la zona sur el primer mes que estuve y sin mentirles, el 50% de las camas del Tomás Casas estaban desocupadas, no son tantas en relación con esto, pero están desocupadas, no tenían pacientes en esas camas y hay otros lugares como Alajuela, por ejemplo, que más bien necesita camas. Pérez Zeledón, por ejemplo, el hospital nació colapsado, se hizo el servicio de Emergencias que nació colapsado, porque le hacen falta alrededor de 18 EBAIS en esa área de salud y cada EBAIS tiene que cubrir 4.500 personas aproximadamente, atención a personas indígenas, porque también es una población donde la tasa de mortalidad infantil es muy alta y está invisibilizada por el promedio, entonces hay que sacar una tasa de mortalidad infantil de la zona indígena, no a nivel nacional.

Director Loría Chaves:

En eso de las camas, también, hay que tener un buen modelo reciente de albergues o como le quieran llamar, no importa cómo le llamen, pero uno pensaría que hay pacientes que están en tránsito, que lo que van hacer es ese examen de laboratorio y mientras lo operan, que bien podrían estar en un albergue cercano al hospital con una cama que le cuesta a la Caja ochenta mil colones o noventa mil colones, o lo que sea y no en el hospital. Claro que se han hecho experimentos y algunos han funcionado y otros no, pero un sistema eficiente de albergues entre los hospitales más grandes que tengan respuestas a este tema de las camas podría también funcionar.

Dr. Ruiz Cubillo:

Pero, hay sistemas de información, eso ya se implementó pero ahora tiene que mejorar la calidad de la información que se mete dentro del EDUS y eso es algo que tiene que hacerse constantemente todos los días, día y noche y lo que vimos hoy en la mañana en la Junta, que hay que comenzar a

operar, pero que las reglas las pongamos nosotros, la Caja. Quieren tal información, sí, pero que nos van a dar a cambio, cómo se va a gestionar y cómo nos vamos a beneficiar, eso va a obligar a las instituciones a que quieran trabajar con nosotros, con reglas claras y transparentes, eso es lo principal. Atención con buen trato a personas usuarias, esos son los ejes fundamentales, cada eje tiene un punto de alcance, un eje temático, tiene línea base y metas para el 20/20 pero, si quieren lo vemos cuando veamos el plan táctico, porque ahora lo que nos pidieron fue con base en todas estas medidas establecer métodos alternativos o propuestas de sostenibilidad y traíamos algunas. Si les parece pasamos a la presentación. Bajo la premisa que por lo menos los ejes fundamentales del plan táctico, primero que cuando comenzamos a tener todo este trabajo, hay una normativa establecida, por ejemplo, en el 2017 denominó este documento Lineamientos de la (...) para la sostenibilidad financiera, en el 2018 se elaboró un documento denominado lineamientos para continuidad del Seguro de Salud, que es en el que nos basamos para la elaboración del plan táctico y el 24 de setiembre la política de sostenibilidad del Seguro de Salud. El 30% de las atenciones del Primer Nivel de Atención son por patología histórica: hipertensión, diabetes y rehabilitación. Estos pacientes no tienen control óptimo, los pacientes, porque los estamos pudiendo ver una – dos veces una o dos veces al año- los pacientes sin control óptimo y lo veíamos con Andrey, si solamente agarramos los de diabetes y le diéramos un control óptimo, nos ahorraríamos doce mil millones de colones al año, dándole control óptimo a los pacientes en el Primer Nivel de Atención, solo en diabetes, imagínense si le damos a hipertensión, si le damos a rehabilitación. Porque algo que he aprendido últimamente, los adultos mayores tienen que llegar a adultos mayores sanos, eso es lo principal, no importa la edad, lo que importa es que estén sanos física y mentalmente y eso solo con prevención. Otra cosa que he aprendido es que la vejez empieza cerca de los 35 años, no a los 60. El proceso de presbicia se inicia cerca de los 35 años, aproximadamente, en la actualidad se estima que la cobertura en el Primer Nivel de Atención ronda solamente el 40% de la población adscrita, o sea, que no superamos del 0.4 atenciones al año ¿qué genera eso? No conseguir cita en el EBAIS, entonces, voy al hospital al servicio de Emergencias, colapso el Servicio de Emergencias, lo peor todavía, probablemente no me atienden, llega a un residente como yo - inexperto al primer año- y lo devuelven, entonces, inicialmente llegó solo por la pastilla de la presión arterial, pero ya después consultó porque tenía una urgencia hipertensiva, hizo un derrame por la urgencia hipertensiva, porque no se pudo tomar la pastilla de la presión y termina en una Unidad, primero en las camas de observación de Emergencias colapsadas y después en la Unidad de Cuidados Intensivos y nosotros terminamos pagando la cama de Cuidados Intensivos, que es la más cara y se pudo haber prevenido, porque tuvo el acceso al EBAIS o al puesto de salud donde recoge la pastilla de la presión arterial. Es interesante, porque no es una receta complicada, todos sabemos que hay que enfocarnos en prevención. Esto impide un abordaje integral de los usuarios, se enfoca en el tratamiento de los síntomas, es una medicina curativa, no preventiva lo que estamos dando y sí cumple con el Modelo de Prestaciones de Servicios de Salud. Ustedes van a ver varias diapositivas que también presentó el licenciado Andrey, primero porque estamos trabajando en conjunto desde que estamos haciendo esta política, deberíamos ser más salud con menos costos y mejores servicios, esa es la consigna que tenemos que tener para poder ser sostenibles y sí se puede, pero tenemos que darle un giro a la visión que tenemos actualmente de enfocarnos en hospitales. Esta ya la puso el licenciado, ya todos lo vimos, ahora tenemos que buscar la sostenibilidad a largo plazo bajo ese enunciado, doble por ciento de población adulta mayor, una tasa de natalidad de una población que no es sana, para ser sanos tenemos que tener como sociedad una tasa de natalidad de 2.1% y tenemos 1.8%, es un problema que ya viene; aparte de eso quintuplica el gasto. Unas ideas estaban dentro del plan táctico, porque en el momento en que elaboramos el plan táctico todavía no teníamos suficiente información, para ver qué era lo que se podía enfocar, desde el día

uno yo decía “quiero abrir más EBAIS, díganme cuántos ocupan” decían “no, es que no sabemos, estamos revisándolo, estamos analizándolo”, hoy ya traemos una propuesta de cuántos se necesitan y con una propuesta de cómo sería.

Director Salas Chaves:

Hay una cosa interesante, lo que hablábamos antes de hacer cosas distintas para ver si obtenemos resultados diferentes. En Inglaterra las enfermeras dan la consulta de todos los pacientes crónicos, todos los pacientes crónicos estables, entonces, aquella cantidad de gente que viene exclusivamente por las recetas, que los exámenes están bien, que la glicemia está bien, que la presión está bien, la enfermera extiende el tratamiento por seis meses más. Entonces los campos, que son reducidos, son para los agudos y que no tienen que llegar a las 4:00 a.m., porque tienen asegurado su campo por teléfono. El agudo que pasó con dolor de estómago en la noche, que tuvo una hemorragia, que se mareó y se cayó, ese puede encontrar campo, porque aquellas manadas -Inglaterra es un país de gente muy mayor- toda esa gente que está estable, es atendida pero con una estrategia que a mí me asombraba, todos llegaban, había un café, se sentaban a conversar mientras los iban pasando, a jugar naipes, a jugar dominó, mientras iban pasando, aprovechaban que estaban juntos la charla educativa, ¿Quién ha tenido problemas con ese medicamento? Es que cambiamos la presentación, cambiamos la forma. ¿alguien tuvo problema?, pero ahí sobre la marcha y después empezar a retirar la receta y para hacer eso no se necesita una construcción carísima con los sellos del Ministerio de Salud, que tienen que tener la altura y el ancho y no sé qué, es un salón, común y corriente de charlas, para poder dar charlas y luego pasan a la clínica, entonces, parecen cosas muy pequeñas y yo pienso que lo que sigue de todo lo que hemos dicho es que vamos a ser muchísimos más los que estemos más viejos muy pronto, entonces, esa es la gente que necesitamos cómo ordenar con el objeto de dejar al médico con los agudos de esos días y que el agudo sepa que va a poder encontrar campo.

Directora Alfaro Murillo:

Quería comentar que hicimos la visita a hospitales en Francia y llegamos a Emergencias y lo primero es que uno ya, vamos a visitar primero el servicio de Emergencias y uno dice “ahora sí, vamos a ir, ahí van a estar todos los virus y bacterias” no hay nadie, hay una persona que llega, entrega su tarjeta, todo está digital y le toca sistema, tienen un tiempo para trabajar con esa persona, para atenderla y de ahí inmediatamente resolver, pero resolver. Entonces no hay fila, la gente llega, presenta, pasa un cubículo, hay un diagnóstico y de ahí se direcciona hacia lo interno o hacia la atención hacia afuera, lo que sea ¿cómo llegás a hospitales donde no hay filas de emergencias? Uno podría pensar, en un hospital francés no tienen emergencias, esa sería una salida fácil, no, sí hay, solo que lo tienen ordenadísimo y ahí en ese momento estando en un hospital, había alrededor de 40 personas atendidas en Emergencias, no se veía nadie, tampoco era infraestructura sofisticada y demás, era un hospital viejón y ese es el mecanismo. Entonces, claro que se puede resolver, algo tenemos que no están haciendo de la mejor manera, porque otros lo han resuelto, entonces, ese es el mecanismo que hay que buscar.

Dr. Ruiz Cubillo:

Los ejes son, primero, fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, segundo, identificación de necesidades y asignación de recursos en función de trabajo en RED, gestión con calidad y eficiencia

institucional y el fortalecimiento de la financiación para una cobertura universal. Esta es la propuesta que hay que revisar, que sería muy interesante tomar en cuenta. Crear 1500 plazas, incluyendo el equipo básico, que puede ver laboratorio, seguridad y limpieza, se puede fortalecer el Hospital de Atención, eso implicaría la creación de aproximadamente 200 EBAIS y de esos 200 EBAIS no hay necesariamente que construir los 200, podríamos construir un 30% y el resto utilizar la infraestructura para un segundo turno. En realidad el recurso humano y mucho de este recurso humano está utilizando las consultas vespertinas, saldría más barato, inclusive y generaría empleo, se puede hacer por terceros, que ya funciona como terceros en las áreas de salud. En realidad aquí tendría que enfocarse en el personal de salud y se crean y se seleccionan las zonas de mayor brecha, esto ya está validado, doña Marielos hizo un trabajo enorme con todo el equipo para tratar de definir, esto es lo que necesitaríamos inicialmente para fortalecer el Primer Nivel de Atención, no tiene que ser estrictamente todo en un año, se puede definir 25% cada año, pero para esto hay que replantear el portafolio de inversiones, de hacia dónde vamos a dirigir el gasto y lo que queremos hacer. Esto permitiría aumentar la cobertura en enfermedades crónicas. Ya está diseñado, pero se deben implementar prototipos, nosotros no podemos tener consultorios diferentes según las necesidades de cada especialista, o de cada área, nosotros tenemos que tener prototipos que definan que esto es lo que usted va a tener, si usted trabaja en un área de salud tipo 1, esto es lo que usted va a tener como área de salud tipo 1 y tiene que comenzar a trabajar en red, tiene que definir claramente qué es lo que usted va a hacer, para eso se contrató y qué va hacer el siguiente nivel, si no le gusta hacer lo que hace en un área de salud tipo 1 en un hospital regional, entonces tiene que tener las capacidades para trabajar en uno nacional que sea de mayor complejidad y donde se dediquen a la mayor complejidad. Revisión y rediseño de los perfiles ocupacionales, yo sé que es un tema complicado y delicado. Entonces, lo que decía el doctor Salas, perfectamente una enfermera puede hacer la clasificación en Emergencias y actualmente lo tiene que hacer un médico, es el ejemplo número uno, en Canadá lo hacen enfermeras. Donde nació el sistema de clasificación aquí por los perfiles ocupacionales y por reglamento del Colegio de Médicos y de los gremios, lo tiene que hacer un médico, perfectamente lo podría hacer una enfermera capacitada o un auxiliar capacitado y así para un montón de cosas, perfectamente, enfermeras podrían hacer lo que dice el doctor y captar los pacientes mientras están en la sala de espera o auxiliares de enfermería e irlos interrogando e irles prestando la atención. Entonces, así la atención suya, como usuario, sería desde que ingresa al centro de salud, no solamente cuando pasa por el consultorio, perfectamente, Promoción de la Salud podría dar la información, cuando usted está en el centro de salud y dentro de un hospital, eso pueden hacerlo cualquier área de salud, dar información sobre prevención, sobre clínicas que haya, grupos de atención de pacientes, grupos interdisciplinarios, todo eso se puede hacer desde el inicio. Estoy hablando de hacer trámites administrativos con la participación del paciente en la administración del tiempo de la consulta. Ya en esto hay una comisión que el próximo mes nos tiene que dar a la Gerencia Médica el análisis que hicieron, ellos están trabajando, fueron a todas las regiones para simplificar la consulta que se da en el EBAIS, en el Primer Nivel de Atención. La directriz fue “vayan y díganme qué vamos a quitar” fue gente que trabaja en eso, analizaron eso y ellos nos están haciendo una propuesta, para que no tengan que enfocarse a llenar formularios, desde que nosotros estamos en la Gerencia Médica yo he dejado que metan un formulario más en el EDUS, hasta que estemos seguros de que lo que hay es lo necesario. La idea es quitar y después ver qué se agrega y se simplifica y utilizar atenciones grupales, porque eso aumenta el efecto colectivo en el Primer Nivel de Atención, para prevenir enfermedades crónicas es lo más efectivo que hay y es costo-beneficio y es muy interesante porque en algún momento la Normativa no lo permitía, ahora ya estamos cambiando eso. El cierre de brechas de médicos de familia, en la Región Chorotega, hicieron un ejercicio muy interesante y ahí en todas las áreas de

salud tienen médicos de familia. Hay que revisar el enfoque del médico de familia, tiene que ser de mayor excursión. Si en un área tenemos identificado, por ejemplo Heredia, Alajuela, donde hay más población adulta mayor, nosotros tenemos que enfocarnos en que los especialistas vayan donde hay mayor población mayor y los médicos de familia en este tipo de atención. Muchas veces todas las comunidades quieren tener de todo y en un sistema de salud universal eso no es sostenible. En algunas ya traen un “check”, porque ya lo venimos trabajando más avanzado, desarrollar propuestas, alguien lo dijo ahora, esto no es problema solo de la Caja es un problema interinstitucional, es un problema país e hicimos un foro la semana pasada donde convocamos al Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), al Instituto Nacional de Fomento Municipal (IFAM) a diputados, llegó el Vicepresidente, llegó gente de la Junta de Protección Social, llegó gente de cerca de 50 municipalidades, donde la premisa fue “queremos trabajar en conjunto con ustedes” para que en las municipalidades o los municipios casas de la salud, donde nosotros como Caja les damos asesoría, en qué se necesita, cómo se hace y ustedes ponen la infraestructura, ustedes ponen algún recurso humano y así mantenemos a la población sana cerca de la comunidad y a la Municipalidad le sirve, porque entonces invierte recursos y la gente ve que están invirtiendo recursos en ellos en alianza con la Institución, ya se va hacer un piloto con ocho comunidades, son: Alajuela, Heredia, Liberia, Cartago, se me van las otras tres, pero son donde hay más adultos mayores y estamos trabajando directamente con la Presidenta Ejecutiva del IFAM para realizar este proyecto. De hecho a través del IFAM, fue que se seleccionaron las municipalidades para comenzar a hacerlo y lo vamos a pilotear. Es muy interesante porque el modelo se ha hecho en otros sitios, ya en Cartago hay un lugar que se llama Casa de la Salud hecho por la Municipalidad de Cartago que tiene un concepto muy parecido, pero lo hicieron sin la participación de nosotros, entonces, estábamos trabajando por separado. La idea aquí es trabajar en conjunto, para que si el paciente lo ve, donde dan rehabilitación en la Municipalidad o en esa Casa Municipal ya no tenga que recibir rehabilitación con nosotros y tal vez el fisiatra le puede guiar en sobre cómo hacer esa rehabilitación más integral. Capacitación diferenciada por los funcionarios, según el perfil epidemiológico de la zona de trabajo. Continuar con el traslado de procedimientos de alta complejidad a efectos de baja o mediana complejidad. Ya se comenzó, se está haciendo con el EDUS y se están trasladando pacientes, ya los pacientes no son de los hospitales, ya inclusive nosotros podemos evidenciar cuando algunos centros nacionales, tienen muchos procedimientos de baja o mediana complejidad y los pueden absorber. Contar con el reforzamiento de especialistas y equipamiento para el abordaje de patologías en red, los especialistas se distribuyen en red, no de acuerdo con las necesidades individuales de cada centro. Alguien también mencionó este “Asignación de médicos especialistas para la atención en segundos turnos en especialidades”. Esto se puede hacer porque algunas de las especialidades necesitan equipos de apoyo, pero sí se puede hacer en otras, por ejemplo con Gastroenterología, como se hizo un gastroscopio, el gastroscopio queda desocupado después de las 4 de la tarde, entonces perfectamente los gastroenterólogos pueden hacer un segundo turno y lo que se necesita es el técnico, entonces, ya estamos haciendo el análisis para ver cuáles, sí sería eficiente, sería efectivo realizar este tipo de actividades. Un sistema de rendición de cuentas de los directores, alguien también lo mencionó por ahí ahora, es muy interesante, pero no tenemos un sistema de rendición de cuentas claro de cada uno de los directores con base en el uso que le está dando a los recursos. Si esto fuera una empresa privada es lo primero que hay que tener, de hecho yo me sorprendí de que no hay, pero así es, no hay un sistema de rendición claro. Implementación de la norma de estandarización institucional para cirugía ambulatoria, no hay una norma institucional para cirugía ambulatoria, ya la estamos trabajando y la estamos elaborando. Reducción de estancias hospitalarias, eso es muy importante. “Tener las camas vacías” es el peor error que puede tener un sistema de salud; si nosotros fuéramos como un hotel, un hotel tiene que

estar ocupado siempre y lo que ocupamos es que la gente se vaya contenta y en el caso de nosotros no queremos que vuelva. Nosotros necesitamos que esas camas de Tomás Casas se usen y que las otras se usen, que haya una rotación de los pacientes. El otro día en el Consejo de Presidencia estábamos hablando que hay 5.525 camas, entonces, también les pregunté, me entró la duda de cuántas camas hay si tomamos en cuenta las no censables, que por un tema estadístico las no censables son todas las camas que vengan en Emergencias, Recuperación y Unidad de Cuidados Intensivos, resulta que al 2019 en la Caja tenemos 6.883 camas en total y son más, porque ahí no se suman los espacios de aeroterapia, de transmisión, probablemente son más. Son casi 7.000 camas que tenemos que utilizar al máximo y ya se están usando, entonces, como decía doña Marielos, probablemente se están usando en pacientes que no deberían estar ahí. Con la reducción de estancias hospitalarias nosotros podemos optimizar el sistema, entonces si disminuimos un día hospitalario se ahorra un montón de plata, porque es un ahorro que lo que representa es más eficiencia, es un gasto fijo que tenemos ahí, casi del 80%, pero lo vamos a usar de verdad eficientemente, entonces, vamos a poder atender más pacientes y esos pacientes son los que de verdad ocupan la atención, el sistema va a volverse sostenible. Métodos alternativos e innovadores de consulta, en eso estamos trabajando fuertemente, estamos peleando con la normativa, prácticamente, porque el “WhatsApp” es prohibido y yo les pregunto a ustedes aquí quién no tiene “WhatsApp”, pero institucionalmente no se debería usar. El “Skype” no es seguro, aparentemente, en Inglaterra ya lo están usando. Nosotros ya tenemos que pensar en métodos alternativos de consulta, que no sean que yo esté uno a uno físicamente con el personal de salud y esos métodos alternativos incluya personal de salud, no solamente personal médico. Alguien dijo ahora “volver a la tierra” nosotros nos volvimos tan complejos que va a tener que ser alguien con un título universitario, que no pueda atender a la gente, pero eso no va a ser sostenible y vean que nos está pasando en todas las áreas, no solamente en salud. Tenemos que buscar el personal que haga lo más posible y más barato y esa es la consigna y bien hecho, que eso es la otra cosa. La doctora Montoya del Chacón Paut que lo que está haciendo, cuando se dio cuenta de que la avalancha de enfermedades de salud mental era tan grande, entonces, en lugar de pedirles que trasladen al paciente, ella le da terapia a gente de la región Brunca por telemedicina, ya en Estados Unidos hay empresas privadas que se dedican a eso porque lograron que la normativa lo valide, pero la ley de Colegio de Médicos dice que la consulta debe ser presencial, entonces tenemos que cambiar eso, y tenemos que ver cómo hacemos para que el “WhatsApp” sea legal. Revisión de perfiles que bajo normas o leyes tienen estipulado la jornada laboral por turnos, yo le preguntaba a don Ronald por qué el turno tiene que ser de 8 horas ¿por qué no puede ser de 12 horas? Ya don Ronald me explicó que es por ley, pero parece que ya están trabajándolo, esto fue una lluvia de ideas, que hicimos en el momento, de cosas que se podían hacer, pero vean qué interesante, perfectamente se podrían contratar microbiólogos en turnos de 12 horas y eso nos permitiría que haya gente los siete días a la semana, ahorita no, ahorita los sábados y domingos tiene que ser por tiempo extraordinario. Evaluación de nuevas tecnologías, el láser verde es un ejemplo interesantísimo, porque el láser verde nació en Pérez Zeledón, la iniciativa de adquirirlo no nació en un hospital nacional, sino que fue un Urólogo de Pérez Zeledón que se capacitó en eso y que hizo todos los trámites para que lo pudieran meter dentro del catálogo institucional, porque la Caja no le permitía comprarlo, entonces él se encargó e hizo todos los trámites. Esto es muy importante, es lo que les hablaba del TAC. La tecnología y los procedimientos tienen que ser de acuerdo con el criterio técnico y complejidad de los centros. Nosotros no podemos tener TAC en todo el país, nosotros no podemos tener robots quirúrgicos en todo el país, yo creo que ni uno podemos tener, porque no cumplimos con el “expertice” necesario con el volumen y eso nos involucra a todos, porque hay presiones externas e internas para que esa complejidad no se respete para ser políticamente correcto y esas presiones

internas y externas es lo que probablemente le han hecho mucho ruido al sistema durante mucho tiempo y nos llevó a donde estamos ahorita y tenemos que definir todos nosotros qué es lo que queremos y hacia dónde queremos ir, cuánto tiempo queremos estar aquí y yo hablo de estar aquí en la Caja. La implementación de corta estancia en centros de baja complejidad, ya eso se está trabajando, tenemos que fortalecerlo todavía más. Ahora estaba hablando con don Ronald eso de Urología y veíamos por ejemplo Liberia, probablemente ahí hay uno o dos urólogos nada más y cuando uno está solo le da miedo mandar pacientes para la casa, aparte de que probablemente son pacientes que viven muy largo, entonces son factores que hay que tomar en cuenta. Fortalecimiento de hospitales de día, para que no digan que voy en contra de todos los hospitales, el hospital de día sí es una buena opción, es algo que ha probado ser eficiente, sobre todo el hospital de día de polivalente, aunque yo sé que desde el punto de vista geriátrico debería ser solamente de un estilo, pero ahí le estamos haciendo un poquito de innovación a los hospitales de día.

Directora Solís Umaña:

Los hospitales generales y nacionales tienen que ser polivalentes.

Dr. Ruiz Cubillo:

Los procedimientos ambulatorios bajo criterio médico, eso hay que fortalecerlo.

Directora Solís Umaña:

El Hospital Geriátrico tiene mucha experiencia en consulta a través de telemedicina, por si quieren ir a ver cómo funciona.

Dr. Ruiz Cubillo:

De hecho hablamos con el doctor Álvarez, el director del Hospital de Puntarenas y estamos montando un proyecto piloto para esta consulta alternativa, que sea de bajo costo o casi nulo, porque ahí lo que se necesita es el paciente, el personal de salud y el medio de comunicación que ya existe, hay que revisar el banco de iniciativas y el proceso de inclusión, según prioridades de red, el área de salud le tiene que informar al director del área de salud, el director al director regional, el director regional al director de red, el director de red a la gerencia y la gerencia venir y plantearla. Eso nos pasaba mucho con el EDUS, venían requerimientos de todo el país, al mismo tiempo y lo peor es que la gente pensaba que no lo estaban tomando en cuenta, pero sí lo estaban tomando en cuenta, pero no venía de una forma ordenada, entonces no permitía dar una retroalimentación a la gente. Nosotros tenemos que analizar eso de una forma adecuada, hay que revisar el portafolio de inversiones y los alcances de los proyectos para definir qué vamos a hacer, cómo lo vamos a hacer y hacia dónde queremos ir, si de verdad queremos fortalecer el Primer Nivel de Atención, si queremos fortalecer la medicina súper especializada, es una decisión que tenemos que tomar entre todos, viendo claramente lo que ha pasado y lo que está pasando y lo que va a pasar, porque yo creo que nunca habíamos tenido los números tan claros como ahora. La otra cosa -que es algo muy importante- es la revisión del proceso de adaptación de recurso humano en alerta a la Institución y sobre todo para las obras nuevas. Vieran que angustiante es cuando por ejemplo la gente de San Carlos nos dice “es que ocupamos 100 plazas para poder abrir, o 120 plazas para poder abrir”. Y uno ve lo que se había contemplado inicialmente y no eran 120, eran 25, pero por diversos motivos se juntó el hambre con las ganas de comer y ellos creen que necesitan eso para

empezar y así en Santa Bárbara, el Calderón Guardia pidió 1.000 plazas para la torre y eso no va a ser sostenible a lo largo del tiempo, la prevención es la única forma en que podemos darle sostenibilidad al sistema.

Director Steinvorth Steffen:

¿Qué posibilidad hay de recapacitar al personal que ya tenemos?

Dr. Ruíz Cubillo:

Eso depende mucho de la disposición de la persona. Por ejemplo en Heredia cuando se digitalizó toda el área de Rayos X, donde estaban los archivos, el personal se puso en otras funciones, porque trabajo hay, lo que tiene que haber es disposición del personal para hacerlo. Por ejemplo, los perfiles por ejemplo eso del (...) perfectamente puede ser una enfermera capacitada o un auxiliar de enfermería capacitado, nada más que vamos a tener que echarnos el pleito con algún colegio profesional.

Director Steinvorth Steffen:

Me parece prioritario ese pleito.

Dr. Ruiz Cubillo:

Son cosas que se pueden hacer y que van a generar más eficiencia y tal vez si se les explica el tema, ellos mismos van a entender. Esa era la presentación.

Doctor Macaya Hayes:

Muchas gracias, Mario. Tengo un comentario respecto de mantener las camas llenas en los hospitales como esa analogía del hotel, nosotros no vamos a tener ningún problema manteniéndolas llenas, nosotros estamos saturados como sistema, si uno revisa los egresos hospitalarios por año llevamos por lo menos dos décadas de estar casi iguales, en términos de egresos hospitalarios. Lo que quiere decir que nosotros estamos operando como sistema, al ritmo de nuestro cuello de botella, más o menos 340.000 - 350.000 egresos por año y se puede ir para atrás dos décadas. Si tomamos esas 5.525 camas, las censables, multiplicamos eso por 365 días al año, para decir bueno, ¿cuál es la capacidad total si estuvieran llenas 100% todo el año? Termina siendo 2.365.000 días al año. Para decir ¿cuál es la capacidad total si estuvieran llenas 100% todo el año? Termina siendo dos millones veintiséis mil hospitalizaciones, o sea, días cama y nosotros hoy estamos usando más o menos 1.9% millones de días cama. Estamos más o menos el 95% de capacidad total de todas las camas de la Caja y ese 5% que falta, probablemente, son ineficiencias de que alguien salió un sábado, el domingo no había nadie, el próximo entra el lunes, son ineficiencias en la rotación. Si uno toma los grupos etarios, las proyecta en el consumo per cápita de días cama por cada grupo etario, por cada servicio de la Caja, Medicina, Psiquiatría, Cirugía, todos los servicios y lo proyecta demográficamente al 2050, sin que nada cambie, no cambie la utilización per cápita o por grupo etario, no disminuimos estancias, no hacemos más en el ámbito ambulatorio, terminamos generando solo por envejecimiento y crecimiento poblacional, pero es principalmente envejecimiento, 3.2 millones de estancias, o sea de días cama. Si uno divide eso por 365 días al año y dice “mantengamos el 95% de eficiencia” terminamos con más de 9.200 camas” hoy, con la

cartera que tenemos de inversión de 10 grandes proyectos hospitalarios: Puntarenas, Turrialba, torre del México, torre del Calderón, Limón, Cartago, Golfito, Torre La Esperanza, torre del San Juan y torre del Geriátrico, en esos 10 no vamos a agregar más de 1.000 camas sobre lo que hoy tenemos, la diferencia entre crecimiento de camas netas no va a llegar a 1.000, entonces, vamos a pasar de 5.500 a 6.500 y la proyección solo por envejecimiento es 9.200 y estando saturados, o sea es el mismo nivel de saturación, simplemente proyectado al 2.050 con toda la demanda no satisfecha. Entonces, las camas siempre van a estar llenas, eso es indudable y nosotros no podemos salir del reto simplemente hospitalizando, obviamente, hay que mejorar la infraestructura hospitalaria, hay que aumentar la infraestructura hospitalaria, pero no va a ser suficiente. En el momento histórico en el que estamos con una cartera de inversión histórica, con los recursos disponibles para hacerlo, somos el inversionista más grande del país, y no dan abasto, entonces, tenemos que enfocarnos en todas estas cosas, en reducir estancias, más prevención, atenderlos en las áreas de salud, esto que mencionaba el doctor Salas de grupos comunitarios, hay que hacer todo, porque si nada cambia cada vez vamos a estar más rezagados, aún con esos 10 proyectos hospitalarios, aquí no hay quite, o lo hacemos o la Caja no va a suplir las necesidades de la población a niveles que espera la población. Hoy tenemos el reto de que estamos ya en niveles de saturación, pero eso solo se va a empeorar de aquí al 2050, o sea cada año el envejecimiento es más acelerado. Todo esto, doctor Ruiz, es lo que hay que hacer, lo tienen mapeado, lo tienen bien identificado y manos a la obra.

Director Loría Chaves:

Es un tema cuando hablábamos de la atención primaria de que el modelo de la Unidad de Asuntos Sociales de la Carlos Durán, donde hay piscina, cancha y todo eso, era un modelo que la Caja había inventado, bueno no inventado, que era parte de los servicios sociales, en esa alianza con municipalidades y con todo el mundo la promoción pasa por ahí también, hay mucho que hacer y se puede hacer. Yo tengo mucha confianza en que la coordinación interinstitucional va a lograr potenciar mucho todo esto.

Doctor Macaya Hayes:

Excelente sesión hoy, muy importantes todos los temas que abordamos, es la continuidad de lo que ya se venía discutiendo y vamos a continuar en la próxima sesión que ya será extraordinaria, de mañana en ocho y ahí sí le dedicamos un día entero a esto.

Nota: los puntos suspensivos (...) significan que una frase o palabra del audio no se comprendió o no se escuchó bien.

Se recibe el oficio, en adelante se detalla para su presentación en una próxima sesión:

- Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, número GIT-1443-2019, que contiene “propuestas para la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud”.

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

